

2012-2016
RÉGIONAL de **PROJET
SANTÉ**
FRANCHE-COMTÉ



Le mot de la Directrice

Engageons-nous ensemble

C'est avec un très grand plaisir et une certaine fierté que je vous invite à prendre connaissance du premier Projet régional de santé (PRS) de Franche-Comté. Il est le fruit d'un intense travail de concertation entre de multiples acteurs (partenaires institutionnels, établissements de santé, professionnels libéraux, organismes associatifs...) et l'Agence régionale de santé (ARS).

Durant près de deux ans, des centaines de professionnels, élus, usagers ont activement contribué à l'élaboration de ce PRS. Dans ce processus de concertation et de consultation, j'ai souhaité aller au-delà des obligations qui m'étaient fixées par la loi et ouvrir le dialogue avec tous ceux qui vivent et agissent dans nos territoires, tous ceux qui souhaitent être acteur de leur santé et de celle de leur concitoyen.

Je les remercie très sincèrement pour leurs avis constructifs et leurs nombreuses contributions. Ils ont enrichi considérablement des orientations qui aujourd'hui nous engagent collectivement. L'expertise scientifique associée à l'expression de la démocratie sanitaire donne toute légitimité et une grande pertinence à un Projet qu'il nous faut maintenant mettre en œuvre ensemble.

Le PRS s'inscrit, bien sûr, dans la continuité des actions que vous avez entreprises depuis de nombreuses années dans la région. Ce projet se donne également des ambitions nouvelles, notamment à travers la mise en œuvre d'approches transversales (continuum prévention, soin, médico-social) et intersectorielles (coordinations avec les autres acteurs publics ayant une action sur la santé). L'optimisation de nos ressources et la performance des services offerts aux Francs-Comtois doivent être également au rendez-vous. Nous serons donc particulièrement attentifs, d'une part, à la qualité et à la sécurité de l'offre de santé, quel que soit le lieu de vie de chacun de nos concitoyens, et d'autre part, à l'équité et à la soutenabilité financière avec le développement d'un suivi médico-économique des dépenses de santé pour en garantir l'efficacité.

Dans cette perspective, le PRS fixe un nombre limité mais ambitieux de priorités pour toute la région. Le Plan stratégique régional de santé¹ est la pierre angulaire de ce Projet avec 2 enjeux, 4 priorités et 19 objectifs généraux. C'est à travers ces orientations essentielles que seront mis en œuvre les trois Schémas régionaux (prévention², organisation des soins³, organisation médico-sociale⁴) et les 4 Programmes d'actions relatifs à plusieurs domaines primordiaux : la télémédecine, la gestion du risque (PPRGDR), l'accès à la prévention et aux soins des personnes vulnérables (PRAPS), et enfin les implantations des établissements médico-sociaux (PRIAC).

Si le PRS trace nos grandes orientations pour les années à venir, il n'est pas figé. Son suivi et son évaluation nous permettront de l'ajuster. Par ailleurs, j'ai souhaité que les volets chirurgie et permanence de soins en établissements de santé fassent l'objet d'une concertation prolongée.

Toutes les équipes de l'ARS seront au service de la réalisation de cette politique durant les 5 prochaines années. Elles ne peuvent réussir seules. Elles ont besoin de votre participation active.

Je compte donc sur vous pour réaliser ce projet ambitieux : notre Projet régional de santé pour la Franche-Comté.

Sylvie Mansion
Directrice générale de l'ARS de Franche-Comté

¹ Plan stratégique régional de santé, PSRS en orange

² Schéma régional de prévention, SRP en vert

³ Schéma régional d'organisation des soins, SROS en bleu

⁴ Schéma régional d'organisation médico-sociale, SROMS en rouge

Note au lecteur :

Les différents éléments du PRS (Introduction, **PSRS**, **SRP**, **SROS**, **SROMS**, PRAPS, PRIAC, PPRGDR, télémédecine) présentés dans ce document font l'objet d'une numérotation et d'un sommaire séparés.

Le sommaire général ci-dessous ne propose donc que l'ordre de présentation de ces différents éléments ainsi que les grandes rubriques de certains d'entre eux.

Sommaire général

1- Introduction

2- Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Sommaire
2 enjeux transversaux
4 priorités

3- Schéma régional de prévention (SRP)

Sommaire
Introduction Prévention et promotion de la santé
Fiches thématiques
Introduction Veille alerte et gestion des urgences sanitaires
Fiche thématique

4- Schéma régional d'organisation des soins (SROS)

Sommaire
Introduction
Fiches thématiques

5- Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

Sommaire
Introduction
Fiches thématiques

6- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

7- Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

8- Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR)

9- Programme régional de télémédecine

Des liens hypertexte (signalés par la transformation de la flèche du pointeur en main) vous permettent -par un simple clic- d'accéder directement au texte signalé par ce lien.

Afin de faciliter votre navigation au sein de ce document, nous vous conseillons d'intégrer dans votre barre d'outil Adobe pdf la fonctionnalité "vue précédente" qui vous permettra, après avoir activé un lien hypertexte, de retourner automatiquement à la page initiale.

Vous trouverez cette fonctionnalité dans :

Affichage - Afficher/masquer - Elément barre d'outils -Navigation de pages - vue précédente



Introduction



1 Le Projet régional de santé de Franche-Comté : un travail s'inscrivant dans un contexte pluriel

1.1 La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et ses orientations majeures en termes de santé et de nouvelles modalités d'organisation de l'offre.

Elle donne un cadre aux perspectives envisagées, autour de trois grands axes :

- **transversalité** pour favoriser le décloisonnement entre les secteurs de la promotion de la santé, de la prévention, de l'ambulatoire, de l'hospitalier et du médico-social,
- **optimisation des pratiques professionnelles et des financements** des professionnels, associations et établissements,
- **territorialité** des programmes et actions, support indispensable au développement pragmatique de la démocratie sanitaire.

1.2 L'établissement d'un Panorama de la santé et de l'autonomie des Franch-Comtois (état de santé et évaluation de l'offre) réalisé au cours de l'année 2010 et largement diffusé durant ces derniers mois¹.

Il a permis de partager des constats communs qui ont été enrichis en 2011 par des données complémentaires recueillies lors de l'élaboration de chacun des trois Schémas relatifs à la prévention, aux soins ambulatoires et hospitaliers ainsi qu'à l'organisation médicosociale.

Il servira aussi de base pour :

- développer l'observation et l'analyse afin d'aider à la décision dans les différents champs de la santé et du médicosocial,
- permettre de suivre et d'évaluer le Projet régional de santé (PRS) au cours de sa mise en œuvre et procéder aux ajustements nécessaires (cf. la partie "évaluation" de ce *Projet régional de santé*).

Développer l'observation et l'analyse dans le champ de la santé et du médico-social

C'est pour l'ARS de Franche-Comté une impérieuse nécessité afin de bâtir et de conduire des programmes pertinents. Dans cette perspective, et au-delà de la réalisation du Panorama de la santé et de l'autonomie, la Direction de l'observation, du pilotage, des statistiques et de l'évaluation (DOPSE) de l'ARS de Franche-Comté :

- développera une logique d'observation et d'analyse pour l'aide à la décision,
- aura un rôle d'animation et de garant méthodologique pour les études, travaux et recherches conduits dans le champ de compétences de l'Agence (prévention, soins, médico-social),
- développera les échanges et des travaux partagés, notamment avec la Cellule de l'Institut national de veille sanitaire en région (CIRE), l'Assurance maladie, l'Observatoire régional de la santé (ORS), l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)...

Une attention particulière sera portée :

- à une mise en cohérence des différents observatoires (ou registres) existant en Franche-Comté (cancers, suicides, urgences, médicaments, démographie des professionnels de santé...) et à la qualité du recueil ainsi que des analyses effectuées au service des programmes entrepris,
- au médico-social, pour lequel les informations disponibles sont insuffisantes, notamment sur le handicap,
- à l'accessibilité de ces informations, non seulement aux décideurs, mais aussi aux professionnels concernés et à tous les usagers de la santé,
- à l'évaluation médico-économique des engagements et des réalisations au cours des 5 prochaines années.

¹ ARS de Franche-Comté : Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté, Rapport complet, 126 p ; http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/PanoramaSanteAutonomie2010_Rapport.pdf

1.3 Les dynamiques impulsées dans la région pour répondre aux besoins spécifiques de la population, avec leurs dimensions prometteuses mais aussi leurs marges de progrès.

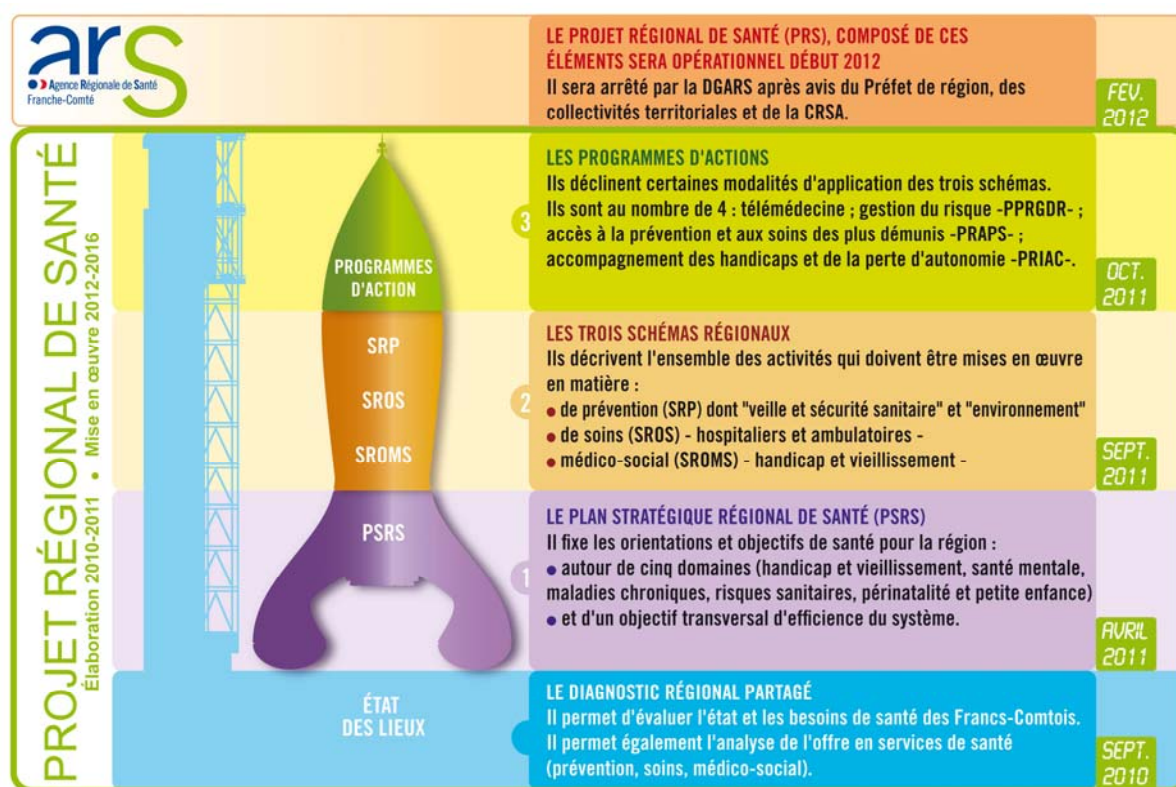
Elles permettent de :

- s'appuyer sur des pistes d'actions déjà amorcées (Projet d'Agence)²,
- renforcer celles qui ont besoin de l'être.

Par ailleurs, cette politique de santé s'inscrit dans une dimension intersectorielle en cohérence avec les orientations globales de l'Etat en région (Plan d'action stratégique de l'Etat), notamment dans les domaines de la cohésion sociale, de l'éducation, de l'accessibilité aux services essentiels, de l'environnement, de l'alimentation et des relations transfrontalières.

Une construction progressive ayant pour ambition de couvrir les 3 champs de la santé

Le Projet régional de santé 2012-2016 est composé de différents éléments rappelés ci-dessous :



Ils ont été élaborés soit :

- successivement (état des lieux et PSRS par exemple),
- conjointement (PSRS et Schémas par exemple),

en fonction principalement de la pertinence à le faire, du temps disponible et des souhaits des partenaires de l'ARS.

Une méthode participative pour faciliter la diversité et la qualité des contributions et mettre en œuvre la démocratie sanitaire

Les enjeux, priorités, objectifs, schémas et programmes contenus dans ce document sont le résultat d'une démarche participative qui voulait mettre en application l'esprit de la loi HPST et sa volonté de porter les débats de santé au plus près de la population.

C'est ainsi qu'au delà des instances de consultation formelles prévues par la Loi (Préfet, Collectivités territoriales, Conseil de surveillance, CRSA, Commission de coordination médico-sociale des politiques publiques...), l'Agence a également sollicité la Conférence de territoire (sur le SROS) et la Commission de coordination prévention des politiques publiques (sur le SRP). De plus, des acteurs extérieurs à l'ARS, experts dans leur domaine ont également été associés à cette réflexion.

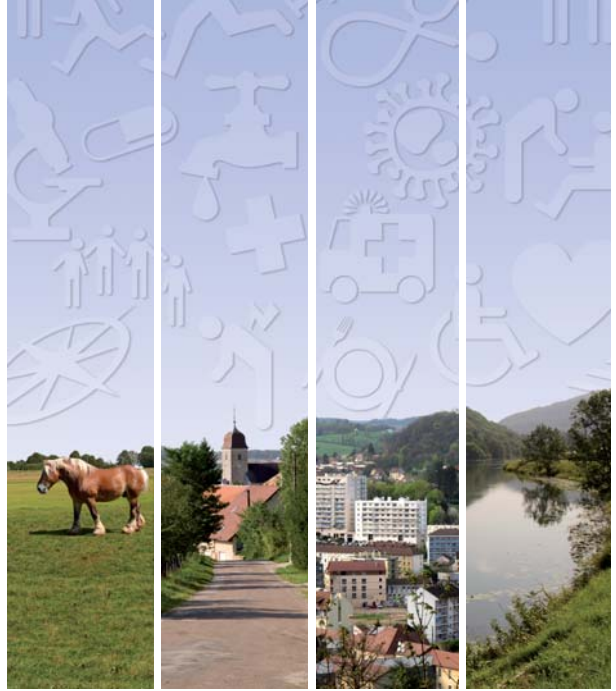
Des ambitions nationales déclinées au niveau régional

Au total, trois ambitions partagées au niveau national sont assignées à ce Projet régional de santé pour améliorer l'état de santé de la population dans les années à venir :

1. réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
2. garantir la pérennité du modèle de financement solidaire de notre système de santé en améliorant l'efficacité de la dépense et en choisissant résolument la voie de la performance,
3. promouvoir la qualité, la sécurité des soins et des prises en charge en favorisant les approches territoriales.

Ce travail collaboratif a été conduit sur une période de près de deux ans (2010 : début des travaux sur l'état des lieux de la santé des Frانس-Comtois ; début 2012 : adoption du PRS) avec tous les acteurs de la santé et du champ médico-social. Il a permis d'aboutir à l'émergence d'une déclinaison régionale qui se présente sous la forme de 2 enjeux transversaux, 4 priorités et 19 objectifs.

Les priorités et les objectifs retenus dans ce PRS ne prétendent pas décrire l'ensemble des évolutions à venir dans l'organisation de la santé au cours des 5 prochaines années, car certaines seront guidées par des progrès des techniques diagnostiques et des thérapeutiques inconnus à ce jour. *Ils traduisent un choix stratégique d'engager l'action publique dans des domaines où elle peut être efficace à l'échelle de la région et où elle peut produire un bénéfice de santé ou social important.*



Plan stratégique régional de santé



Enjeu transversal 1 : Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé	3
Enjeu transversal 2 : Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé	7
Priorité 1 : Développer des environnements favorables à la santé pour tous	11
<i>Objectif 1.1 Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur</i>	12
<i>Objectif 1.2 : Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun</i>	16
<i>Objectif 1.3 : Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination</i>	19
<i>Objectif 1.4 : Promouvoir l'information et l'éducation relatives à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité</i>	22
<i>Objectif 1-5 : Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail</i>	26
Priorité 2 : Renforcer la prévention et les soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte qui exposent au risque de chronicité	29
<i>Objectif 2.1 : Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers</i>	30
<i>Objectif 2.2 : Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique, et développer une prise en charge pluri professionnelle</i>	35
<i>Objectif 2.3 : Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser leur prévention ainsi que l'accès aux soins, notamment par rapport aux risques de suicide</i>	38
<i>Objectif 2.4 : Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge</i>	42
<i>Objectif 2-5 : Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions</i>	45
<i>Objectif 2-6 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare</i>	48
Priorité 3 : Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'usager	51
<i>Objectif 3.1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé</i>	52
<i>Objectif 3.2 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social)</i>	56
<i>Objectif 3.3 : Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire</i>	64
<i>Objectif 3.4 : Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins</i>	68
Priorité 4 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge	71
<i>Objectif 4.1 : Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet</i>	72
<i>Objectif 4.2 : Développer l'aide aux aidants</i>	76
<i>Objectif 4.3 : Promouvoir la bienveillance en institution et à domicile</i>	79
<i>Objectif 4.4 : Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints de la maladie d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes</i>	82
Eléments de cadrage pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du PRS	87



ENJEU TRANSVERSAL 1 :

**Assurer une offre de santé de qualité
et impulser les réorganisations nécessaires
dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé**

a- Contexte

L'exigence d'une offre de santé de qualité et accessible à tous passe par :

- des pratiques professionnelles qui répondent aux recommandations promues par les agences sanitaires nationales, au regard des progrès de la science (données probantes), notamment la Haute autorité de santé (HAS) en ce qui concerne les soins, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour la prévention en général, l'Institut national de lutte contre le cancer (INCA) concernant plus spécifiquement le cancer, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dans le domaine du médico-social...
- des organisations performantes, dans l'esprit de la loi HPST,
- la présence de professionnels de santé et du champ médico-social bénéficiant d'une formation de qualité (initiale et continue) et en nombre suffisant (cf. l'objectif 3 de la priorité 3).

En Franche-Comté, de nouvelles modalités d'organisation ont été promues aussi bien dans le champ ambulatoire (par exemple, la dynamique des regroupements de professionnels de santé et de maisons de santé pluridisciplinaires avec de nouveaux modes de rémunération) (cf l'objectif 1 de la priorité 3 et *Fiche SROS - Ambulatoire*), qu'au niveau hospitalier (par exemple en psychiatrie, en cancérologie et dans le domaine des urgences (*Fiches SROS - Psychiatrie - Cancérologie - Urgences*) ou dans le champ de la prévention et du médico-social par exemple pour les addictions (*Fiche SRP - Addictions* ; *Fiche SROMS - Personnes vulnérables*).

Ces changements doivent se poursuivre et s'amplifier pour plusieurs raisons :

- les besoins ont évolué de façon significative, comme le montrent les données du Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté¹,
- les réponses à ces besoins bénéficient à la fois des progrès de la science médicale mais aussi de technologies nouvelles, notamment au niveau des systèmes d'information (télémédecine, dossier médical personnel...) (cf. le programme de télémédecine),
- les usagers ont le souhait de disposer d'une offre qui leur permettent de garder des services de santé et médico-sociaux de qualité au plus près de leur domicile (proximité), en réduisant les temps de séjours en établissements (cf. l'objectif 4 de la priorité 3),
- les professionnels de santé, quant à eux, désirent des modes d'exercice différents qui leur permettent de faire progresser la qualité de leur offre de santé tout en préservant leur propre qualité de vie.

Ce contexte nouveau et ces évolutions nécessaires s'inscrivent dans des contraintes financières fortes. Elles imposent, si l'on souhaite maintenir la solidarité et l'équité, des exigences importantes en termes de qualité des pratiques et des organisations.

Dans cette perspective, l'Agence régionale de santé (ARS), les institutions partenaires, les professionnels et les usagers doivent non seulement accompagner le changement mais l'anticiper dans une démarche d'efficacité et de performance.

C'est la raison pour laquelle l'ARS de Franche-Comté met en avant ce premier enjeu et souhaite se donner les moyens de cette ambition :

- en interne, avec la mobilisation de plusieurs Départements de l'ARS (Appui à la performance, Inspection/contrôle, Veille et alertes sanitaires, Santé environnement...),
- en externe, avec le concours de différents opérateurs, notamment le Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté (RéQua) et le Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales (RF-CLIN).

¹ Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté. Octobre 2010 www.ars.franche-comte.sante.fr

b- Perspectives

L'Agence régionale de santé entend développer son action en vue de développer la qualité des prises en charge en santé. Pour cela, elle poursuit les 4 objectifs suivants :

1- La promotion des bonnes pratiques en matière de prévention, de soins, et d'accueil dans les structures sanitaires et médico-sociales

Ce sera particulièrement le cas avec :

- le GIP RéQua en direction des établissements de santé et médico-sociaux. Ce partenariat vise à accompagner les différentes structures dans la mise en œuvre de leur démarche qualité, à préparer les structures médico-sociales de la région à la réalisation de leurs évaluations internes et externes, et à travailler sur des thématiques ciblées comme la bientraitance, les soins palliatifs ou les événements indésirables graves (cf objectif 3 de la priorité 4 et **Fiche SROMS - PA Démarche Qualité en EHPAD**) ;
- l'Observatoire du médicament (OMEDIT), qui associe professionnels, institutions ainsi que des chercheurs et des universitaires dans le but de promouvoir le bon usage du médicament tant dans le champ hospitalier que médico-social et dans le cadre de la médecine de ville.

D'autres actions seront réalisées, notamment à destination des laboratoires de biologie médicale (**Fiche SROS - Biologie**) ou dans le champ de la prévention afin de poursuivre les efforts de développement de la démarche qualité de certains réseaux.

Par ailleurs, l'ARS s'appuiera sur les rapports de certification de la Haute autorité de santé, ainsi que sur les rapports d'évaluation externes des établissements médico-sociaux, ou sur les procédures d'accréditation auxquelles sont soumis certains opérateurs, pour définir ses modalités d'actions en faveur du développement d'une prise en charge de qualité des différents usagers du système de santé de la région.

2- La mise en œuvre d'organisations performantes pour l'articulation de l'offre dans les champs de la prévention, sanitaire et médico-sociaux.

La concrétisation de cet objectif passe d'abord par une bonne organisation des actions développées par les pouvoirs publics au niveau de la planification, du financement, du suivi et de l'évaluation des structures des 3 champs évoqués. Les Conseils généraux (**Fiches SROMS**) et l'Assurance maladie (dans le cadre du programme régional de gestion du risque) sont les partenaires privilégiés de cette meilleure coordination.

Il passe aussi par la sécurisation des soins prodigués aux patients, par exemple en matière transfusionnelle (**Fiche SROS - SOTS**), d'adaptation des moyens en personnels (**Fiche SROS - Réa SI SC**) ou de sécurisation de la réponse téléphonique apportée par le Centre 15 (**Fiche SROS - Urgences**).

Il s'agit enfin de promouvoir les organisations les plus efficaces au regard des contraintes budgétaires auxquelles nous sommes confrontés. Le développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie ou en médecine, la bonne articulation entre les professionnels libéraux (**Fiche SROS - Ambulatoire**) et hospitaliers sont autant de pistes de progrès.

3- Le développement d'une fonction inspection/contrôle résolument tourné vers la qualité des prises en charge

Le Département Inspection/contrôle/évaluation de l'ARS prévoit un programme spécifique regroupant 400 missions de contrôle sur 41 thématiques différentes concernant aussi bien la sécurité sanitaire (établissements de santé, santé environnementale, médicament et biologie) que la qualité des prises en charge et les accompagnements médico-sociaux (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes -EHPAD- (cf objectif 3 de la priorité 4 et **Fiche SROMS - PA Démarche qualité en EHPAD**), contrôle du fonctionnement

général des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées. Dans ce cadre des collaborations sont initiées avec les Conseils généraux et les services de l'Etat.

4- Le développement des vigilances et de la gestion des risques dans les structures de soins et d'accueil

Les instances responsables des dispositifs de vigilances règlementées sont multiples et ne disposent pas toujours d'un relais régional :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) est en charge de huit vigilances sanitaires, avec un niveau régional pour les seules trois premières citées : hémovigilance, pharmacovigilance, addictovigilance, matériovigilance, réactovigilance, biovigilance, cosmétovigilance et vigilance portant sur les produits de tatouage ;
- l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) est responsable de la nutrivigilance et de la pharmacovigilance vétérinaire, sans relais régional ;
- l'Institut de veille sanitaire (InVS) anime la toxicovigilance via le relais des Centres antipoison et de toxicovigilance (CAPTV) et l'infectiovigilance avec le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), en lien avec les Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) et les antennes régionales comme le RF-CLIN en Franche-Comté ;
- l'Agence de sûreté nucléaire (ASN) avec ses divisions territoriales est en charge de la vigilance portant sur les événements significatifs en radioprotection (ESR) ;
- l'Agence de biomédecine (ABM) suit la vigilance portant sur l'assistance médicale à la procréation ;
- la Haute autorité de santé (HAS) est en charge de la vigilance relative aux événements porteurs de risque (EPR).

L'enjeu sera donc pour l'ARS de s'inscrire dans ce dispositif, afin de :

- bénéficier des bilans d'activité des vigilances organisées au niveau régional et d'en tirer les orientations utiles à l'amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité sanitaire,
- faire connaître les dispositifs existants aux professionnels de santé et au public pour développer la culture du signalement et de l'échange d'informations.

L'Agence proposera aux structures de soins et d'accueil de s'engager dans la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte sanitaires et de promotion d'une politique interne de sécurité sanitaire. Dans les établissements médico-sociaux, au travers notamment des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des conventions tripartites, il s'agira de développer la prévention et la gestion du risque infectieux, de prévenir les risques liés à l'environnement (risque légionelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire, gestion des Déchets d'activités de soins à risques infectieux - DASRI, prévention des risques liés à l'alimentation...) et d'anticiper la gestion des situations exceptionnelles.

Un effort particulier sera réalisé dans la prévention des infections associées aux soins tant en établissements de santé que médico-sociaux. A cette fin, l'ARS consolide son partenariat avec le RF-CLIN, réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales. Des actions partenariales seront ainsi déployées dans plusieurs domaines pour décliner le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins : élaboration d'un plan de maîtrise des épidémies loco-régionales activable dès le déclenchement de l'alerte (plan local dans chaque établissement, plan régional si l'épidémie locale est susceptible de s'étendre aux établissements voisins ou à la région), procédure partagée de signalement et d'investigation des événements infectieux en EHPAD, réunions d'information et de formation, mise à disposition d'outils d'autoévaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, enquêtes sur la couverture vaccinale et promotion de la vaccination...

L'Agence développera aussi des actions visant à consolider le dispositif de veille, de gestion des alertes et de sécurité sanitaire (*Fiche SRP - Vagusan*).

ENJEU TRANSVERSAL 2 :

**Veiller à ce que les personnes
en situation de précarité ou vulnérables
accèdent à toutes les structures,
programmes et actions de santé**

a- Contexte

Les inégalités sociales face à la santé perdurent (voire s'aggravent) dans notre pays². La notion de gradient de santé³ est maintenant admise. Elle sert à décrire le phénomène par lequel les sujets qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux et ainsi de suite jusqu'aux classes les plus modestes. Les conséquences néfastes qui en découlent s'expriment donc de façon plus marquées pour les populations en situation de précarité ou de vulnérabilité (temporaire ou permanente) (cf. le programme d'accès à la prévention aux soins -PRAPS- et (Fiche SROMS - Personnes vulnérables ; Fiche SRP - Précarité) pour la définition de ces publics).

Ces inégalités sont le plus souvent liées à des événements entraînant une rupture dans un parcours de vie. Les raisons en sont économiques mais aussi familiales, professionnelles, sociétales...

Ces inégalités commencent dès l'enfance, ce qui explique pour partie leur reproductibilité d'une génération à l'autre. En effet, les difficultés accumulées se traduisent par des trajectoires de vie rendant plus difficile l'accès à un niveau d'études satisfaisant, à un emploi qualifié, à des revenus suffisants... et à la santé.

Dans ce contexte, l'ensemble des priorités proposées au sein de ce document doit concourir à une réduction des inégalités de santé, notamment sociales, d'accès à l'innovation et à un continuum de prise en charge, surtout aux épisodes, plus ou moins durables, de forte fragilité personnelle.

b- Perspectives

Il s'agira non seulement de renforcer et d'améliorer l'information auprès des publics en situation de précarité ou vulnérables mais surtout de faciliter leur accès au système de santé de droit commun et de façon tout à fait exceptionnelle et plus temporaire à des dispositifs spécifiques (SROMS Personnes vulnérables).

Une attention particulière sera portée à trois dimensions de l'organisation de la santé :

1. la promotion de mesures agissant sur la qualité de l'environnement, qui sont en principe universelles et donc susceptibles de s'appliquer à tous, notamment en terme d'habitat, d'eau, d'air... (Fiche SRP - Environnement-santé) ;
2. la prévention et l'éducation pour la santé, dont l'efficacité est plus grande auprès des populations favorisées et peuvent, si elles sont mises en œuvre de façon isolée, ponctuelle et non structurée, renforcer les inégalités (Fiches SRP - Précarité - Personnes sous main de justice - Cancer - Périnatalité - Petite enfance - Maladies infectieuses - Maladies chroniques - Addictions ; Fiche SROS - Soins aux détenus) ;
3. l'organisation de l'offre de soins (y compris le dépistage) qui doit répondre au principe de solidarité et donc assurer des modalités de prise en charge, en particulier financières, soutenables par tous (risque de renoncement aux soins)⁴ et de qualité (Fiche SRP - Santé mentale ; Fiches SROS - Soins aux détenus - Périnatalité obstétrique).

L'un des enjeux sur ce sujet est d'amener l'ensemble des acteurs de santé de Franche-Comté à s'interroger systématiquement sur leurs programmes et actions afin de s'assurer que les dispositifs actuels et futurs bénéficient de façon équitable aux personnes les plus fragiles.

² Lang T. : Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Rapport du Haut Conseil de la santé Publique, décembre 2009, 100 p. ; http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

³ Réduire les inégalités de santé INPES 2010, www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf

⁴ Kambia-Chopin B., Perronnin M. : Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? Questions d'économie de la santé Irdes n° 158. Octobre 2010 : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>

Un autre enjeu est de mettre en place des actions qui touchent l'ensemble des catégories de personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité, tout en assurant une réponse à leurs besoins immédiats.

Dans cette perspective, et afin de renforcer le principe d'égal accès pour tous, le raisonnement attendu de la part de l'ensemble des acteurs de santé, quel que soit son champ d'activité (prévention, soin, médico-social), pourrait se résumer selon 3 règles qui guideront la politique régionale de santé :

1. soit l'action ou le dispositif actuel ou nouveau relève du droit commun et ne demande aucune attention particulière, les personnes les plus fragiles pouvant y accéder sans freins notables et identifiables : le projet peut être continué ou proposé en l'état ;
2. soit l'action ou le dispositif se veut « universel » mais montre ses limites à atteindre les personnes les plus vulnérables du fait d'une accessibilité géographique, culturelle, financière moindre : le projet ou l'action en cours doivent être repensés et réorientés pour prendre en compte ces écueils ;
3. soit l'action ou le dispositif est directement ciblé sur les personnes vulnérables : l'attention des acteurs doit se porter alors sur l'assurance de la non stigmatisation de la proposition.

Cette préoccupation constante de la place des personnes les plus fragiles dans ces dispositifs conduira l'ARS à assurer la continuité et le développement d'expériences antérieures telles que les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou les Ateliers santé ville (ASV) dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), partie prenante de ce Projet régional de santé (*Fiche SRP - Précarité*).

Par ailleurs, pour se donner toutes les chances de rejoindre les personnes les plus fragiles, ces programmes actuels ou à venir devront, s'organiser autour des 3 principes suivants :

- décliner à un niveau territorial de proximité les actions d'accompagnement, de médiation et de promotion de la santé au sein du cadre de vie, en associant l'ensemble des acteurs (dont la population) ;
- établir des liens formalisés avec les autres politiques publiques : sociale, environnementale, migratoire, de la ville, mais aussi celles plus globales des collectivités territoriales ;
- mettre en œuvre, entre l'ARS et les différents acteurs de la santé, tous les outils de contractualisation prévus par la loi HPST notamment les Contrats locaux de santé (CLS), les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)... mais également les plus classiques, de type chartes ou conventions.



PRIORITE 1 :

Développer des environnements favorables à la santé pour tous



PRS FC / PSRS
Janvier 2012

Objectif 1.1 : Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur

a- Contexte

La dynamique du Grenelle de l'environnement concrétisée dans le champ de la santé

Les relations entre la santé et l'environnement ont fait l'objet d'une prise de conscience de plus en plus importante au cours de ces dernières années. Ce mouvement a une forte dimension sociétale. Il est donc important pour les pouvoirs publics d'établir une médiation entre, d'une part, les inquiétudes légitimement exprimées par le grand public et relayées dans les médias, et d'autre part, les éléments de connaissances scientifiques sur ces sujets complexes et les décisions prises. La création de plusieurs agences de santé, au niveau national, a apporté certaines réponses ou facilité le développement d'études et de recherches complémentaires. Elles éclairent les décisions à prendre et les programmes à mettre en œuvre. Même si de "grands" déterminants de santé, comme l'alcool, le tabac ou la consommation excessive de lipides, restent les facteurs majeurs des principales maladies dites de civilisation, d'autres composantes de notre environnement doivent être prises en compte afin de préserver une santé "durable".

Dans cette perspective, le Grenelle de l'environnement a marqué une étape clef, non seulement pour cette prise de conscience, mais aussi pour favoriser la mise en œuvre d'actions permettant d'agir très directement sur la santé des Français. Le premier Plan national santé environnement (PNSE 2004-2008)⁵ a ainsi obtenu des résultats concrets, comme une réduction des émissions atmosphériques industrielles, une baisse de l'ordre de 20 % des cas recensés de légionellose (2005-2008), une protection engagée ou réalisée de 75 % des captages d'eau potable... Dans la continuité du PNSE1, le PNSE2 (2009-2013)⁶ se décline selon 2 axes. Le premier visait à réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé : cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires.... Le second a objet de réduire les inégalités environnementales, en limitant les nuisances écologiques susceptibles d'induire ou de renforcer des inégalités de santé.

En Franche-Comté, le 1^{er} Plan régional santé environnement (PRSE1) a permis, non seulement de fédérer les acteurs concernés (institutions et associations), mais aussi d'obtenir certaines avancées. Elles devraient être amplifiées et étendues à d'autres domaines, à travers un PRSE2 qui sera adopté en septembre 2011.

b- Chiffres clés

L'eau

Une situation moins favorable qu'au niveau national

Eau potable

Dans la région, les situations de non-conformité de l'eau potable sont plus fréquentes que dans le reste de la France.

⁵ Santé environnement : 1^{er} plan national 2004-2008 (PNSE1) <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-4.pdf>

⁶ Santé environnement : 2^{ème} plan national 2009-2013 (PNSE2) www.sante.gouv.fr/environnement-et-sante.html

En 2008, le pourcentage de la population alimentée par une eau conforme était de 93 % par rapport aux paramètres microbiologiques (France : 96 %) et de 87 % pour les pesticides (France : 93 %). Certaines spécificités peuvent expliquer cette situation : un réseau de type karstique, des Unités de distribution de petite taille, un nombre de captages insuffisamment protégés.

Légionellose

Pour le risque "légionelle", la Franche-Comté se distingue par une sur-incidence depuis 5 ans. Concernant la période 2004-2008, le taux d'incidence s'élève à 3,7 % (2,2 % au niveau national).

Les polluants en milieux clos à fort impact sur la santé

Des expositions variables dans un contexte régional spécifique

Habitat indigne

De nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par des désordres présents dans l'habitat : saturnisme, maladies respiratoires (asthme, allergies), maladies infectieuses favorisées par des équipements sanitaires insuffisants et par l'humidité, accidents domestiques accrus... En Franche-Comté, la situation est plus de type diffus que localisé dans des zones bien délimitées. En 2010, 310 dossiers d'habitat dégradé ont été instruits et ont donné lieu à 44 enquêtes d'habitat insalubre et à la prise de 8 arrêtés d'insalubrité concernant 14 logements. A titre de comparaison, en France, il existe 600 000 logements indignes occupés à titre de résidence principale et relevant du parc privé.

Qualité de l'air intérieur

La région Franche-Comté est une zone à risque "radon", gaz radioactif naturel qui est un agent cancérigène pulmonaire reconnu par l'Organisation mondiale de la santé. Du fait de ses propriétés physico-chimiques, le radon s'accumule dans les milieux clos (habitations et établissements recevant du public), conduisant à une durée d'exposition importante des populations. En Franche-Comté, la fraction de cancer du poumon attribuable au radon est comprise entre 14 et 27 % (5 à 12 % en France) (*Fiche SRP - Cancer*).

Nuisances sonores

Le bruit à l'intérieur des bâtiments, notamment scolaires, impacte le comportement social, les attitudes et les performances intellectuelles, notamment des jeunes enfants. Un niveau sonore élevé à l'école peut ainsi entraîner un retard dans l'acquisition du langage écrit et parlé. Au sein de certaines cantines, des niveaux sonores analogues à ceux d'une imprimerie ou d'une menuiserie artisanale (proche de 90 décibels avec des pointes à 100 db, ont été relevés⁷). Par ailleurs, plusieurs études ont montré que 1 jeune sur 4 a un audiogramme pathologique. Le nombre de consultations ORL par an pour cause de traumatisme auditif est évalué en France à 1 400 dont 800 liées à la musique amplifiée.

Les expositions aux polluants de l'air extérieur à fort impact sur la santé

Un problème qui progresse dans la région

Parmi les espèces végétales allergisantes, l'ambrosie est une plante à risque. Elle est présente sur tout le territoire franc-comtois et de façon plus importante dans la plaine jurassienne et la région doloise. On estime que 15 à 20 % de la population française est allergique aux pollens. De plus, l'augmentation des allergies alimentaires est parallèle et certainement liée au développement des allergies respiratoires dues aux pollens des végétaux.

⁷ Plan national d'actions contre le bruit. Ministère de l'écologie. 2003

c- Perspectives

(Fiche SRP - Santé environnement)

L'eau

Poursuite des actions entreprises

Des progrès encore insuffisants

Eau potable

Entre 2006 et 2009, le taux de protection des captages en Franche-Comté est passé de 29,6 % à 40 % soit au total 440 captages protégés sur les 1090. Une évaluation de la contamination par les pesticides des eaux destinées à la consommation humaine a été réalisée et des propositions d'actions ont été faites.

Légionellose

Depuis 2005, un programme d'inspection des établissements de santé a été mis en place. Fin 2010, 35 % d'entre eux avaient été inspectés. En parallèle, un programme d'inspection dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi qu'une action de diagnostic du risque « légionelle » dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées ont été développés en 2009.

Nouvelles orientations

Former, agir et contrôler de façon encore plus large

Eau potable

Les deux orientations sont les suivantes :

- améliorer la qualité bactériologique de l'eau du robinet en formant les exploitants d'eau potable à la désinfection de l'eau et en priorisant les inspections des installations présentant des non conformités ;
- protéger les captages d'eau contre les pollutions ponctuelles et accidentelles, en mettant en œuvre des actions contraignantes envers les collectivités et en amplifiant les contrôles des périmètres de protection (sur la base de 40 inspections par an).

Légionellose

L'objectif est de réduire les expositions aux légionelles dans les établissements sanitaires et médicosociaux en les engageant dans la mise en œuvre de mesures de prévention - notamment au travers des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des conventions tripartites - et d'améliorer l'investigation des cas de légionellose.

Les polluants en milieux clos à fort impact sur la santé

Poursuite des actions entreprises

Des interventions innovantes dans des milieux très diversifiés

Habitat indigne

Des commissions départementales de l'habitat, permettant une approche globale de chaque situation (technique et sociale), ont été instaurées dans chaque département. De plus, un partenariat avec le Réseau d'allergologie de Franche-Comté (RAFT) pour l'intervention d'un conseiller médical en environnement intérieur a été mis en place suite à certaines enquêtes d'habitat dégradé menées par les Unités santé environnement de l'ARS.

Qualité de l'air intérieur

Pour prévenir ce risque spécifique à la région, plusieurs actions ont été conduites :

- une campagne d'information sur les risques liés au radon dans le Territoire-de-Belfort ;

- une étude d'évaluation des risques sanitaires liés au radon en Franche-Comté ;
- un contrôle des établissements recevant du public, qui doivent obligatoirement réaliser des mesures de radon.

Nuisances sonores

Diverses actions préventives ont été conduites durant les 5 dernières années :

- dans le cadre du Festival de musique « les Eurockéennes » à Belfort ;
- par l'intermédiaire d'un spectacle pédagogique de prévention des risques auditifs destiné aux collégiens et lycéens ;
- par des diagnostics acoustiques au sein des locaux accueillant des jeunes enfants dans les départements du Territoire-de-Belfort et de la Haute-Saône ;
- par des contrôles de discothèques.

Nouvelles orientations

Toucher des publics différents, d'autres départements et s'appuyer sur des dispositifs nouveaux

Habitat indigne et qualité de l'air intérieur

Les nouvelles actions visent à prendre en compte la problématique de la qualité de l'air intérieur dans sa globalité en ciblant les élus et les techniciens des collectivités territoriales (pour les établissements recevant du public), le grand public (pour les logements individuels) et les professionnels du bâtiment (pour les constructions nouvelles).

Par ailleurs, il s'agit d'améliorer l'offre de diagnostic « habitat » en développant le champ d'intervention d'un(e) conseiller(e) médical(e) en environnement intérieur.

Nuisances sonores

Les principaux objectifs sont d'étendre, en particulier dans les départements non actuellement concernés (Doubs et Jura), les diagnostics acoustiques des locaux accueillant des jeunes enfants (à travers les Contrats locaux de santé).

Les expositions aux polluants de l'air extérieur à fort impact sur la santé

Poursuite des actions entreprises

Des actions dans des environnements variés

Plusieurs actions préventives ont été mises en place ces dernières années sur ce sujet :

- développement du réseau de surveillance et d'information du public sur les pollens ;
- mise en œuvre dans le Jura d'actions de sensibilisation du public sur les risques liés à l'ambrosie ainsi que sur les méthodes de limitation de prolifération de la plante et mise en application d'un arrêté préfectoral de 2008 ;
- réalisation d'une étude d'impact sanitaire de la pollution de l'air dans l'agglomération de Besançon.

Nouvelles orientations

Maîtriser plus largement les risques

Ces actions qui visent à réduire les expositions aux pollens et aux polluants chimiques seront poursuivies ou feront l'objet d'une extension sur d'autres sites de la région selon 2 axes de travail :

- améliorer l'information du public et des populations sensibles sur les pollens et les pics de pollution atmosphérique, en particulier chez les asthmatiques ;
- renforcer les actions de lutte contre la prolifération de l'ambrosie, en les étendant à l'ensemble des départements de la région.

A noter : des informations complémentaires et des développements (fiches actions) de certains points abordés pour l'atteinte de cet objectif du Projet régional de santé sont inscrits dans le Plan régional santé environnement 2⁸.

⁸ Mettre la référence du site lorsque le document sera sur le site de l'ARS

Objectif 1.2 : Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun

a- Contexte

La sécurité sanitaire : un enjeu sociétal
(Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)

Le risque sanitaire fait désormais partie de l'environnement de chacun. En effet, les évolutions de mode de vie, l'augmentation de la circulation des personnes à travers le monde, les changements climatiques, l'apparition de résistance à certains antibiotiques, les pollutions aiguës ou chroniques résultant des activités humaines, l'émergence de nouveaux agents pathogènes pour l'homme et son environnement... sont autant de dangers auxquels chacun peut être exposé, avec un risque pour sa santé. De plus, le ressenti de la population et la médiatisation d'événements perçus comme insuffisamment gérés, par manque de coordination ou retard au traitement, peuvent amplifier l'impact d'une alerte sanitaire. Le niveau d'exigence attendu en termes de réponse adaptée et rapide de la part des autorités sanitaires s'est légitimement élevé.

La loi de santé publique d'août 2004 a apporté sa contribution au renforcement de la gestion des menaces sanitaires graves en rendant obligatoire le signalement sans délai au représentant de l'Etat des menaces imminentes pour la santé de la population.

En Franche-Comté, le Plan régional santé publique alerte et de gestion des urgences sanitaires (PRAGSUS)⁹ adopté en 2008 constituait la déclinaison régionale des orientations nationales. Il a favorisé le renforcement de la veille sanitaire par le développement de la culture du signalement et permis de mieux structurer la veille sanitaire sur le territoire. Dans la région, les systèmes de surveillance déjà existants (pharmacovigilance, infectiovigilance, hématovigilance, "Assistance Médicale à la Procréation" vigilance, dispositif de déclaration obligatoire de certaines maladies, réseaux de médecins sentinelles, surveillance des indicateurs de qualité environnementale...) se sont mis en place par strates successives (Cf. l'enjeu 1). Ces systèmes ne sont pas forcément « lisibles » et connus par la population et les professionnels de santé, tout comme ne sont pas lisibles les actions menées pour maîtriser les situations pouvant impacter la santé publique.

b- Chiffres clés

Des alertes permettant d'accroître la connaissance, la vigilance et les interventions ciblées
(Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)

En Franche-Comté, sur les 9 derniers mois de l'année 2010, 265 alertes sanitaires ont fait l'objet d'une ouverture de fiche alerte suivie d'un travail d'investigation et de mise en œuvre de mesures de gestion adaptées.

Parmi ces alertes, 182 concernaient des maladies infectieuses à déclaration obligatoire : méningocoque, légionellose, tuberculose, rougeole... Vingt quatre alertes étaient relatives à des toxi-infections alimentaire (TIAC) concernant 266 patients, quatorze étaient liées aux soins (infections nosocomiales notamment).

⁹ Plan régional de santé publique. Volet alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire. Bourgogne et Franche-Comté Novembre 2008

Trente-neuf alertes étaient d'origine environnementale : elles concernaient essentiellement des intoxications au monoxyde de carbone et des restrictions d'usage liées à la qualité de l'eau potable.

c- Perspectives

(Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)

Poursuite des actions entreprises

Une plate-forme pivot

Avec la mise en place d'une plate-forme régionale de veille et d'alerte sanitaires, la Franche-Comté a pour ambition d'améliorer l'exhaustivité de la veille sanitaire et de renforcer la qualité de réception, d'analyse et de gestion des signaux et alertes sanitaires, contribuant ainsi au développement de la sécurité sanitaire. Cet outil favorise la prise en compte des retours d'expérience et donc une meilleure adaptation des réponses à venir.

La nouvelle étape proposée (régionaliser le dispositif qui était jusqu'alors départemental) facilite une harmonisation des pratiques et de la réponse aux alertes. Elle permet, également de formaliser et rendre plus efficiente la relation entre les Cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire et les Cellules de l'Institut de veille et de sécurité sanitaire en région (Cire) et de rationaliser les flux d'information. Ce processus concourt à une meilleure détection des menaces et à une meilleure réaction aux alertes¹⁰.

Nouvelles orientations

Consolider une organisation nouvelle et promouvoir l'information, la formation et la communication

La 1ère orientation consiste à *développer le signalement des alertes sanitaires et les systèmes de surveillance* par :

- le renforcement de la veille et de la surveillance en partenariat avec les autres acteurs œuvrant dans ce domaine (Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations - DDCSPP, Centre de lutte antituberculeuse - CLAT, Protection maternelle et infantile - PMI, Inspection académique - IA, Centres hospitaliers, Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales - RFCLIN/PRIMAIR...);
- le développement du signalement par les établissements de santé et médico-sociaux ainsi que les professionnels de santé en ambulatoire (Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes - EHPAD, regroupement de professionnels de santé...);
- l'amélioration de la qualité du signal (en lien avec la formation).

La 2ème orientation vise à *organiser, optimiser et généraliser les activités de veille, la gestion des alertes, la sécurité sanitaire et se préparer à gérer les situations exceptionnelles* en harmonisant les procédures, de la réception des signaux jusqu'au traitement avec retour d'expérience, et en adaptant les plans de gestion de situations exceptionnelles à la nouvelle organisation régionale : toxi-infections alimentaires collectives, infections invasives à méningocoques, pandémie grippale, risque Nucléaire radiologique biologique et chimique (NRBC)...

La 3ème orientation devra *développer la communication* sur la veille, la gestion des alertes, la sécurité sanitaire et les situations exceptionnelles. Pour cela, il s'agira de :

- mettre en place un site internet ARS pour la veille et la sécurité sanitaire ;
- développer la culture du retour d'information ou d'expérience auprès des professionnels de santé,
- harmoniser la communication aux médias.

¹⁰ La veille et l'alerte sanitaire en France, InVS mars 2011 ; www.invs.sante.fr

La 4ème orientation concerne *la formation des professionnels*, de l'ARS, des institutions (Établissements de santé, établissements médico-sociaux, maisons d'arrêt) (*Fiche SROS - Soins aux détenus*) et des professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, paramédicaux...).

Pour atteindre cet objectif il faudra : proposer un plan de formation initiale et continue pour le personnel de l'ARS et inscrire dans le programme de travail un plan de formation des professionnels de santé ad hoc : formation initiale et développement professionnel continu.

Enfin, la 5ème orientation vise à *améliorer l'information de l'utilisateur et à former ses représentants* (Cf l'objectif 3-4).

Objectif 1.3 : Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination

a- Contexte

Des pathologies souvent imprévisibles, déroutantes pour la population et les soignants

La prégnance des sujets liés aux maladies infectieuses reste toujours forte : non maîtrise du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales (avec le risque de passage à la chronicité pour certains patients), retour de la tuberculose et de cas groupés de rougeole, menace de pandémie grippale encore présente, liens entre certaines affections et le cancer (papillomavirus, hépatite...), résistance aux antibiotiques et infections associées aux soins... Toutes ces questions suscitent de nombreux débats et rendent donc ces maladies très actuelles. Elles font l'objet d'interrogations, de doutes et de remises en cause sur les solutions apportées, notamment par les autorités sanitaires. Dans ce paysage complexe, il est donc nécessaire d'apporter des réponses claires. L'incidence et la prévalence actuelle de ces pathologies ainsi que les risques d'évolution non maîtrisés rendent la vigilance essentielle et la prévention indispensable.

Des programmes nationaux successifs ont été relayés et amplifiés en Franche-Comté, notamment concernant le VIH¹¹ et les hépatites¹², mais aussi autour des infections associées aux soins¹³ et sur le bon usage des antibiotiques¹⁴. Plus récemment, le plan pour l'éradication de la rougeole et de la rubéole a été réactualisé¹⁵.

b- Chiffres clés

Une situation plutôt favorable mais certains signes de recrudescence

Dans le domaine du VIH/SIDA, la région bénéficie d'une position plutôt favorable. En effet, on y observe :

- un taux annuel de découvertes de séropositivité plus bas qu'au niveau national : 40 cas pour 100 000 habitants contre 103) ;
- un pourcentage plus faible de découvertes de séropositivité au stade sida : Franche-Comté : 13,5%, versus France : 19 %.

La tuberculose est également peu présente dans la région (5,9 cas déclarés pour 100 000 habitants contre 9 en France) mais certaines évolutions récentes sont inquiétantes. C'est ainsi que le nombre de cas déclarés dans le Jura a fortement augmenté passant de 7 à 17 entre 2008 et 2009. Le registre des nouveaux cas d'hépatites du Doubs dénombre en moyenne plus de 188 nouveaux cas annuels pour le virus de l'hépatite C (VHC) et 83 pour le virus de l'hépatite B. La Franche-Comté ne fait pas partie des régions les plus touchées par les Infections sexuellement transmissibles (IST).

¹¹ Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

¹² Programmes et plans nationaux de lutte contre l'hépatite B et C

<http://www.sante.gouv.fr/programmes-et-plans-nationaux-de-lutte-contre-l-hepatite-b-et-c.html>

¹³ Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_264_190809-2.pdf

¹⁴ Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques

<http://www.sante.gouv.fr/le-plan-du-20-novembre-2001.html>

¹⁵ Plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale

<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-d-elimination-de-la-rougeole-et-de-la-rubeole-congenitale.html>

Concernant les maladies infectieuses à prévention vaccinale, les taux de vaccination sont insuffisants (inférieurs à 95 %) en Franche-Comté, notamment pour les vaccins contre la Rougeole-Oreillons-Rubéole. Les données nationales relatives à la grippe saisonnière montraient en 2007-2008 que seulement 63,9 % des plus de 65 ans et 48,4 % des moins de 65 ans en affection de longue durée étaient vaccinés. De plus, seulement 66 % des médecins généralistes et 38 % des personnels de maison de retraite étaient vaccinés en 2004-2005¹⁶.

Les personnes vulnérables sont les plus touchées. C'est ainsi qu'en Franche-Comté :

- les détenus présentent une prévalence de VHC plus élevée ;
- les adultes nés à l'étranger, les personnes sans domicile fixe et les détenus sont davantage concernés par la tuberculose ;
- les hommes homosexuels et les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne sont plus atteints par le VIH/SIDA.

Les complications des maladies infectieuses sont également plus graves chez certaines personnes vulnérables, par exemple les sujets âgés (grippe), les nourrissons (méningite), les adolescents et les jeunes adultes (rougeole, coqueluche) ou les personnes ayant une pathologie chronique.

c- Perspectives

(Fiche SRP - Maladies infectieuses)

Vaccination, dépistage et éducation, les trois stratégies clés

Poursuite des actions entreprises

La Franche-Comté a engagé depuis plusieurs années une politique volontariste sur le thème des maladies infectieuses, avec notamment la création d'expositions de culture scientifique et technique "Microbes en question" et "Planète vaccination" utilisées actuellement dans toute la France, l'institution d'une semaine de la vaccination initiée en Franche-Comté et reprise au niveau national et européen.

Dans un contexte de doute et d'incertitude sur *le geste vaccinal*, cette politique sera poursuivie pour que le plus grand nombre possible de sujets aient une couverture en cohérence avec le calendrier vaccinal :

- semaine de la vaccination et dispositif d'accompagnement tout au long de l'année ;
- implication des professionnels de santé, notamment à travers les dispositifs conventionnels de l'assurance maladie et les nouveaux modes de rémunérations.

L'offre *en matière de dépistage* est relativement bien structurée en Franche-Comté :

- *spécialisées* : Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) / Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), Centres de lutte antituberculeux (CLAT) ;
- *non spécialisées* : Protection maternelle et infantile (PMI), Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ;

Ces dispositifs seront confortés et, si nécessaire, consolidés, d'une part, en réorganisant le dispositif CDAG-CIDDIST et en l'articulant avec les autres structures effectuant des dépistages, et d'autre part, en redéfinissant les conventions avec les Conseils généraux et les conventions d'habilitation avec l'Association d'hygiène sociale (AHS) de Franche-Comté et le Centre hospitalier de Lons-le-Saunier.

Il en est de même concernant la coordination régionale de *la prévention et des soins* pour :

- l'infection à VIH par la Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH (COREVIH) ;
- l'hépatite C par le pôle de référence et le Réseau ville hôpital hépatite C de Franche Comté (REVHOC).

¹⁶ Etat de santé de la population en France. Rapport 2009-2010. DREES juillet 2010. www.sante.gouv.fr

Par ailleurs, les programmes nationaux sur le bon usage des antibiotiques et la lutte contre les infections liées aux soins ont été relayés par :

- des formations de grandes envergures (plus de 50 % des médecins traitant rejoints) dans le cadre de la campagne "les antibiotiques, c'est pas automatique" ;
- un plan d'action des autorités de santé lié aux risques de pandémie ;
- le développement d'activités originales promues par le RF-CLIN PRIMAIR (Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales et pour le bon usage des antibiotiques), comme les guides de recommandations destinés aux prescripteurs hospitaliers et ambulatoires...

La situation épidémiologique impose une forte (re)mobilisation autour de toutes ces questions. Ces programmes devront s'exercer non seulement dans les établissements sanitaires, mais aussi au sein des établissements médico-sociaux et en ambulatoire, avec en perspective la vigilance, la qualité des soins et la prévention du risque infectieux ainsi que le respect des référentiels et la vaccination des professionnels de santé (*lien avec l'objectif 1-2*).

Enfin, les actions d'éducation devront être poursuivies. Elles relèvent de plusieurs types de démarches :

- éducation du public à des gestes simples, comme le lavage des mains,
- éducation de populations spécifiques autour de la réduction des risques de transmission par voie sexuelle ou matériels d'injection,
- éducation thérapeutique du patient, notamment pour les sujets entrés dans des phases chroniques de leur maladie, comme le VIH ou les hépatites (*lien avec l'objectif 2.5*).

Nouvelles orientations

La 1^{ère} orientation concerne la politique contractuelle que l'Agence régionale de santé souhaite engager en matière de lutte contre les maladies infectieuses, notamment avec les Collectivités territoriales (Conseils généraux et municipalités) et certains opérateurs. En effet, des conventions Etat-Conseil général avaient été signées pour :

- la lutte contre la tuberculose (Jura, Haute-Saône et Territoire-de-Belfort) ;
- les vaccinations (Jura, Haute-Saône et Territoire-de-Belfort) ;
- la lutte contre les infections sexuellement transmissibles -IST- (Haute-Saône et Territoire-de-Belfort).

En complément, l'Association d'hygiène sociale de Franche-Comté a été habilitée pour la lutte contre la tuberculose et contre les IST dans le Doubs, les Villes de Besançon et de Montbéliard pour les vaccinations dans le Doubs (système de rappel vaccinal et gratuité) et le Centre hospitalier de Lons-le-Saunier a été habilité pour la lutte contre les IST dans le Jura.

L'ensemble de ce dispositif sera réajusté dans le cadre de la politique que l'ARS entend promouvoir dans ce domaine (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, Contrats locaux de santé...) (*Fiche SRP - Maladies infectieuses*).

La 2^{ème} orientation a pour but d'atteindre de façon plus efficace les sujets vulnérables et à risques, aussi bien en matière de vaccination que de dépistage :

- pour la vaccination, il s'agit des enfants et femmes enceintes (*Fiche SRP - Petite enfance*), des sujets âgés en EPHAD et des personnes handicapées vieillissantes (*Fiche SROMS - PA Démarche qualité en EPHAD*) ;
- en ce qui concerne le dépistage des maladies infectieuses (VIH, hépatites, IST, tuberculose), l'objectif est de renforcer les liens avec les professionnels de santé de proximité (dont les laboratoires de biologie médicale (*Fiche SROS - Biologie*)), les Conseils généraux et les structures de dépistage. Cette prévention secondaire devra cibler, en premier lieu, les personnes les plus à risques (dans l'entourage d'une personne atteinte ou ayant un comportement à risques), notamment les sujets sous main de justice ou détenus (*Fiche SROS - Soins aux détenus ; Fiche SRP - Personnes sous main de justice*). L'enjeu est de traiter le plus précocement possible les personnes atteintes, afin, d'une part, d'améliorer leurs chances de guérison ou de stabilisation, et d'autre part, de diminuer le risque de transmission à d'autres personnes.

Objectif 1.4 : Promouvoir l'information et l'éducation relatives à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité

a- Contexte

Des changements très favorables concernant principalement la santé de la mère et de l'enfant

Au cours des dernières décennies, des évolutions marquantes et positives ont concerné les questions liées à la sexualité, la contraception, au choix de grossesse et de son suivi ainsi qu'à l'accompagnement du nouveau-né. Cependant, ces changements considérables doivent être modulés, en raison, d'une part, du poids des représentations liées à des questions qui touchent à l'intime, et d'autre part, de certains indicateurs qui tempèrent ces progrès. Par exemple, l'âge moyen des 1^{ères} relations sexuelles a évolué de façon beaucoup moins importante que les représentations couramment rapportées (ces comportements ont même été stables dans les années 80-90)¹⁷. Par ailleurs, d'après un rapport de l'IGAS (2009)¹⁸ sur l'application de la loi de juillet 2001 concernant l'IVG, "la diffusion massive de la contraception n'a pas fait diminuer le nombre des IVG, qui se maintient aux environs de 200 000 par an, et le fonctionnement réel des dispositifs contredit trop souvent la volonté affichée de donner la priorité à une approche préventive".

En matière de périnatalité, la France a mis en place, depuis les années 1970, une politique structurante se traduisant par trois plans successifs : 1970-1975, 1995-2000, 2005-2007. L'évaluation de ce dernier a fait l'objet d'un rapport (2010) qui montre les progrès et les pistes d'amélioration pour un programme national qui "visait à intervenir principalement sur deux dimensions, « sécurité-qualité » et « humanité-proximité », et cherchait à trouver le bon équilibre entre ces problématiques"¹⁹.

En Franche-Comté, cette politique s'est traduite par un renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention et au développement d'une prise en charge périnatale plus humaine. L'enjeu fondamental a été d'organiser, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Depuis 2004, le réseau périnatalité en a été l'opérateur majeur.

Concernant l'information et l'éducation relatives à la sexualité et à la contraception, de nombreuses initiatives ont été prises en région (notamment, dans le cadre d'un programme régional interinstitutionnel).

b- Chiffres clés

Des indicateurs de santé maternelle et infantile plutôt positifs

La Franche-Comté se caractérise par un taux de natalité stable et comparable au niveau national. Elle bénéficie d'un taux de fécondité en progression entre 1997 et 2008.

¹⁷ Institut national d'études démographiques : l'âge du premier rapport sexuel

http://www.ined.fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premier_rapport_sexuel/

¹⁸ Rapport IGAS : Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_les_politiques_de_prevention_des_grossesses_non_desirees_et_de_prise_en_charge_des_IVG.pdf

¹⁹ Ministère de la santé et des sports, Direction Générale de la Santé, Évaluation du plan périnatalité 2005 – 2007, Rapport final

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

Il est à noter que dans la région comme au niveau national, la part des naissances chez les femmes de 30 ans et plus augmente de façon significative ainsi que la prématurité. Sur la période de 2006 à 2008, les taux de mortalité périnatale et maternelle étaient inférieurs en région à la moyenne nationale.

En revanche, la progression du recours à l'IVG est préoccupante. Bien qu'inférieur à la moyenne nationale, ce taux a augmenté chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Mais c'est pour les 15-17 ans que le taux a progressé le plus. La Franche-Comté est également caractérisée par une proportion d'IVG médicamenteuse moins importante qu'au niveau national même si elle progresse régulièrement : 17,9 % en 2001 et 32,7 % en 2006 (la moyenne nationale est de 45,7 %).

c- Perspectives (*Fiche SRP - Périnatalité ; Fiche SROS - Périnatalité*)

Une organisation globalement efficiente avec un réseau régional, acteur du changement

Poursuite des actions entreprises

Un programme régional interinstitutionnel (Etat, Rectorat, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé -IREPS-) d'éducation à la sexualité auprès des jeunes francs-comtois a été mis en place en 2007. Il se poursuivra grâce à de nouvelles formations d'intervenants. Le but est de démultiplier le nombre et la qualité des interventions dans les différentes institutions accueillant des jeunes.

Concernant *l'offre pour la réalisation d'une IVG*, une vigilance particulière sera exercée (*Fiche SROS - Périnatalité-obstétrique*) :

- d'une part, quant aux effectifs médicaux consacrés à l'activité IVG, afin que la continuité de ces interventions puisse être assurée dans l'ensemble des établissements concernés ;
- d'autre part, quant à l'accessibilité des différentes techniques (médicamenteuses et chirurgicales), tant au sein des établissements qu'en médecine de ville.

Le Réseau périnatalité de Franche-Comté (RPFC) est maintenant bien structuré. Il devra poursuivre son rôle de coordination de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés en conformité avec les directives nationales et les orientations régionales. Il assure aujourd'hui deux niveaux d'interventions complémentaires :

- *régional* : ces actions correspondent, en plus de l'organisation des transferts in utero et néonataux, à la mise en place des formations, aux réunions de groupes de travail, au développement des outils de communication et de partage de l'information ;
- *de proximité* : l'aire géographique d'intervention correspond en général au bassin de recrutement d'une maternité ; l'objectif est de permettre aux professionnels, amenés à prendre en charge les mêmes patientes, de se rencontrer, de reconnaître leurs compétences mutuelles, leurs places et leurs rôles dans la prise en charge de ces patientes, d'améliorer la communication et la transmission interprofessionnelle.

L'Entretien prénatal précoce (EPP) était une des mesures phares du Plan périnatalité 2005-2007. Réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme, ou d'un professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue, il a pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité. Il doit être l'occasion d'évoquer les sujets mal ou peu abordés avec la future mère lors des examens médicaux prénatals : questions sur elle-même, son environnement affectif et social, son état psychoaffectif, sa vie professionnelle, ses habitudes alimentaires, ses addictions... D'après une enquête récente en région (mars 2010), près de la moitié des femmes (42,8 %) concernées en bénéficient, avec un pourcentage de satisfaction très élevé (93,4 %). L'objectif est de le généraliser.

Concernant *les femmes en situation de vulnérabilité*, trois problématiques doivent être prises en charge de façon renforcée ou mieux organisée :

- celle des violences conjugales, avec la poursuite des formations à l'attention des professionnels de la périnatalité ;

- celle du parcours de santé des femmes en situation de précarité avec, d'une part, la formalisation de liens plus structurés entre les centres périnataux et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), et d'autre part, la mise en place d'une sage-femme référente dans ces centres ;
- celle des addictions par l'intermédiaire de formations des intervenants ; il s'agira de consolider le partenariat déjà engagé entre le réseau périnatalité, les réseaux d'addictologie et les structures hospitalières de prise en charge des addictions.

Plus généralement, les grands principes de l'organisation de l'offre actuelle (grossesse et naissances) seront conservés :

- les centres périnataux de niveau 1, 2, 3 actuels²⁰ seront maintenus, compte tenu de leur situation géographique, de leur niveau d'activité et de l'évolution des naissances et de la prématurité ;
- les 4 centres périnataux de proximité actuels remplissent leurs missions.

En revanche, plusieurs points devront faire l'objet d'un traitement particulier :

- le schéma organisationnel et les protocoles des transferts in utero (TIU) des mères vers le niveau 3 doivent être appliqués par l'ensemble des intervenants concernés (Centres périnataux, SMUR) ;
- les moyens octroyés aux transferts néonataux (TNN) vers le niveau 3 doivent être réévalués ;
- pour ce qui concerne la prise en charge des hémorragies graves de la délivrance, un groupe de travail en cours définira les modalités de la prise en charge ;
- l'hospitalisation à domicile (HAD) obstétricale devra être évaluée ;
- enfin, le positionnement des sages-femmes libérales sera repensé, notamment dans le cadre des regroupements de professionnels de santé.

Les problématiques psychiatriques périnatales ne sont pas exceptionnelles (troubles psychiatriques antérieurs à la grossesse ou à déclenchement gravido-puerpéral). Une attention particulière sera donc portée à *la structuration de la filière de prise en charge psychique et psychiatrique périnatale* (avec le concours actif du réseau périnatalité) (*Fiche SROS - Psychiatrie*). Cet effort passe par un renforcement des moyens : postes de psychologues dans les centres périnataux, psychiatres référents, hospitalisation de jour en psychiatrie périnatale, structure de type unité Père-Mère-Bébé. Cette dernière a été expérimentée avec succès à Besançon. Il s'agit d'un lieu d'accueil de jour pour les familles. Il répond à des objectifs de prévention et de soin : soutenir l'accès à la fonction de mère et de père, prévenir l'installation ou soigner les troubles psychopathologiques chez le nourrisson et le jeune enfant, prévenir et/ou soigner les troubles du lien parents-enfant, prévenir les risques de maltraitance précoce (*Fiche SRP - Petite enfance*).

Nouvelles orientations

Une 1^{ère} orientation vise à *promouvoir l'information, le conseil, l'orientation et l'accès à la contraception, en particulier chez les mineures et les personnes en situation de vulnérabilité*, à travers différentes initiatives :

- faire mieux connaître le point écoute régional contraception-IVG ;
- actualiser le répertoire des structures régionales intervenant dans le domaine de la contraception et des IVG ;
- assurer la diffusion auprès des jeunes et des personnes en situation de vulnérabilité du répertoire et des plaquettes d'informations éditées par l'INPES (contraception, IST et questions d'adolescents...)
- faciliter l'accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures et personnes en situation de vulnérabilité (consultations, moyens contraceptifs, examens complémentaires),

Concernant les personnes vulnérables, une attention particulière sera portée au développement de l'éducation à la vie affective et sexuelle pour les sujets sous main de justice (*Fiche SROS - Soins détenus ; Fiche SRP - Personnes sous mains de justice*).

²⁰ La réglementation définit 3 niveaux de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés :

Niveau 1 : Obstétrique ; Niveau 2 A : Obstétrique et Néonatalogie sans soins intensifs ; Niveau 2 B : Obstétrique et Néonatalogie avec soins intensifs ; Niveau 3 : Obstétrique, Néonatalogie, avec et sans soins intensifs, Réanimation néonatale

La 2^{ème} orientation a pour objet de *promouvoir l'information préconceptionnelle auprès de toute femme en âge de procréer* (déterminants de santé, facteurs de risques, vaccinations, alimentation notamment l'importance des folates...) par différentes modalités d'interventions complémentaires :

- séances d'information collectives ou consultation en santé scolaire et universitaire ;
- actions de formation ou d'information auprès des généralistes, des gynécologues obstétriciens, des centres de planification ;
- promotion de la consultation préconceptionnelle.

La 3^{ème} orientation touche à *l'assistance médicale à la procréation*. Il est nécessaire d'organiser la promotion du don d'ovocytes afin de répondre aux besoins actuels et à venir dans ce domaine ([Fiches SROS - AMP - DPN](#)).

La 4^{ème} orientation concerne *la consolidation et la mise en œuvre de nouvelles démarches de soins à travers le "Programme néonatal individualisé d'évaluation et des soins de développement"* dans tous les centres périnataux de niveau 3 et 2 de la région. Ce programme novateur considère le prématuré comme acteur de son propre développement, aidé par des soins individualisés grâce à des observations comportementales très fines et codifiées, en collaboration avec les parents qui deviennent co-acteurs de ces soins.

La 5^{ème} orientation doit permettre *l'accompagnement des proches des enfants en soins palliatifs* pour créer une véritable politique de prévention des deuils compliqués des parents et fratries des enfants décédés ([Fiches SROS - Soins palliatifs - Périnatalité](#)).

A noter : plusieurs sujets concernant la périnatalité sont traités dans d'autres objectifs : Objectif 2. 2. : *prévention de l'obésité (allaitement maternel)* ; Objectif 2. 3. : *souffrances psychiques et troubles mentaux (groupe régional pour le repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent)* ; Objectif 2. 4. : *pathologies chez l'enfant et l'adolescent (troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensorielles, conseil génétique, gradation des soins)* ; Objectif 2.5 : *addictions (tabac et alcool chez la femme enceinte)*.

Objectif 1-5 : Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail

a- Contexte

Une fragilisation de l'emploi et des conditions de travail ont des conséquences sur la santé

Au cours des dernières années, les conditions de l'emploi et du travail ont profondément changé. Dans ce nouveau contexte, de nombreux facteurs pèsent sur la santé au travail : le chômage de plus en plus présent, la forte précarisation des emplois, le vieillissement de la population salariée, l'accélération des rythmes de travail et les nouvelles méthodes de management... Les situations d'arrêts de travail longs ou répétitifs, l'inaptitude au poste de travail, voire au travail, l'incapacité suite à des accidents ou maladies professionnelles, affections de longue durée favorisent l'entrée dans une spirale conduisant au licenciement pour raison de santé et à la désinsertion professionnelle. La précarisation qui en résulte a des conséquences sociales et financières importantes.

Le Plan santé au travail 2010-2014²¹ affirme que « le développement de la santé et du bien-être au travail et l'amélioration des conditions de travail constituent un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir. Ils passent par la mise en œuvre effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels, à réduire les accidents et maladies professionnelles, à prévenir l'usure au travail et la dégradation de la santé, ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi ».

C'est donc un enjeu fort de santé publique auquel la Franche-Comté n'échappe pas. En région, le Plan régional de santé au travail (PRST 2), piloté par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), constitue le cadre des actions conduites.

b- Chiffres clés

Des risques très diversifiés

En France, plus de deux personnes meurent par jour d'un accident du travail ou des suites d'une maladie professionnelle.

Depuis plusieurs années, le nombre d'accidents du travail est stable en Franche-Comté (autour de 12 500 par an) : ce chiffre tend à diminuer depuis 2009 (10 800)²². En revanche, 824 maladies professionnelles avec arrêt²³ étaient comptabilisées en 2009. Stables entre 2005 et 2008, elles ont fortement augmenté entre 2008 et 2009 (+26 %).

Par ailleurs, 1 209 accidents du trajet avec arrêt étaient comptabilisés dans notre région en 2009 (en hausse de 15 % en regard de 2008).

Trois grands types de risques professionnels sont identifiés :

²¹ Plan santé au travail 2010-2014. www.travail-emploi-sante.gouv.fr

²² Statistiques 2005 à 2009 Accidents du travail, maladies professionnelles, accidents du trajet. CARSAT Bourgogne / Franche-Comté, 2010

²³ Une pathologie professionnelle résulte de l'exposition à un risque, auquel est exposée une personne à son poste de travail. En France, Pour être considérée comme une maladie professionnelle et être prise en charge par la Branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général ou la Mutualité sociale agricole pour le régime agricole, la pathologie doit être présente dans le tableau des 118 maladies professionnelles reconnues par le législateur. De nouvelles affections sont ainsi périodiquement ajoutées à cette liste, mais le processus de reconnaissance de maladie professionnelle est relativement lent et complexe.

- le risque de pathologies liées à l'exposition aux cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). Près de 13 % de la population active, principalement dans l'industrie, est aujourd'hui exposée à au moins un cancérogène ;
- le risque de troubles musculo-squelettiques. Ce dernier regroupe plusieurs pathologies des tissus mous liées à la répétitivité des gestes, à l'augmentation de leur fréquence, aux efforts excessifs, aux postures inconfortables maintenues longtemps... Ce sont les maladies professionnelles les plus courantes (70 %) et en augmentation continue depuis plusieurs années. Leur coût a dépassé celui des cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante. Les régions Bourgogne et Franche-Comté comptabilisent 2026 affections péri-articulaires en 2009 soit 79 % des maladies professionnelles avec arrêt enregistrées, en augmentation de 3 % en regard de l'année précédente ;
- les risques psychosociaux, souvent résumés sous le terme de souffrance au travail. Ils recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variées. Ils mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. Ils ont un impact sur le fonctionnement et l'économie des entreprises. Leur augmentation récente doit attirer notre vigilance. Le développement des démarches préventives et de prise en charge est indispensable.

c- Perspectives *(Fiche SRP - Santé au travail)*

Poursuite des actions entreprises

Des acteurs engagés mais qui doivent se fédérer dans l'action

La santé et le bien-être au travail reposent principalement sur la prévention, avec ses trois niveaux :

- faire en sorte que le travail ne soit pas source de maladies ;
- adapter les postes et contraintes de travail en cas de pathologies ;
- prévenir la désinsertion professionnelle.

En région, les premiers et principaux acteurs dans ce domaine sont la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) pour les salariés du régime général, la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les agriculteurs, les services de santé au travail et les médecins du travail, le Centre de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) et l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT).

La CARSAT de Franche-Comté a réalisé en 2010 plus de 3 200 interventions concourant à la prévention des risques professionnels dans 1 895 établissements de Franche-Comté. Ainsi, soixante-seize contrats de prévention ont été signés avec des entreprises.

Nouvelles orientations

Agir dans le cadre des prérogatives relevant directement de l'ARS

Dans l'attente de la réalisation d'un état des lieux de la santé au travail en Franche-Comté, initié par la DIRECCTE, trois orientations doivent être poursuivies.

La 1^{ère} est de *sensibiliser les médecins généralistes aux pathologies professionnelles et aux risques psychosociaux*, en particulier en renforçant les liens avec le Centre de consultation de pathologies professionnelles²⁴ et les médecins du travail.

La 2^{ème} est le maintien dans l'emploi de personnes vulnérables pour éviter leur désinsertion professionnelle :

- les travailleurs victimes de troubles musculo-squelettiques (TMS), lombalgies communes chroniques et risques psycho-sociaux (RPS) constituent une population prioritaire et pourront être pris en charge par le Centre de consultation de pathologies professionnelles ;

²⁴ Les CCPP ont vocation à : diagnostiquer des pathologies et maladies professionnelles, à rechercher les nuisances professionnelles, à évaluer des risques pour la santé, à participer à l'évaluation de l'aptitude au travail, à contribuer au reclassement professionnel et au maintien dans l'emploi.

- une attention devra être également portée à la réinsertion socioprofessionnelle des personnes cérébrolésées (*Fiche SROS - Patients cérébrolésés ; Fiche SROMS - Réponses aux handicaps à prévalence régionale*) ainsi qu'à celles des personnes souffrant de troubles mentaux (*Fiche SROS - Psychiatrie*), par le biais de structures et services adaptés ;
- de même, la réflexion sur le passage à temps partiel et l'adaptation des rythmes de travail pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en ESAT devra être conduite (*Fiche SROMS - PH vieillissantes*).

La 3^{ème} est de *contribuer à la prévention de la santé au travail dans les établissements de santé ou médico-sociaux (hôpitaux, EHPAD...), sous la responsabilité directe ou indirecte de l'ARS*. Finalité en soi, c'est également une condition nécessaire de la qualité des soins délivrés et de la bienveillance aux usagers (cf l'objectif 4-3 de la priorité 4) (*Fiches SROMS - Optimiser le maintien à domicile - Conforter la démarche qualité en EPHAD*).

PRIORITE 2 :

**Renforcer la prévention et les soins pour
certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte
qui exposent au risque de chronicité**

Objectif 2.1 : Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers

a- Contexte

Des plans nationaux mobilisateurs et un institut régional fédérateur

Le premier Plan cancer (2003-2007) a facilité le développement d'un engagement collectif jamais connu auparavant²⁵. Impulsé par les plus hautes autorités de l'Etat, il a concerné chaque région française. Les 70 mesures préconisées ont donné un élan novateur, tant en termes de prévention que de prise en charge : actions volontaristes sur les principaux déterminants de la santé, renforcement de l'efficacité des approches thérapeutiques, mais aussi écoute du patient et attention portée à sa qualité de vie. Ces différentes dimensions ont permis d'impulser une dynamique inédite pour une affection majeure, touchant directement ou indirectement chaque Français.

Le deuxième Plan cancer (2009-2013) est en cours²⁶. Il est décliné selon 5 axes (recherche, observation, prévention-dépistage, soins, vivre pendant et après le cancer), 30 mesures et 118 actions. Il comprend 3 thèmes transversaux :

- mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité de l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer ;
- stimuler l'analyse des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre, notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

En Franche-Comté, la création de l'Institut régional fédératif du cancer (IRFC)²⁷ constitue la clef de voûte de cette politique. Elle vise d'abord à rejoindre et à prendre en charge chaque usager du système de santé au plus près de son lieu de vie, avec un souci de qualité et d'équité de l'offre.

Trois composantes organisationnelles constituent des atouts pour la région :

- *Epidémiologie* : l'existence depuis 1977 du registre des tumeurs du Doubs (étendu maintenant au Territoire de Belfort) permet d'apporter une expertise dans la mise en œuvre d'une politique éclairée concernant la prévention et la prise en charge des cancers.
- *Prévention* : la présence d'une structure régionale unique de gestion, l'Association pour le dépistage du cancer (ADECA) Franche-Comté, facilite l'organisation des dépistages des cancers du sein et colorectal.
- *Soins* : grâce à un système d'information utilisé au quotidien, « au lit du patient » et dans toute la région, le taux de couverture de « Bonnes pratiques de chimiothérapie » (BPC) est aujourd'hui de 100 %.

²⁵ Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer : Plan cancer 2003-2007

http://www.oncarmor.fr/fileadmin/site_oncarmor/accueil/presentation/plan_cancer/doc/plan_cancer_2003_2007.pdf

²⁶ Plan cancer 2009-2013 :

http://www.oncarmor.fr/fileadmin/site_oncarmor/accueil/presentation/plan_cancer/doc/plan_cancer_2009_2013.pdf

²⁷ Cancérologie en Franche-Comté : une organisation régionale pour une meilleure prise en charge des patients, Les Dossiers de l'ARS, février 2011.

http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/LettreInfo/DossierARS_Cancerologie_fevrier_2011.pdf

b- Chiffres clés ²⁸

Des cancers en progression mais une mortalité qui doit régresser du fait des progrès médicaux

Les cancers constituent la seconde cause des décès survenus en Franche-Comté entre 2004 et 2006 (29 % : 2 800 personnes), juste après les maladies de l'appareil circulatoire (30 %). En revanche, le nombre de décès prématurés, c'est-à-dire qui se produisent avant 65 ans, est 3 fois supérieur pour le cancer que pour les maladies cardiovasculaires. Si la Franche-Comté ne se distingue pas de la France métropolitaine sur le taux standardisé de mortalité par cancer, il existe en revanche, des disparités départementales : sur la période 2003-2005, le Territoire-de-Belfort (335) et la Haute-Saône (338) présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale (313 décès pour 100 000 habitants), pour les deux sexes.

Le nombre de nouveaux cas de cancers (incidence) observé en Franche-Comté (5 800 en 2005) est inférieur à la moyenne nationale. Les trois localisations les plus fréquentes sont chez les Francs-Comtois par ordre d'importance la prostate, le poumon et le côlon. Pour les Franc-Comtoises : le sein, le colon et le poumon. Concernant cette dernière localisation, l'incidence est supérieure de 7 % à la moyenne nationale. Globalement, on constate, comme dans la France entière, une augmentation de 61 % du nombre de cas déclarés en 20 ans.

Ces modifications de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en parallèle avec l'évolution des expositions aux facteurs de risque, à la pratique des dépistages, à l'amélioration des techniques diagnostiques et au progrès des thérapeutiques.

Une particularité franc-comtoise : l'exposition au radon, responsable d'une proportion de cancer du poumon attribuable à ce risque supérieure à la moyenne nationale (*cf. objectif 1.1*).

c- Perspectives

Prévention (*Fiche SRP - Cancer*)

Agir sur les déterminants et rejoindre de nouvelles populations pour le dépistage

Poursuite des actions entreprises

Impliquer d'autres publics

Les questions en rapport avec les principaux déterminants de santé liés au cancer sont traitées dans plusieurs autres chapitres (*cf. tabac et alcool : "addiction" objectif 2-5 ; nutrition : "prévention de l'obésité" objectif 2-2*).

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a débuté en septembre 2003. A ce jour, 3 campagnes complètes se sont déroulées. La quatrième a été initiée en septembre 2009 et se terminera en septembre 2011. Les données INVS calculées sur deux années « glissantes » montrent que la Franche-Comté est plutôt bien située en regard de la moyenne nationale avec un taux de participation 2009-2010 de 56,2 % et une progression régulière au fil des années (le taux de participation pour la troisième campagne, calculé par rapport aux invitations, s'élève à 62 %).

La première campagne de dépistage organisé du cancer colorectal a été entreprise en juin 2008 et s'est terminée en juin 2010. Le taux de participation a été de 40,2 %. La seconde campagne est en cours.

²⁸ Le cancer en Franche-Comté : incidence et mortalité de 1980 à 2005, Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, Registre des tumeurs du Doubs, Décembre 2008
http://www.chu-besancon.fr/registretumeursdoubs/ORS_Evo_incidence_mortalite_1980_2005_V2.pdf

Par ailleurs, des initiatives importantes et originales ont aussi été prises (depuis 2003) par l'Association des dermatologues de Franche-Comté (ASFODER) pour diminuer l'incidence des mélanomes avec des opérations significatives, tant en direction des professionnels de santé que du grand public : journée de dépistage gratuit, campagne de prévention... (*Fiche SRP - cancer*).

Nouvelles orientations

Assurer un continuum entre la prévention et le soin

La 1^{ère} orientation concerne, la dimension épidémiologique et le suivi du dépistage. Afin d'avoir la meilleure évaluation possible de la situation en matière de cancer, il est nécessaire de formaliser les liens de partenariat entre, d'une part, l'ADECA, et d'autre part, le Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort afin de favoriser des travaux de suivi et d'évaluation du dépistage.

La 2^{ème} orientation vise à améliorer les taux de participation aux 2 dépistages du cancer (sein et colorectal) sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'atteindre l'objectif de 65 % en 2012-2013 pour le cancer du sein et celui de 50 % pour le cancer colorectal en 2013.

Pour ce faire, plusieurs actions seront initiées ou amplifiées :

- relayer de façon encore plus forte les campagnes de communication à l'aide des supports nationaux ;
- renforcer le rôle primordial du médecin traitant pour le repérage des risques et les propositions de dépistage organisé ou individuel, notamment à travers de nouveaux modes de rémunération ;
- réduire les délais de réalisation des mammographies de dépistage et la prise en charge après le diagnostic ;
- développer des actions ciblées pour réduire les inégalités (territoriales, culturelles, socioéconomiques ou liées à l'âge) dans les taux de participation, notamment grâce à la signature de Contrats locaux de santé (avec les collectivités territoriales) et des actions ciblées avec les différents régimes de l'Assurance maladie (*Fiche SRP - Cancer*) ;
- prendre en compte les populations particulières, comme les personnes en établissement (sujets handicapés) (*Fiches SROMS - PH vieillissantes - PA Démarche qualité en EPHAD*) et les détenus (*Fiche SRP - Personnes placées sous main de justice ; Fiche SROS - Soins aux détenus ; Fiche SROMS Personnes vulnérables*).

La 3^{ème} orientation est en rapport avec les actions de prévention diminuant les expositions à certains risques (tabac, alcool, alimentation) mais aussi d'autres facteurs liés à l'environnement (UV, air intérieur) et à certaines maladies infectieuses (vaccinations HPV et hépatite B, prévention de l'hépatite C). Ces sujets et les actions afférentes sont abordés notamment dans les objectifs 1-1, 1-3, 1-4, 2-2.

La 4^{ème} orientation porte sur les coopérations et les liens à renforcer entre les structures régionales qui œuvrent dans le champ "préventif" du cancer (ADECA, Registre des tumeurs, Réseau Oncolie...) et qui permettront de développer des liens fructueux entre le volet "prévention" et "soins". Dans cette perspective, l'Institut régional fédératif du cancer (IRFC) sera au cœur du dispositif à venir.

Soin (*Fiche SROS - Cancer*)

Poursuite des actions entreprises

Un institut et un réseau pour un cadre structuré

Le partage des compétences doit améliorer les pratiques et faire émerger des protocoles communs au bénéfice de la qualité, comme c'est déjà le cas pour la chimiothérapie. En effet, l'outil régional de prescription des chimiothérapies "*Bonnes pratiques de la chimiothérapie*" (BPC) est plus qu'un simple logiciel de prescription des chimiothérapies, il constitue une garantie de qualité pour la région. Il intègre les référentiels de bonne pratique, assure l'application des protocoles thérapeutiques et la traçabilité des prescriptions. Il garantit le contrôle et l'optimisation des doses prescrites et permet l'analyse des données en vue d'avancées constantes, au bénéfice du patient et des établissements de santé.

La mise en place de l'Institut régional fédératif du cancer (IRFC) de Franche-Comté s'inscrit dans cette perspective. C'est une démarche collective, régionale, moteur d'une organisation pragmatique dans laquelle tous les intervenants se retrouvent et où les patients bénéficient d'un accès à des soins de qualité et de proximité. Cette nouvelle organisation est en cohérence avec les orientations nationales préconisées :

- assurer une offre graduée de soins ;
- garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné ;
- améliorer les conditions d'accès à l'imagerie (dépistage et traitement), aux traitements innovants et aux essais cliniques, à la chirurgie de recours ;
- identifier un pôle régional de cancérologie et labelliser les réseaux de cancérologie ;
- favoriser une meilleure coordination entre les centres de radiothérapie ;
- structurer les filières de prise en charge des personnes âgées, des enfants et adolescents atteints de cancer.

L'IRFC a d'ores et déjà permis le maintien des activités de cancérologie sur certains des sites impliqués, avec constitution d'une équipe régionale d'oncologues qui se déploie à partir du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon sur plusieurs établissements et d'une équipe unique de radiothérapie intervenant sur les sites du CHU et du Centre hospitalier de Belfort Montbéliard (CHBM).

Par ailleurs, le réseau de cancérologie ONCOLIE existe maintenant depuis plusieurs années et son activité s'est conformée récemment au nouveau cahier des charges national. Par ailleurs, ce réseau s'est organisé en complémentarité avec l'IRFC, notamment autour de différents groupes de travail associant infirmières, assistantes sociales, psychologues...

Enfin, certains dispositifs prévus dans le cadre du Plan Cancer sont à consolider. Ils associent étroitement l'IRFC, ONCOLIE et certains acteurs clefs de la cancérologie, sur tout le territoire franc-comtois :

- *les Centres de coordination en cancérologie (3C)* : ce sont de véritables cellules qualité opérationnelles ;
- *les Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)* : elles sont devenues incontournables et doivent concerner 100 % des patients pris en charge ; elles bénéficient des nouvelles techniques de l'information (télémedecine avec transfert de l'imagerie médicale) et permettent de palier, pour partie, la faible démographie des professionnels en cancérologie ;
- *le dispositif d'annonce* : l'objectif est que 100 % des patients y aient eu accès ;
- *le Dossier communicant en cancérologie (DCC)* : son déploiement et sa structuration devront être effectifs dans tous les établissements autorisés, avec une exhaustivité et une qualité des données médicales (notamment anatomopathologiques), permettant une discussion et une argumentation pertinente lors des RCP ;
- *le Programme personnalisé de soins (PPS)* : dans les 4 ans, 100 % des patients auront un PPS ; il mentionnera le calendrier du projet thérapeutique global et du projet thérapeutique spécifique (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) en lien avec les équipes de prise en charge ; il intégrera le volet psycho social.

Nouvelles orientations

Des composantes multiples mais un seul but : mieux prendre en charge le patient

Consolider la récente régionalisation de la radiothérapie

Ce mouvement se poursuivra autour d'une structure unique de radiothérapie, regroupant les deux services de radiothérapie publique de Franche-Comté en un service hospitalo-universitaire bi-site. Cette organisation permettra d'assurer la permanence et la qualité des soins sur les deux sites, de telle sorte qu'ils offrent une qualité identique, que les développements technologiques soient également répartis pour que les patients puissent être pris en charge dans les mêmes conditions.

Mieux structurer la chirurgie et développer des techniques innovantes

Cela concernera notamment :

- la formation initiale et le développement professionnel continu des chirurgiens ainsi que la justification d'une activité cancérologique régulière dans le domaine (critères qualitatifs et quantitatifs de l'INCA) ;

- la recherche avec en particulier la création de cohortes pour certains actes traceurs et pathologies ;
- les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), associant systématiquement les chirurgiens ;
- la radiologie et l'endoscopie interventionnelle, le développement de la chirurgie ambulatoire et l'articulation avec l'anatomopathologie (examen extemporané et tumorothèque) ;
- la nutrition, avec l'absence de structure dans le Grand-Est en capacité de prendre en charge des patients après une chirurgie lourde digestive ou ORL.

Organiser régionalement l'accès aux soins de support pour tous et la coordination des différents intervenants

Les soins de support en cancérologie sont définis comme étant l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes tout au long de leur maladie conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a. Ils reposent sur une organisation structurée et pluri professionnelle de prise en charge du patient qui nécessite une concertation entre tous les acteurs de soins concernés, une traçabilité et une lisibilité afin de permettre un parcours optimal, évaluable à l'aide d'indicateurs de qualité. L'organisation régionale ainsi proposée doit assurer la facilité des échanges et la continuité des soins. Les guichets uniques des établissements seront coordonnés entre eux puisque le patient, tout au long de son traitement, est appelé à se déplacer dans plusieurs établissements. Par ailleurs, la coordination Ville-Hôpital devra conforter le rôle du médecin traitant.

Structurer les filières de prise en charge

- *Onco-gériatrie* : mettre en place une Unité de Coordination en Onco Gériatrie (UCOG) pour que les patients âgés puissent bénéficier dorénavant d'une double évaluation oncologique et gériatrique ;
- *Onco-pédiatrie* : augmenter le taux de guérison des cancers de l'adolescent et du jeune adulte avec notamment l'amélioration des conditions de traitement et d'accueil des enfants porteurs de cancer (unité d'hospitalisation spécifique, hospitalisation à temps partiel, coopération intra et interrégionale...);
- *Hématologie* : maintenir et développer l'accès à la greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) allogéniques pour les patients francs-comtois et bourguignons mais aussi maintenir l'accès aux traitements lourds (leucémies aiguës et autogreffes de CSH) pour tous les patients de la région;
- *Neuro-oncologie* : développer une filière spécifique nécessitant des compétences en neurologie, chirurgie, radiothérapie, oncologie, soins de supports, imagerie et anatomopathologie ; elle pourra s'envisager dans le cadre de l'IRFC et d'une collaboration interrégionale ;
- *Chimiothérapie par voie orale* : favoriser le "Projet Bonnes Pratiques de la Chimiothérapie (BPC) - portail Officines" et faciliter ainsi un échange d'informations entre la ville et l'hôpital ainsi qu'un suivi ambulatoire des patients ;
- *Education thérapeutique* : élaborer un programme d'éducation thérapeutique personnalisé, destiné aux patients et à leur entourage, afin qu'ils acquièrent les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie chronique.

Développer la recherche

C'est une des conditions pour déployer l'excellence et attirer des jeunes professionnels dans la région.

Trois axes :

- *la recherche scientifique fondamentale* autour du Cancéropôle du Grand-Est et de la recherche sur "immunité et cancer" ;
- *la recherche scientifique translationnelle* (qui correspond à la mise en application médicale des résultats scientifiques de la recherche fondamentale) avec le développement de plates-formes « biologie du cancer », en lien avec l'anatomopathologie et la pharmacologie ;
- *la recherche clinique* à partir d'un centre régional unique permettant à l'ensemble des sites de bénéficier des thérapeutiques innovantes disponibles au CHU et favorisant une gestion pharmaceutique régionale de la recherche clinique à partir du CHU, dans le cadre de l'IRFC.

Prendre en charge les conséquences des traitements anti-cancéreux sur la fertilité

La problématique de préservation de la fertilité concerne l'autoconservation de gamètes et les conservations de tissus germinaux, ovariens et testiculaires. Elle passe par la reconnaissance d'un plateau régional de cryobiologie dédié à la reproduction ([Fiches SROS - AMP - DPM](#)).

Objectif 2.2 : Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique, et développer une prise en charge pluri professionnelle

a- Contexte *(Fiche SRP - Nutrition)*

Une mobilisation régionale, structurée et volontaire

Les programmes de santé publique concernant la nutrition ont été mis en œuvre très tardivement en France (début des années 2000). Ce retard est pour partie lié à une situation épidémiologique (prévalence de l'obésité) moins préoccupante que dans d'autres pays développés. Cependant, la Franche-Comté avait déployé, dès le début des années 80, des programmes sur ce thème, notamment en direction des publics scolaires et socialement en difficulté.

Le 1^{er} Programme national nutrition santé (PNNS) a été lancé en 2001, suivi d'un second (2006-2010) puis, récemment, d'un troisième (2011-2015)²⁹. Ce dernier est complété par un Plan obésité 2010-2013³⁰.

La déclinaison du PNNS en Franche-Comté est effective et organisée depuis 2003 à travers le Programme régional : "*Pour manger mieux et bouger plus en Franche-Comté*". Plusieurs axes de travail ont été définis (dont la promotion de l'activité physique), des groupes de pilotage mis en place, des actions entreprises et des évaluations réalisées. Deux initiatives sont emblématiques de cette dynamique : d'une part, la signature de nombreuses chartes par des collectivités territoriales "actives du PNNS" : communes, conseils généraux, région (la seule en France), et d'autre part, la mise en place d'un Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP), l'un des 5 réseaux régionaux de ce type existant en métropole.

Enfin, le Ministère de l'Agriculture a lancé en 2011 un Plan national pour l'alimentation³¹. Il s'articulera et complétera, au niveau national comme au niveau régional, le PNNS dans certaines dimensions de l'alimentation humaine : qualité de l'offre, circuits d'approvisionnement de proximité, patrimoine culinaire...

b- Chiffres clés *(Fiche SRP - Nutrition)*

Un problème de grande ampleur dont les évolutions donnent des perspectives prometteuses

Si les indicateurs de surpoids et d'obésité ne diffèrent pas de façon significative entre la Franche-Comté et le reste du pays, il n'en reste pas moins que 43.3 % des adultes francs-comtois sont en surpoids, et parmi eux, 10.5 % sont en situation d'obésité.

Les indicateurs pour les enfants sont un peu plus favorables dans notre région qu'à l'échelle nationale : en 2006, 11.4 % des enfants francs-comtois de 6 ans étaient en surpoids, et 2.4 % obèses, contre 12.1 % et 3.1 % en France.

Il est possible de faire l'hypothèse que l'amélioration des données enregistrées au cours des 10 dernières années en Franche-Comté pourrait être, en partie, liée aux actions entreprises. La situation

²⁹ Programme national nutrition santé 2011-2015 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

³⁰ Plan obésité 2011-2013 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

³¹ Programme national pour l'alimentation <http://alimentation.gouv.fr>

reste toutefois préoccupante au regard du nombre de personnes concernées et à une prévalence de l'obésité importante dans les familles modestes et/ou au niveau d'éducation le plus faible.

Par ailleurs, l'allaitement maternel est reconnu comme un facteur protecteur de l'obésité. En Franche-Comté si le taux d'initiation à l'allaitement maternel est de 78%, le taux d'allaitement maternel exclusif est seulement de 43% en maternité. Or, 75 % des Françaises aimeraient nourrir leur bébé durant au moins quelques semaines. Cette pratique est nettement plus répandue parmi les femmes issues des classes sociales les plus favorisées³².

c- Perspectives (Fiche SRP - Nutrition)

Poursuite des actions entreprises

Dans un premier temps, consolider l'existant

Quatre axes stratégiques concourent actuellement à la prévention et à l'amélioration de la prise en charge de l'obésité en Franche-Comté :

Axe 1 : Faciliter l'accès des publics prioritaires (enfants/adolescents, personnes en situation de précarité et sujets âgés) et des professionnels en charge de ces publics à une information de qualité, labellisée par le PNNS

Concrètement, la diffusion des documents du PNNS s'effectue à travers un maillage territorial homogène et plusieurs formations annuelles à l'attention des professionnels ;

Axe 2 : Promouvoir la cohérence entre l'offre alimentaire et les repères du PNNS

Cet axe concerne principalement le milieu scolaire avec la suppression de la collation matinale dans un nombre très important d'écoles maternelles, la formation des chefs de cuisine ainsi que des équipes éducatives, l'élaboration et la diffusion d'un guide de conseils d'achat... ;

Axe 3 : Faciliter l'accès à l'activité physique des Franch-Comtois

Un réseau "sport santé" a été créé à l'initiative de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Ce réseau organise des formations à l'attention des éducateurs sportifs sur les thèmes "sport et obésité de l'enfant", "sport et maladies chroniques". Un processus de labellisation des clubs pour l'accueil de patients atteints de maladies chroniques a été mis en place ;

Axe 4 : Dépister et soigner l'obésité de l'enfant

Un réseau sur l'obésité pédiatrique (RéPPOP FC) a été mis en place en 2004. Il est actif sur l'ensemble de la région. Il intervient en prévention mais organise aussi une prise en charge graduée des enfants concernés, en lien avec la médecine de ville, la PMI, la santé scolaire et les structures hospitalières.

Nouvelles orientations

Assurer un continuum entre la prévention et le soin

La 1^{ère} orientation concerne l'amélioration de l'offre en matière d'alimentation et d'activité physique :

- *Pour la nutrition*, elle doit pouvoir s'exercer dans certains lieux de vie privilégiés (établissements scolaires, de soins, dispositifs de garde d'enfants) ou auprès d'acteurs institutionnels, notamment autour des repas intermédiaires (maintien, aménagement ou suppression), de l'amélioration de l'accès à l'offre de restauration collective des établissements scolaires, de l'introduction d'aliments issus de l'agriculture biologique dans les services de restauration des administrations de l'Etat et des établissements publics (20 % en 2012³³) et d'un rapprochement entre les producteurs et les consommateurs.
- *Concernant l'activité physique*, cette orientation vise à sensibiliser les professeurs d'écoles, de collèges ou de lycées à la dimension santé de l'activité physique. Elle a pour but aussi d'inciter les associations et les clubs sportifs à élargir leur offre, vers une activité physique et sportive non compétitive ou familiale et une pratique adaptée, pour accueillir des personnes atteintes de maladies chroniques ou rares ainsi qu'en situation de handicap.

³² Allaiter ou pas : accompagner le choix des mères. Santé de l'Homme, 408, juillet aout 2010

³³ Circulaire du 2 mai 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat en matière d'utilisation de produits issus de l'agriculture biologique dans la restauration collective

La 2^{ème} orientation vise à *amplifier la dynamique autour des collectivités territoriales actives du PNNS et à étendre ce dispositif aux entreprises*. Ces engagements, qui se traduisent par la signature de charte, permettent d'assurer le développement et la pérennité des actions et programmes développés par ces entités.

La 3^{ème} orientation a pour objectif de *faciliter l'accès des publics vulnérables (notamment les enfants/adolescents et les personnes en situation de précarité) et des professionnels en contact avec ces populations, à une information nutritionnelle de qualité (PNNS)*.

Ce processus passe d'abord par une meilleure régulation de l'information en matière de nutrition (sources documentaires), la formation à l'éducation nutritionnelle (alimentation favorable à la santé, plaisante, accessible et vectrice de lien social) des professionnels de l'éducatif, du social et du soin mais aussi des bénévoles des structures caritatives de distribution alimentaire (*Fiche SRP - Personnes en situation de précarité/vulnérabilité*).

La 4^{ème} orientation concerne *la promotion de l'allaitement maternel* auprès des femmes, en respectant leur choix, notamment à travers une communication/information de qualité et la formation des puéricultrices ou sages femmes consultantes en lactation (*Fiches SRP - Périnatalité - Nutrition et Fiche SROS - Périnatalité*).

La 5^{ème} orientation a pour but *de renforcer le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité de l'enfant et de l'adulte* à travers une gradation de l'offre allant du repérage précoce, notamment par les acteurs du 1^{er} recours (principalement le médecin traitant) mais aussi la PMI, la santé scolaire et universitaire, jusqu'aux prises en charge lourdes pour les obésités morbides. La construction de la filière de prise en soin des adultes obèses se fera sous la responsabilité d'un Centre spécialisé régional et par la mise en place d'une structure de soins de suite. Cette nouvelle organisation s'appuyera sur les recommandations récentes de la HAS ainsi que sur celles élaborées en Franche-Comté lors d'un séminaire qui s'est déroulé à Besançon en décembre 2008³⁴. Par ailleurs, l'offre d'éducation thérapeutique pour les patients (ETP) en surpoids et/ou obèses devra se structurer dans le cadre du dispositif d'autorisation des programmes d'ETP (incluant de nouveaux partenariats avec des structures de soins de suite et de réadaptation (de type La Beline, Pont d'Héry...) et de la mise en place d'une plateforme régionale en ETP fortement orientée vers l'ambulatoire (*Fiche SRP - Education thérapeutique du patient*).

Enfin, l'action conjointe concernant la nutrition et l'activité physique permettra de promouvoir des effets positifs préventifs sur l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque, les dyslipidémies et certains cancers.

³⁴ http://ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/ObesiteRecommandationsSeminaireFC_05.12.08.pdf

Objectif 2.3 : Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser leur prévention ainsi que l'accès aux soins, notamment par rapport aux risques de suicide

a- Contexte

Des souffrances souvent négligées nécessitant une politique plus affirmée

Dans le champ de la santé mentale, deux notions doivent être distinguées³⁵ :

- *La souffrance psychique* est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. C'est la mesure de son degré d'intensité, sa permanence et sa durée ainsi que ses conséquences qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire ;
- *Les troubles mentaux* sont plus ou moins sévères, de durée variable et peuvent entraîner une situation de handicap psychique. Ils relèvent d'une prise en charge médicale. Les pathologies mentales ou psychiatriques font référence à des classifications diagnostiques internationales correspondant à des ensembles de troubles mentaux (sympômes) et de critères spécifiques.

La souffrance psychique et les troubles mentaux ne sont pas des notions exclusives l'une de l'autre.

L'acceptation par la société, de l'existence des troubles mentaux liés à des maladies mentales qui se soignent, ainsi que la souffrance qui en découle, passe par un changement du regard du grand public. Par ailleurs, le soutien et la formation des familles ou des proches des personnes affectées par ces troubles, ainsi que la coordination des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social doivent permettre une prise en charge efficiente.

La politique nationale en la matière a été guidée principalement par le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Différents plans (santé jeune, autisme...) et lois (santé publique, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées...) ont été mis en œuvre. Par ailleurs, dans le contexte de la loi sur les soins sans consentement, un nouveau plan psychiatrie et santé mentale est en préparation.

En Franche-Comté, c'est principalement à travers un Programme régional de santé "prévention du suicide", le Plan régional de santé publique (PRSP) et le SROS de 3^{ème} génération que diverses initiatives ont été prises. Il s'agit notamment d'une réorganisation de l'offre sur le nord Franche-Comté, la forte diversification de la psychiatrie infanto-juvénile, l'amorce du développement de la gérontopsychiatrie, la création de plusieurs Groupements d'entraide mutuelle visant à instaurer des liens sociaux réguliers entre adultes connaissant des troubles psychiques, la mobilisation importante des associations de patients autour des personnes malades et handicapées psychiques...

³⁵ Site du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé : La santé mentale, introduction ; <http://www.sante.gouv.fr/introduction.html>

b- Chiffres clés

De nombreux malades au regard d'un manque important de soignants psychiatres

En 2009, plus de 21 000 Francs-Comtois, affiliés au régime général, étaient en Affection de longue durée (ALD) pour psychoses (46 % d'hommes). L'âge moyen d'admission en ALD était de 57 ans pour les hommes et 61 ans pour les femmes.

Entre 2003 et 2005, 222 décès annuels par suicide ont, en moyenne, été recensés en Franche-Comté. Comparé au taux national, la région enregistre une surmortalité par suicide (plus 10 %). Ce sont les hommes âgés de 45 à 49 ans et les plus de 85 ans qui présentent les taux de décès par suicide les plus hauts. Par ailleurs, la diminution de la mortalité par suicide observée entre 1984 et 2004 est moins importante de 15 % en Franche-Comté qu'au niveau national.

La santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile avec une estimation (données nationales) de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale).

La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008 (données nationales), les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicide est en augmentation.

Face à cette situation, la démographie des professionnels de santé intervenant en psychiatrie est préoccupante en Franche-Comté. C'est le cas pour les médecins psychiatres. Ils sont 208, tous modes d'exercice confondu (institution et libéral), avec une densité beaucoup plus faible que dans le reste de la France (17.9 contre 22 pour 100 000 habitants), de fortes disparités intra-régionales (20.1 pour le Doubs ; 15.5 pour le Territoire-de-Belfort), une moyenne d'âge très élevée (39 % ont plus de 60 ans). Trente pour cent des postes hospitaliers en psychiatrie sont vacants (dont 80% réellement inoccupés). Malgré une légère augmentation du nombre de médecins psychiatres actuellement en formation, la situation restera vraisemblablement encore très tendue pendant de nombreuses années dans la région.

c- Perspectives *(Fiche SRP - Santé mentale ; Fiche SROS – Psychiatrie ; Fiches SROMS Handicap psychique enfant et adolescent – Fiche Handicap psychique adulte)*

Poursuite des actions entreprises

Faciliter le dépistage et la coordination des services rendus ainsi que le suivi des populations

Depuis quelques années, un groupe régional pour le repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent a été mis en place. Il est actif et transversal (Education nationale, PMI et Pédopsychiatrie). Il est proposé de soutenir son activité (notamment, les formations interinstitutionnelles) qui concourt à un travail partenarial plus efficient pour la prise en charge des enfants et des adolescents *(Fiche SRP - Petite enfance)*.

La Franche-Comté compte une *Maison de l'adolescent* à Besançon, avec une antenne dans le Haut-Doubs. Une nouvelle maison devrait ouvrir prochainement dans le Jura et une autre est en projet dans l'Aire urbaine. Ce maillage doit permettre de couvrir une grande partie du territoire franc-comtois et répondre aux besoins exprimés par les adolescents en souffrance et leurs parents ainsi que par les équipes éducatives en charge de ces publics (éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse, collectivités territoriales...) *(Fiche SRP - Santé mentale)*.

Les formations *au repérage de la crise suicidaire* en milieu scolaire, universitaire et pénitentiaire seront renforcées. Concernant *le milieu carcéral*, il est nécessaire de consolider la collaboration entre les différents intervenants en milieu pénitentiaire, notamment par la participation régulière des personnels de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) aux réunions de Commission pluridisciplinaire unique (CPU).

De façon plus générale pour les détenus, il faut améliorer l'offre en consultations psychiatriques, la coordination avec les UCSA et les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ainsi que le suivi postpénal (*Fiche SRP - Personnes sous mains de justice* et *Fiche SROS - soins aux détenus*).

La couverture de l'ensemble du territoire de Franche-Comté, par un accueil permettant le repérage et le diagnostic de base et sans délai, reste un objectif principal du présent Programme (dans la suite du SROS de 3^{ème} génération). Le territoire doit donc être suffisamment couvert par des *Centres médico-psychologiques (CMP)* qui sont confirmés comme les pivots du dispositif de prévention et de soins et par les *équipes mobiles polyvalentes (Fiche SROS - Psychiatrie)* :

- les CMP manquants doivent pouvoir s'ouvrir par redéploiement et de façon articulée avec les équipes mobiles polyvalentes,
- des équipes mobiles polyvalentes sont à créer : la politique régionale de formation complétée par le projet de création des modalités de délégation de tâches doit permettre l'implication forte de professionnels non médicaux dans ces équipes.

La composante médico-sociale et sociale est un élément clef dans l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques (Fiches SRP et Fiches SROMS - Handicap psychique adulte - Handicap psychique enfants et adolescents). Elle passe en particulier par :

- l'acquisition d'un socle commun de connaissances aux différents professionnels, au-delà du strict champ sanitaire (social, médico-social),
- le développement des structures relais (appartements, familles) adaptées permettant aux personnes en difficulté de conforter et de préparer leur réinsertion sociale,
- l'accompagnement social des personnes vivant en milieu "ordinaire",
- la reconnaissance de la place des familles et des aidants en les soutenant, les informant et les associant aux actions ("patients/familles/aidants").

Nouvelles orientations

Rendre plus opérationnelle la coordination sur les territoires, la gestion des urgences et faire face aux manques de soignants

La 1^{ère} orientation vise à *promouvoir une nouvelle organisation territoriale lisible et opérationnelle pour tous les acteurs* de la santé mentale et de la psychiatrie, sur un espace géographique déterminé. Pour ce faire, il est préconisé la mise en place et la structuration de *plateformes de coordination (Fiche SROS - Psychiatrie ; Fiche SROMS - Handicap psychique adulte)*. Chaque établissement sanitaire ayant en charge une activité de psychiatrie, est le promoteur et le support administratif, sur son territoire d'intervention, d'une ou plusieurs plateformes de coordination, en psychiatrie générale et d'une plateforme psychiatrie infantile le cas échéant. Les missions de la plateforme de coordination sont les suivantes :

- développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires du territoire (organisation de formations) ;
- mettre en place, avec les partenaires du social, du sanitaire et du médico-social, un suivi des parcours individuels ;
- associer les usagers et les familles aux réflexions et propositions ;
- mettre à jour et diffuser à la société civile, les informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, au soin et à l'accompagnement ;
- être une instance de réflexion et de proposition ;
- mettre en place des outils d'évaluation de son action.

La 2^{ème} orientation concerne *les urgences psychiatriques* qui restent en Franche-Comté un problème non résolu (sorties longues, agressions...) (*Fiches SROS - Psychiatrie - Urgences*). Il doit trouver sa réponse dans le cadre des dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Il fait intervenir, notamment les SAMU, les établissements autorisés en psychiatrie et en médecine d'urgence. L'objectif est de structurer au sein d'une aire géographique prédéterminée, une organisation permettant la prise en charge des urgences psychiatriques et somatiques des patients souffrant de troubles psychiques et de leurs aidants.

Pour ce faire, il est nécessaire de :

- mettre à niveau l'ensemble des sites d'accueil des urgences Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ;
- rendre lisible l'organisation de l'accueil 24h/24 des Centres hospitaliers spécialisés (CHS) et de leur plateforme d'accueil et d'orientation ;
- développer des équipes mobiles psychiatriques polyvalentes, venant en appui aux SMUR,
- assurer la régulation des appels psychiatriques urgents par un maillage opérationnel entre Centre15 - CHS -Services des Urgences (MCO), pour répondre 24h/24 aux personnes fragilisées par la maladie psychique et aux aidants ;
- renforcer l'activité de liaison avec les professionnels et services soignants en aval de leur passage aux urgences ;
- faire connaître ce réseau des urgences et ses points de contact aux professionnels de santé libéraux et au public en général.

La 3^{ème} orientation s'intéresse à une question clef : celle de *la démographie des professions de santé dans le champ de la santé mentale (Fiche SROS - Psychiatrie).*

Son amélioration passe par une progression du nombre de places d'internes en psychiatrie à l'issue de l'Examen national classant (ENC) mais surtout par la nécessité de les "fixer" en Franche-Comté, notamment à travers le développement des contrats de service public, voire de bourses d'internat, comme cela a été expérimenté avec succès dans le nord de la région. D'autres dispositifs seront promus, notamment :

- des coopérations avec les médecins généralistes, dans le cadre des CMP ;
- des coopérations entre professionnels de santé, accompagnées de formations, avec délégation de tâches, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre coordonnateur ;
- la participation de psychologues cliniciens à la prise en charge et au suivi des patients souffrant de troubles mentaux, tant à l'hôpital, qu'en ambulatoire et en activité libérale.

Enfin, le développement par l'Université, de formations interdisciplinaires, serait de nature à faciliter ces coopérations (« internat » en psychologie clinique ; création d'un master spécialisé en psychiatrie pour les infirmiers) (cf. l'objectif 3.3).

A noter : certains sujets en rapport avec l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal, à la périnatalité, à la petite enfance et aux maladies chroniques sont traités dans d'autres objectifs (1-3 et 1-4).

Objectif 2.4 : Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge

a- Contexte

Des problématiques très diversifiées pour des risques mettant en cause l'avenir de certains jeunes

Au cours des dernières décennies, les progrès de la médecine, la mise en place de dispositifs organisationnels à dimension médico-sociale et l'amélioration des conditions de vie ont permis de réduire considérablement la mortalité au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ces évolutions sont aussi dues à un renforcement du suivi et de la prise en charge de la grossesse.

Aujourd'hui et dans les années à venir, ce sont avant tout le dépistage précoce et une meilleure organisation des soins offerts aux enfants et aux adolescents souffrant de pathologies, notamment chroniques, qui seront les deux enjeux majeurs. La réduction de la mortalité restera, quant à elle, modeste. C'est donc en termes d'amélioration du parcours de soins, de la qualité de vie, d'insertion scolaire et sociale que les progrès pourront se mesurer.

La difficulté tient au large spectre interventionnel que ces orientations recouvrent, allant des techniques médicales les plus sophistiquées, à des actions permettant d'adapter le milieu de vie des enfants concernés (à la maison ou en institution). Par ailleurs, l'ampleur des pathologies visées (maladies rares, troubles psychiatriques...) et des facteurs de risque en cause (alcool, tabac, vulnérabilité sociale...) font intervenir des spécialités et des acteurs très différents. Au total, c'est donc une approche pluri disciplinaire, pluri structurelle et pluri institutionnelle qui est nécessaire. Elle requiert beaucoup de coordination afin d'assurer à l'enfant et à sa famille un parcours sans rupture. L'enjeu à cet âge est de faire progresser au maximum l'espérance de vie sans incapacité majeure et préserver l'autonomie pour l'adulte de demain.

Les plans nationaux sur ce sujet sont diversifiés, avec certaines composantes parfois fortement médicalisées et d'autres plutôt médico-sociales ou sociales : plans maladies rares (2005-2008 / 2011-2014), plan en faveur des personnes sourdes et malentendantes (2010-2012) ou plan handicap visuel (2008-2011).

Face à cette situation, la Franche-Comté a commencé à fédérer les acteurs, notamment à travers certains réseaux de santé (périnatalité, troubles du langage...), des formations et des rencontres partagées, mais surtout la volonté des professionnels de la petite enfance et de l'adolescence de travailler ensemble dans une approche se rattachant aux fondements de la pédiatrie sociale.

b- Chiffres clés ³⁶

Des informations trop éparpillées et qui ne permettent pas toujours d'appréhender les problèmes de façon précise

En 2008, le nombre de jeunes âgés de moins de 25 ans en Franche-Comté était de 360 754, dont 214 395 de 0-14 ans.

Entre 2005 et 2006, 436 enfants de moins de 15 ans ont été admis chaque année en affection de longue durée (ALD) en Franche-Comté (soit 2 % de la totalité des nouvelles admissions).

³⁶ La santé des jeunes : vue d'ensemble : démographie, modes de vie, état de santé et offre de soins, La santé observée, novembre 2010, ORS de Franche-Comté.

Les affections psychiatriques de longue durée (psychoses, troubles de la personnalité...) constituent le principal motif d'admission (30 %). Suivent les formes graves des affections neurologiques et musculaires et épilepsies (17 %), puis les insuffisances cardiaques (11 %). Pour les 15 à 24 ans, 375 jeunes âgés de 15 à 24 ans sont concernés. Les affections psychiatriques de longue durée (psychoses, troubles de la personnalité...) constituent là aussi le principal motif d'admission (35 %). Suivent les tumeurs (11 %) et les formes graves des affections neurologiques et musculaires et épilepsies (10 %) (*Fiche SROS - Médecine*).

Plusieurs données permettent d'appréhender, dans la population des jeunes francs-comtois, un contexte de vie fragilisé, une vulnérabilité et des risques de difficulté d'insertion sociale (*Fiches SROMS Handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent - Réponses aux handicaps à prévalence régionale*). Parmi elles :

- en 2007, 2 682 enfants et adolescents ont été signalés comme étant maltraités ou en risque de danger, soit 1 % de la population des moins de 18 ans ;
- en 2008, parmi les 13 606 jeunes francs-comtois présents lors des journées d'appel de préparation à la défense, des difficultés de lecture et de compréhension du français ont été détectées chez 10,2 % d'entre eux ;
- dans les ménages allocataires CAF en Franche-Comté, 104 000 enfants étaient issus en 2008 "de ménages fragiles ou précaires".

c- Perspectives (*Fiches SRP - Périnatalité - Petite enfance - Maladies chroniques - Personnes handicapées ; Fiches SROS - Périnatalité - Médecine ; Fiche SROMS - Réponses aux handicaps à prévalence régionale*)

Poursuite des actions entreprises

Faciliter le dépistage, la coordination des services et le suivi de ces populations

Le travail en commun et l'amélioration de l'articulation entre les professionnels d'institutions différentes (PMI, santé scolaire, médecins de ville et établissements de santé) ont été amorcés en Franche-Comté depuis plusieurs années. Ils doivent encore progresser pour mieux dépister, prendre en charge et accompagner le plus précocement possible les enfants ayant des troubles ou des pathologies psychiques, physiques ou sensorielles, en particulier lorsque le lieu de vie est situé dans des zones éloignées, ou lorsque la famille est en situation de vulnérabilité. Pour ce faire, il est proposé de :

- soutenir l'action des réseaux qui agissent déjà dans le repérage des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensorielles des enfants (autisme, langage, handicap sensoriel, obésité...);
- s'assurer de la bonne articulation entre, d'une part, les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), les Centres Médico-psychopédagogique (CMPP), et d'autre part, les Centres Médico-psychologiques (CMP) et les Centres de Guidance Infantile (CGI), pour permettre un accompagnement de qualité et de proximité concernant les enfants relevant d'une pathologie neurologique et/ou psychiatrique ;
- organiser des rencontres thématiques avec les institutions concernées pour tracer la fluidité des parcours ;
- mettre en place, notamment pour les jeunes professionnels en formation, des stages afin de rendre plus lisible et concret l'ensemble du dispositif dédié à la prévention et à la prise en charge dans le champ de la petite enfance.

Le suivi à long terme des prématurés de moins de 33 semaines et des enfants en risque de développer un handicap a été entrepris dans la région. Il doit être consolidé, notamment en effectuant, un bilan spécifique et systématique relatif aux troubles des apprentissages et de motricité à 5-6 ans.

L'intégration en milieu ordinaire des enfants ayant des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensorielles ou à risque d'en développer est à encourager et à renforcer en favorisant l'intégration scolaire des enfants ayant une maladie chronique ou un handicap au sein d'un projet d'accueil individualisé ou d'un projet personnalisé de scolarisation.

Nouvelles orientations

Mettre en place un conseil génétique performant et développer une gradation des soins lisible

La 1^{ère} orientation est liée à l'insuffisance des consultations de génétique en Franche-Comté qui souffre d'un important retard dans la structuration de la filière et génère, d'une part, un défaut de prise en charge, et d'autre part, un accès inégal de la population à ces consultations (**Fiche SROS - Caractéristiques génétiques**). Il est donc essentiel d'organiser au sein d'une filière structurée, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes et de leur famille touchées par les problématiques de génétique constitutionnelle.

Une 2^{ème} orientation concerne la mise en place d'une organisation identifiée par pathologie (ou groupe de pathologies), avec une gradation explicite des soins sur l'ensemble de la Franche-Comté pour tous les enfants et les adolescents concernés (épilepsie, obésité, asthme, troubles du langage...).

Elle doit être réalisée entre les soins de première ligne, les consultations de recours pour avis et les prises en charge spécialisées, tant en pédiatrie qu'en pédopsychiatrie. Elle permettra d'améliorer la qualité et de réduire les délais d'attente pour les consultations et les examens spécialisés concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles et déficiences sensoriels, cognitifs, psychiques et psychomoteurs, des maladies chroniques et des maladies rares de l'enfant et de l'adolescent. Dans ce contexte, un des objectifs est d'organiser des liens réels entre pédiatres hospitaliers "sur-spécialistes" et médecin habituel de l'enfant mais aussi d'établir des protocoles conjoints de suivi.

La 3^{ème} orientation vise les enfants ou adolescents victimes de traumatismes crâniens (TC) (**Fiche SROS - Cérébrolésés**). Si leur nombre a diminué en raison de l'amélioration de la prévention, leur suivi reste essentiel pour éviter et/ou prendre en charge les séquelles possibles. Pour ce faire, il est proposé d'établir un carnet de suivi systématique (lié au dossier informatisé des urgences) de tous les patients présentant un TC dès leur entrée aux urgences (lorsqu'une hospitalisation est envisagée). Ce dispositif assurera un suivi à moyen et long terme des patients permettant de remobiliser une prise en charge si nécessaire, avec notamment une consultation systématique (ambulatoire ou hospitalière), à un an, des enfants ayant présenté un TC.

A noter : pour compléter ces propositions, il sera important de faire le lien avec les objectifs traitant de la grossesse et de la parentalité, de l'obésité et de l'autisme ainsi que plus généralement des questions liées aux maladies chroniques, à la psychiatrie et au handicap.

Objectif 2-5 : Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions

a- Contexte

Un contexte très évolutif nécessitant des réponses concertées

Si l'alcool et le tabac restent les deux principales addictions des Français et des Franch-comtois, certaines drogues illicites (notamment le cannabis) et d'autres conduites addictives (le jeu pathologique, certaines conduites alimentaires, les cyberaddictions...) ont aujourd'hui une place non négligeable (*Fiche SRP - Addictions*).

La diversité des pratiques et de leurs évolutions nécessite donc leur suivi pour adapter au mieux l'offre de prévention et de soin : développement de consommations massives d'alcool en groupe ("binge drinking"), banalisation de la prise de haschich, féminisation de la consommation de tabac dont les conséquences sur la santé commencent à émerger (troubles respiratoires et cancers) (*Fiche SRP - Cancer*), consommation d'alcool et de tabac chez la femme enceinte et risques pour l'enfant à venir (*Fiche SRP ; Fiche SROS - Périnatalité*), pluri-addiction chez de nombreux détenus (*Fiche SROS - Soins aux détenus*)...

Face à cette situation complexe et diversifiée, l'organisation de l'offre s'est unifiée autour du concept global d'addiction. Tout en reconnaissant la spécificité de chaque produit et conduite de soin, elle doit permettre une approche plus cohérente et plus efficiente en Franche-Comté.

La politique nationale en la matière se décline en région à travers, d'une part, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, piloté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) 2008-2011 (avec un nouveau Plan annoncé pour 2012-2015), et d'autre part, le programme sur "La prise en charge et la prévention des addictions", piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 2007-2011 (avec un nouveau Plan annoncé pour 2012-2016).

Dans ce contexte, le Schéma régional d'addictologie de Franche-Comté 2009-2013 a permis de consolider certaines orientations structurantes pour la région (*Fiche SRP - Addictions*).

b- Chiffres clés

Des informations peu stabilisées sur un sujet socialement sensible

Les données régionales en matière de consommation des produits addictifs sont relativement rares chez les adultes, plus documentées et plus récentes parmi la population des jeunes. Comme pour de nombreux indicateurs de santé, ceux propres à la Franche-Comté sont souvent proches de la moyenne nationale.

Pour l'alcool, la France reste un pays à forte consommation, en dépit d'une baisse régulière depuis plusieurs années. Le fait que la Franche-Comté soit proche du niveau français expose donc sa population à des risques importants, notamment pour les sujets adultes de sexe masculin.

Concernant les adolescents, en 2008, 27 % des jeunes Frانس-Comtois de 17 ans³⁷ déclaraient des ivresses répétées contre 25,6 % au niveau national.

La consommation moyenne régionale de tabac est inférieure à celle que l'on constate au niveau national (54 paquets versus 59 paquets de cigarettes par an). En 2008, l'usage quotidien du tabac par les jeunes francs-comtois de 17 ans est comparable à la moyenne nationale (27 % versus 28,9 %).

Pour le cannabis, si l'expérimentation semble moins fréquente dans la région, l'usage régulier chez les jeunes Frانس-Comtois de 17 ans (10 %) est supérieur à la moyenne nationale (7,3 %). Par ailleurs, dans la région, 2 600 personnes bénéficient d'un traitement de substitution par buprénorphine (76,5 %) et 800 par méthadone (23,5 %). Ces données permettent d'approcher de façon indirecte, la population dépendante aux produits opiacés.

Au total, les addictions aux substances psycho-actives sont responsables en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et maladies, dont près de 40 000 par cancers.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Poursuivre le travail de structuration

Plusieurs dispositifs organisationnels ont été mis en place en Franche-Comté au cours des dernières années. Ils permettent de donner de la cohérence à la politique régionale en matière de lutte contre les addictions et d'améliorer la prise en charge (**Fiche SRP - Addictions**) :

- les 10 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont pour vocation l'accueil, l'information, la prise en charge médicale et psychologique mais aussi sociale et éducative ;
- les 4 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) assurent l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues (accès aux soins, aux droits, mise à disposition de matériel de prévention des infections...) ;
- les 5 Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ont pour mission, au sein des différents services des établissements de santé ou en extra hospitalier, de réaliser des sevrages, d'assister et de former les soignants sur les questions soin et d'orienter les patients aux urgences et pendant l'hospitalisation (dans le champ de l'addictologie) ;
- les consultations externes en addictologie dans les hôpitaux (tabac, alcool, toxicomanie, jeux, médicaments...).

Ces dispositifs devront être consolidés au cours des prochaines années pour répondre aux besoins non couverts, en particulier dans des secteurs géographiquement isolés et sur la zone frontalière (**Fiche SROMS - Personnes vulnérables**).

Par ailleurs, une organisation régionale récente (2011) des réseaux en addictologie (regroupés en Groupement de coopération social ou médico-social - GCSMS), permet d'impulser un travail de concertation régionale fructueux entre tous les acteurs concernés et des axes de travail communs. Cette dynamique devra être poursuivie, notamment avec le réseau régional de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

³⁷ La référence à l'âge de 17 ans correspond aux enquêtes périodiques effectuées lors des journées d'appel et de préparation à la défense.

Nouvelles orientations

Dépister précocement, agir auprès de certaines populations à risque et faire le lien avec le champ de la psychiatrie et du médico-social

La 1^{ère} orientation concerne la *prévention des addictions chez la femme enceinte* à travers le relais des campagnes nationales, la formation et l'accompagnement des gynécologues obstétriciens, des généralistes et des sages femmes (notamment pour aborder ce thème lors de l'entretien prénatal précoce) et la promotion auprès des maternités de la région du concept de "Maternité sans tabac" (*Fiche SRP - Périnatalité ; SROS - Périnatalité*).

La 2^{ème} orientation porte sur la nécessité de *rendre accessible la prévention* à certains adolescents ou jeunes rarement touchés : *les apprentis et les étudiants*.

La 3^{ème} orientation consiste à mettre en œuvre *un chainage de la prise en charge* allant du repérage précoce (avec une amélioration des pratiques professionnelles et la formation des soignants à "l'intervention brève") jusqu'à la création d'une nouvelle unité de séjour thérapeutique en addictologie (*Fiche SROS - SSR*), en passant par un renforcement des liens avec la psychiatrie (mise en place de plateformes de coordination rattachées aux établissements sanitaires de référence) (*Fiche SROS - Psychiatrie*) et un accompagnement médico-social ou social consolidé (notamment pour l'hébergement) (*Fiche SROMS - Personnes vulnérables*).

Enfin, la 4^{ème} orientation concerne *les personnes sous main de justice* : pour cette population, l'objectif est, d'une part, d'améliorer le dispositif de l'offre de soins somatiques en milieu carcéral (intervention des structures d'addictologie auprès des personnes détenues et suivi lors de leur sortie), et d'autre part, de développer les actions de prévention et de réduction des risques (*Fiche SROS - Soins aux détenus*).

Objectif 2-6 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare

a- Contexte *(Fiche SRP - Education thérapeutique du patient - Maladies chroniques ; Fiche SROS - Médecine)*

La transition épidémiologique modifie profondément la démarche de soin

Les sujets atteints de maladies chroniques³⁸ vivent de plus en plus longtemps avec leur affection. Cette évolution est en grande partie attribuée au progrès de la médecine. Elle a une double conséquence. D'abord, l'affection de longue durée a un retentissement important sur la vie quotidienne et peut détériorer la qualité de vie de la personne atteinte. Par ailleurs, la prise en charge de ce type d'affection doit être partagée entre le soignant et le soigné, dans un contexte familial, professionnel et personnel à prendre en compte. Cette nouvelle posture bouleverse les relations de soins habituelles et nécessite, de part et d'autre, une évolution des approches en matière de prise en charge et d'organisation, intégrant fortement les dimensions médico-sociales et sociales.

Dans ce contexte, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, 2007-2011³⁹, les plans sur les maladies rares et différents rapports, recommandations (HAS/INPES) et dispositions de la loi HPST (décrets et arrêtés de 2010) sur l'Education thérapeutique du patient (ETP), donnent de nouvelles perspectives à la prise en charge des maladies chroniques.

En Franche-Comté, des démarches innovantes d'ETP ont été mises en place dès les années 1990 et ont trouvé à partir du début des années 2000 une assise organisationnelle.

Les questions relatives à la prévention primaire (agir sur les déterminants de santé : tabac, alcool, alimentation, activité physique...) et à la prévention secondaire (développer les dépistages : cancer, maladies rares, maladies infectieuses persistantes - VIH/hépatite C/Tuberculose -, Accident vasculaire cérébral et HTA, Insuffisance rénale chronique...) sont abordés dans d'autres objectifs (notamment 1-3, 1-4, 2-1 et 2-2).

b- Chiffres clés *(Fiches SRP - Education thérapeutique du patient - Maladies chroniques ; Fiche SROS - Médecine)*

Des populations de plus en plus importantes nécessitant une organisation graduée et de proximité

On estime que 20 à 25 % de la population française est touchée par une maladie chronique, ce qui représente pour la Franche-Comté près de 300 000 personnes. En 2009, le nombre de sujets en Affections longue durée (ALD) pour le régime général était dans la région de 234 000 avec un nombre de nouvelles admissions de 17 600 par an. Environ 80 % de ces ALD concernaient quatre types de pathologies : affections cardio-vasculaires (32 %), tumeurs (25 %), diabète (18 %) et psychoses (7 %).

³⁸ Les maladies chroniques comprennent : 1. des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ; 2. des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ; 3. des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C ; 4. des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...), la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies (par exemple, l'ablation d'une grande partie de l'intestin).

³⁹ Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
<http://www.sante.gouv.fr/plan-pour-l-amelioration-de-la-qualite-de-vie-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-2007-2011.html>

En Franche-Comté, on peut estimer entre 55 et 73 000, le nombre de personnes atteint d'une maladie rare⁴⁰.

Par ailleurs, il est fait le constat que les populations vulnérables sont plus concernées par les maladies chroniques précoces en raison d'une exposition forte à certains déterminants de santé, d'un dépistage tardif et d'un accès aux soins difficile.

c- Perspectives (Fiche SRP - Education thérapeutique du patient - Maladies chroniques ; Fiche SROS - Médecine)

Poursuite des actions entreprises

Une inscription de l'éducation du patient dans la durée

Depuis 2003, un programme régional d'ETP a été mis en place par plusieurs institutions qui constituent aujourd'hui l'ARS. Ces axes de développement sont appelés à se renforcer au cours des prochaines années :

- mise en place de formations en ETP de plusieurs niveaux (niveau 1, destiné aux acteurs de terrain ; niveau 2, Diplôme Universitaire pour les personnes en responsabilité dans ce champ) ; ces sessions sont renouvelées chaque année et concernent plusieurs centaines de professionnels et de patients ("experts") ;
- organisation de l'offre en milieu hospitalier autour d'Unités transversales en éducation thérapeutique (UTEP), dans les principaux centres hospitaliers de la région ;
- développement de l'offre en ambulatoire à travers les réseaux de santé, les regroupements de professionnels (maisons, pôles et centres de santé) et les forfaits ETP mis en œuvre aujourd'hui principalement dans le cadre des nouveaux modes de rémunération ;
- mise en place de la *procédure d'autorisation des programmes* d'ETP qui s'inscrit au sein d'une démarche qualité (cahier répondant aux critères de la HAS) et a permis la reconnaissance de 78 programmes.

Nouvelles orientations

Développer un parcours de vie sans rupture

La 1^{ère} orientation a pour objectif de mettre *le patient au cœur du dispositif*, non seulement à travers la démarche d'ETP, mais aussi en renforçant le rôle des associations de patients, notamment pour le soutien psycho-social.

La 2^{ème} orientation vise à *établir une cartographie des programmes autorisés, de les suivre, de les évaluer mais aussi de prioriser les besoins en ETP*, tant en termes de pathologies ou de thérapeutiques à prendre en charge, qu'au niveau des secteurs géographiques à couvrir et de répartition de l'offre entre établissements de santé et en ambulatoire.

La 3^{ème} orientation consiste à mettre en place *un nouveau programme régional de développement spécifique à l'ETP*, dans la continuité de celui de 2003, avec en particulier les axes de formation et d'organisation (qui tiendra compte des 4 autres orientations).

La 4^{ème} orientation concerne le développement d'un outil permettant de faciliter l'organisation de l'offre d'ETP, notamment en ambulatoire. Pour ce faire, *une plateforme régionale ressource en ETP* sera expérimentée. Elle aura des missions en matière de formation, conseil, accompagnement et éducation. Elle s'attachera à mettre en place des outils de coordination et de communication (Dossier d'éducation, télémédecine) et à promouvoir des programmes plus généralistes en soins de 1^{er} recours (patients poly pathologiques, patients IRC) ou auprès de populations spécifiques (enfants/adolescents, personnes vulnérables) (Fiches SROS - Périnatalité - Insuffisance rénale chronique ; Fiche SROMS - Personnes vulnérables).

⁴⁰ site du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr/les-maladies-rares.html

La 5^{ème} orientation s'attachera à favoriser *l'articulation entre le médical, le médico-social et le social (parcours sans rupture)* autour du patient "malade chronique" et de ses proches, à travers le développement sur l'ensemble du territoire franc-comtois d'une offre de proximité en matière de coordination d'appui, de plateformes de services médico-sociales et sociales, d'appartements de coordination thérapeutique, d'un accompagnement pour favoriser l'inclusion scolaire (projets d'accueil individualisé et des projets personnalisés de scolarisation), la formation et l'insertion professionnelle et pour faciliter l'accès aux droits liés au handicap (*Fiches SROMS ; Fiche SRP - Maladies infectieuses*).

PRIORITE 3 :

**Développer de nouvelles formes de
coordination de l'offre de sante entre les
professionnels autour de l'usager**

Objectif 3.1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé

a- Contexte

Le 1^{er} recours au cœur de la nouvelle organisation

La question de l'offre de santé est souvent abordée à travers la démographie des professions de santé : "demain, aurons-nous encore, près de chez nous, un médecin pour nous soigner ?". La tension actuelle, perceptible particulièrement dans les zones rurales et urbaines sensibles, exacerbe les inquiétudes. Mais derrière toutes ces craintes, se posent des interrogations plus fondamentales liées à l'organisation de la santé de demain, et bien au-delà, à celle de l'offre en matière médico-sociale et sociale (*Fiches SROMS*).

Dans cette perspective, la conjonction de différents facteurs influant l'organisation des soins doit nous conduire à une réflexion plus large afin de répondre de façon pertinente aux besoins de santé des Frانس-Comtois dans les 5 années à venir. Ces déterminants sont d'origine et de nature très variées : augmentation spectaculaire du nombre de malades chroniques et de personnes dépendantes (*Fiche SRP - Maladies chroniques* ; *Fiches SROMS - PA Consolider l'offre d'accueil en EPHAD - Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes*), filière de soins actuellement très hospitalo-centrée (*Fiche SROS - Médecine*), jeunes professionnels souhaitant des conditions de travail différentes de celles de leurs aînés, modalités de rémunération peu diversifiées au regard des nouvelles perspectives de prise en charge, technologies de l'information largement prometteuses (informatisation du dossier médical personnel, télémédecine...) mais dont l'appropriation reste complexe, ouverture possible à d'autres modalités de coopération entre professionnels devant s'accompagner d'une forte évolution des mentalités, rôle nouveau revendiqué par les patients dans la relation de soins, avec notamment une prise en charge partagée pour les malades chroniques à travers l'éducation thérapeutique (*Fiche SRP - Maladies chroniques*)...

Au cours des années 2000, trois lois ont fait évoluer en profondeur les perspectives de l'offre de santé en France et son contexte organisationnel :

- la loi de 2002, droits des malades et qualité du système de santé⁴¹ ;
- la loi de 2004 relative à l'Assurance maladie qui a notamment introduit la notion du médecin traitant (à la suite du dispositif "médecin référent")⁴² ;
- la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)⁴³.

C'est ce dernier texte, qui constitue le document de référence pour les orientations proposées dans ce Programme régional de santé. Il définit notamment les soins de 1^{er} recours et la place du médecin généraliste.

Depuis plusieurs années, la Franche-Comté a développé des initiatives innovantes dans ce champ : travaux avec l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) et la CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole) sur la notion de territoire de santé, dynamique autour des maisons de santé avec la 1^{ère} Fédération régionale et le 1^{er} colloque en France sur ces nouveaux modes d'organisation, mise en place d'une équipe d'appui "Territoires et santé" au service des professionnels et des collectivités territoriales, régulation régionale dans le cadre de la permanence

⁴¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

⁴² Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

⁴³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

des soins ambulatoires, développement des nouveaux modes de rémunération, mise en place d'une plate-forme pour l'implantation du Dossier médical personnel (DMP) et de la télémédecine, nombreux programmes d'éducation du patient, cellule d'accueil et de suivi des internes... Cette richesse est le fruit d'un partenariat fructueux entre les professionnels et les institutions de santé.

Enfin, le choix fait dans la région de privilégier deux niveaux majeurs d'organisation territoriale (la région et les territoires de proximité) permet d'accorder une place centrale à l'offre de 1^{er} recours et à sa nouvelle organisation.

b- Chiffres clés (Fiche SROS - Ambulatoire)

Des territoires définis pour mieux organiser l'offre de santé

Afin d'identifier les territoires prioritaires en termes d'aides financières destinées aux professionnels de santé en Franche-Comté (population, superficie, professionnels concernés), une méthodologie originale a été adoptée, combinant plusieurs approches complémentaires.

Tout d'abord, la réalisation d'un score de fragilité multicritère permettant d'identifier les zones géographiques de la région les plus fragiles en termes d'offre. Pour ce faire, 12 paramètres quantitatifs ont été retenus et sont observés sur l'ensemble des communes de la région. Ils sont de 3 types :

- *concernant la population* : le pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans et la part de la population en ALD ;
- *concernant les professionnels de santé* : la densité en médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes, la distance d'accès au médecin et au kinésithérapeute le plus proche, la part des médecins généralistes de plus de 60 ans ;
- *concernant la présence d'établissements ou services* : la densité en places d'hébergement du type EPHAD, la distance au service d'urgence le plus proche, la densité en places de SSIAD rapportés à la population des 75 ans et plus.

La deuxième approche répond à une logique de maillage régional visant à préserver au mieux l'offre de soins de 1^{er} recours ambulatoire. Partant du constat, largement partagé, qu'il est inutile de vouloir imposer la création de Maisons de santé pluridisciplinaires dans des secteurs où il n'y a plus de professionnels de santé, voire où il n'y en a jamais eu, ont été recensés :

- d'une part, les maisons de santé qui ont commencé à fonctionner au cours des 3 dernières années et qui sont implantées en milieu rural ;
- d'autre part, les projets connus et qui paraissent répondre à un besoin (contribution à une bonne répartition de l'offre de soins de 1^{er} recours, implantation prévue permettant de desservir les zones "fragiles", projet à l'initiative des professionnels de santé avec un vrai projet de santé et susceptible de conforter l'offre existante).

La définition de ces zones "prioritaires" résulte également d'un travail mené avec les acteurs de terrain lors des réunions de travail sur le volet ambulatoire du SROS. Il a ainsi été tenu compte des informations détenues par ces professionnels de santé sur l'évolution à court terme de l'offre de soins.

La définition des zones prioritaires pour l'offre de soins de 1^{er} recours ambulatoire aboutit donc à la prise en compte de 134 447 habitants (limite fixée suivant des critères nationaux). Actuellement, 153 médecins généralistes travaillent dans les 229 communes ciblées.

En complément de ces zones prioritaires, deux autres découpages sont prévus :

- *les territoires de proximité* répondant aux critères d'accès à l'offre de soins de 1^{er} recours ambulatoire (en cohérence avec la définition donnée dans la loi HPST) et qui s'articuleront autour de trois grandes fonctions :

1. l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
 2. le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social) ;
 3. le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.
- les territoires de permanence des soins ambulatoires qui seront déterminés dans le cadre d'un cahier des charges régional et après concertation au sein de chaque département (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires).

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Des regroupements vecteurs d'innovation

Le regroupement de professionnels de santé est un mouvement amorcé il y a plusieurs années en Franche-Comté. Cependant :

- il ne concerne qu'un nombre encore très limité de professionnels de santé (10% des médecins généralistes exercent en maison ou pôle de santé ou sont engagés dans un projet de ce type) ;
- il ne s'accompagne pas toujours d'un vrai projet de santé fédérateur et partagé ;
- le bâti (maison) ne doit pas être systématiquement privilégié et l'organisation en pôle est aussi à promouvoir.

L'équipe d'appui "Territoires et santé" poursuivra donc son travail d'accompagnement et de suivi des professionnels de santé volontaires. La Charte entre les différents partenaires de cette équipe vient d'être renouvelée (ARS/Région/FEMASAC/MSA)⁴⁴.

Cette dynamique s'inscrit dans de nouvelles perspectives :

- statut juridique plus favorable (Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires - SISA) ;
- Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) avec l'ARS qui pourra, dans certaines circonstances, être couplé avec un Contrat local de santé (CLS) signé avec la ou les collectivités territoriales concernées ;
- nouveaux modes de rémunération avec la possibilité de développer d'autres modules (protocoles de coopération, forfaits...) ;
- articulation plus formalisée avec le champ du médico-social et du social (**Fiches SROMS - Personnes âgées et handicapées**).

Nouvelles orientations

Accompagner les professionnels et futurs professionnels dans un cadre pluridisciplinaire

Une 1^{ère} orientation consiste à mettre en place une *Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)*. Elle repose pour partie sur des initiatives passées qui sont appelées à se fédérer : cellule d'accueil et de suivi des internes, lettre électronique des internes, aide financière pour des stages en zones éloignées, soutien au développement et à l'animation des maîtres de stage (Collège des enseignants de médecine générale)... La PAPS vise donc à donner une cohérence et une durabilité à l'accompagnement des professionnels de santé, de leurs études jusqu'à leur installation. Cette plateforme regroupe, depuis le 1^{er} juillet 2011, toutes les offres de service des partenaires régionaux.

⁴⁴ Charte de partenariat relative à l'amélioration de la répartition de l'offre de santé de premier recours sur le territoire franc-comtois
http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Presse/CharteRepartitionPS_04.07.2011.pdf

Elle s'appuie sur un mini site internet⁴⁵ mais surtout bénéficie d'une équipe dédiée de l'ARS, composée de 4 personnes. Elles sont les interlocuteurs privilégiés ("les référents") des professionnels et futurs professionnels. Une adresse mail unique (ARS-FC-PAPS@ars.sante.fr) et une ligne téléphonique spécifique permettent de faciliter les contacts.

La 2^{ème} orientation vise à développer *les protocoles de coopération* entre professionnels de santé. Ils sont définis dans la loi HPST comme "le transfert d'activités ou d'actes de soins entre professionnels de santé et la diversification des compétences". Ils concernent tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux quels que soient leur secteur et leur cadre d'exercice. En Franche-Comté, il a été décidé dans un 1^{er} temps de mettre l'accent sur leur développement dans le champ ambulatoire, notamment au sein des regroupements de professionnels de santé, et ceci pour deux raisons :

- le caractère pluridisciplinaire de ces structures ;
- la possibilité d'avoir un cadre de financement (les nouveaux modes de rémunération).

Ces protocoles proposent donc une démarche dérogatoire aux règles d'exercice de chacun des professionnels puisqu'elles les autorisent à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas permis par les textes régissant leur exercice professionnel. Les objectifs de ces coopérations sont principalement de trois ordres :

- améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins ;
- optimiser la ressource médicale et paramédicale ;
- valoriser des missions insuffisamment réalisées (prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique...) et améliorer la réponse aux demandes des patients (positionnement dans le parcours de soins).

A noter : plusieurs autres orientations concernant cet objectif sont abordées dans différentes priorités et/ou objectifs :

- la formation (cf. l'objectif 3 de la priorité 3),
- les systèmes d'information et la télémédecine (cf. l'objectif 2 de la priorité 3),
- l'éducation thérapeutique du patient (**Fiche SRP - Education thérapeutique du patient**),
- les sorties d'hospitalisation (cf. l'objectif 2 de la priorité 3),
- les transports (cf. l'objectif 2 de la priorité 3).

⁴⁵ http://www.franche-comte.paps.sante.fr/PAPS_franche-comte.112758.0.html

Objectif 3.2 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social)

a- Contexte

Des évolutions majeures dans l'organisation de l'offre de santé

Si la présence d'un généraliste, proche du domicile, est une préoccupation de beaucoup de Français et de Frانس-Comtois (cf. l'objectif 1 de la priorité 3), de nombreux questionnements portent aussi sur sa disponibilité pour des consultations sans rendez-vous ou en période de vacances, la gestion des urgences vitales (rapidité et efficacité), la proximité et l'accessibilité de certaines spécialités et plateaux techniques (problème des listes d'attentes), l'organisation des sorties d'hospitalisation...

L'ensemble de ces interrogations pose la question du parcours de santé pour des usagers dont il faut assurer la continuité de la prise en charge, sans rupture, dans un chemin de plus en plus long (maladies chroniques) au sein d'une organisation très complexe. En effet, cette dernière fait intervenir des professionnels et des structures œuvrant dans de multiples champs, trop souvent cloisonnés : prévention, soins, médico-social, social.

La gradation des soins est un enjeu majeur et doit permettre :

- de sortir d'une attractivité hospitalière d'amont (arrivée aux urgences d'une population qui ne devrait pas s'y trouver) et d'aval (difficulté d'avoir une filière de sortie de l'hôpital organisée pour les patients),
- une solidarité régionale en matière d'offre de santé, tenant compte des ressources existantes (professionnels de santé, établissements...), tout en garantissant la qualité (efficience).

La loi HPST donne un rôle important au 1^{er} recours, donc à la proximité ainsi qu'au médecin généraliste (cf. l'objectif 1 de la priorité 3). Ses missions sont notamment "d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social, s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients (...), s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé". Le 2^{ème} recours est quant à lui organisé autour des spécialistes (autres que les généralistes) qui sont en ville et à l'hôpital. Le 3^{ème} recours est positionné autour du CHU et de certains Centres hospitaliers. Bien évidemment, tous les équipements et les spécialités professionnelles (offre de 2^{ème} et 3^{ème} recours) ne peuvent être présents partout. Pour pallier cette difficulté, la loi HPST facilite le développement d'outils collaboratifs, en particulier le Dossier médical personnel (DMP) et la télémédecine. Par ailleurs, de nouvelles techniques permettent des prises en charge facilitées en ambulatoire (chimiothérapie, dialyse péritonéale, chirurgie...) dans de bonnes conditions, sous réserve qu'elles soient organisées. Enfin, les protocoles de coopération entre professionnels de santé, avec transfert de tâches dans un cadre prévu par la loi, peuvent être un élément facilitateur, en ambulatoire (cf. l'objectif 1 de la priorité 3) mais aussi à l'hôpital et dans le champ médico-social.

La Franche-Comté a engagé depuis plusieurs années un programme de restructuration des établissements, notamment hospitaliers (*Fiche SROS - Chirurgie*). Si la chirurgie ambulatoire accuse encore un certain retard, la dialyse péritonéale est particulièrement développée par rapport à d'autres régions françaises (*Fiche SROS - Insuffisance rénale chronique*) et la chimiothérapie ambulatoire est en cours de déploiement (*Fiche SROS - Cancérologie*). La télémédecine a déjà permis une amélioration importante des prises en charges, notamment pour les accidents vasculaires cérébraux (diminution des pertes de chance sur l'ensemble du territoire) (*Fiche SROS - Cérébro-lésés*) et la Franche-Comté est une des 5 régions d'implantation du DMP.

Enfin, la réorganisation de la cancérologie autour d'un Institut régional fédératif du cancer répond à ce souci de bénéficiaire de la même qualité de prise en charge quel que soit le lieu de résidence et de soins (cf. l'objectif 1 de la priorité 2).

Au total, ces évolutions sont importantes, car elles vont permettre d'améliorer la prise en charge des malades, notamment dans leur milieu de vie habituel. Cependant, elles requièrent une grande vigilance pour garantir la qualité, la sécurité et l'accessibilité dans une organisation sensiblement modifiée.

b- Chiffres clés

Une offre hospitalière pour partie restructurée mais qui doit mieux s'articuler avec l'ambulatoire et le médico-social

Les données sur la démographie des professions de santé sont présentées dans l'objectif 3 de cette priorité 3 et celles sur les structures médico-sociales dans l'objectif 4.

Les établissements de soins dans la région sont au nombre de 48 dont un Centre hospitalier universitaire (CHU) à Besançon, 16 Centres hospitaliers (9 avec au moins une activité de médecine, 3 à orientation psychiatrique, 4 avec une activité de soins de suite et/ou de réadaptation), 7 Centres hospitaliers de proximité (ex hôpitaux locaux), 7 établissements privés avec au minimum de la chirurgie, 3 Centres hospitaliers dédiés exclusivement aux soins de longue durée, 2 établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) couvrant la région, 5 établissements privés de réadaptation fonctionnelle avec ou sans soins de suite, 3 établissements privés de soins de suite, 1 Maison de santé pour maladies mentales, 1 Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente, 1 Centre de postcure, 1 établissement pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (hors centres lourds).

En termes d'activité, la répartition se fait de la manière suivante :

- 213 000 entrées en hospitalisation complète court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique - MCO) en 2007 ;
- un peu moins de 10 000 entrées en psychiatrie ;
- près de 40 000 venues pour des actes de chirurgie ambulatoire ;
- de l'ordre de 47 000 journées de prises en charge en hospitalisation à domicile ;
- 600 000 consultations et soins externes.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Eviter les ruptures dans les parcours de santé

Les urgences

(Fiches SROS - Urgences - Ambulatoire)

L'activité de médecine d'urgence constitue une mission de service public. Sa structuration doit donc permettre de garantir à tout patient l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

En pré-hospitalier :

- *Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse téléphonique du centre 15* par la consolidation de la coordination entre les régulations libérale et hospitalière et par la mise en œuvre d'une régulation régionale unique sur le site du CHU, lors de l'ouverture du nouvel hôpital de Belfort Montbéliard,

- Assurer une prise en charge de qualité des détresses vitales en moins de 30 minutes par une harmonisation de l'organisation des transports SMUR à l'échelle de la région, le développement des transports sanitaires hélicoptérés, la mise en cohérence des Schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et régional d'organisation des soins SROS, et par la coordination des transports ambulanciers avec la création d'une plateforme ambulancière régionale,
- Améliorer les filières de prise en charge des patients, afin d'une part, de lisser les flux de malades et leur permettre de se trouver dans les bonnes filières, et d'autre part, d'améliorer l'orientation en amont et en aval des urgences :
 - . en amont, en lien avec le SROS ambulatoire par le cahier des charges régional sur la permanence des soins ainsi qu'avec le SROSMS et notamment l'articulation avec les EHPAD (cf. l'objectif 2 de la priorité 4),
 - . en aval, en lien avec le SROS médecine (pour une prise en charge différenciée aux urgences des personnes âgées et des malades chroniques), le SROS santé mentale (cf. l'objectif 3 de la priorité 2), le SROS périnatalité (cf. l'objectif 4 de la priorité 1), le SROS cérébro-lésés pour la filière propre aux AVC.

En intra-hospitalier :

- Disposer d'un Répertoire opérationnel des ressources (ROR) actualisé afin de rendre plus efficaces les moyens hospitaliers existants et disponibles à chaque moment, moyens qui seront d'ailleurs influencés par la restructuration des plateaux techniques.
- Améliorer le fonctionnement des services d'urgence en étendant la couverture temporelle de l'Infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) : dispositif H24 pour les établissements ayant un nombre important de passages aux urgences.
- Mettre en œuvre une meilleure articulation entre les Unités d'hospitalisations de courte durée (UCHD) et les Unités de surveillance continue (USC) en réanimation.

Au niveau du système d'information et de la télémédecine

L'Observatoire régional des urgences, issu du Réseau régional des urgences⁴⁶ (RRU), est en charge de l'exploitation des données remontées par les systèmes d'information des urgences afin de pouvoir décrire l'activité en particulier quantitative des urgences de la région. L'objectif est d'améliorer le recueil et la qualité des données sur les urgences dans la région mais également le périmètre et la nature des données qui sont remontées, afin de mieux éclairer les décisions à prendre.

Le RRU est également en charge de définir les besoins des urgentistes et des régulations 15 en particulier concernant le ROR, d'en étudier la faisabilité opérationnelle et de produire un cahier des charges. C'est le GCS Emosist qui est responsable du développement et du système d'exploitation du ROR.

Pour la télémédecine, les objectifs sont doubles (cf. le Programme régional de télémédecine de ce Projet régional de santé) :

- améliorer l'interopérabilité entre les outils communicants utilisés par le centre de réception et de régulation des appels et la plate-forme d'information et de téléconseil régionale permettant de désengorger les urgences gérées par l'ACORELI ;
- améliorer les outils d'aide au diagnostic.

La chirurgie

(Fiche SROS - Chirurgie)

Le schéma cible de l'organisation régionale de la chirurgie repose en premier lieu sur *la gradation des niveaux de prise en charge*. Il tient compte de la démographie médicale défavorable en Franche-Comté :

- le niveau de proximité doit permettre une prise en charge de la chirurgie viscérale et de l'orthopédie - traumatologie ;

⁴⁶ Constitué des établissements sanitaires disposant d'un service d'urgences.

- le niveau de recours doit pouvoir donner l'accès dans des conditions de sécurité, grâce à une régulation de qualité, à des soins chirurgicaux spécialisés en cas d'urgence. Ce niveau sera défini par spécialité chirurgicale, en fonction de l'organisation envisagée pour la permanence des soins des établissements de santé (voir ci-après) ;
- le niveau régional comprend des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux, à l'exception de celles faisant l'objet d'une organisation interrégionale. Il assure aussi l'ensemble de l'offre de services y compris des soins de proximité. On y trouve la chirurgie spécialisée et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation ;
- le niveau inter-régional concerne la prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque.

Ce schéma met aussi l'accent sur le développement de la chirurgie ambulatoire (cf. le Programme régional de gestion du risque de ce Projet régional de santé) et la permanence des soins, notamment celle qui permet l'accès à une prise en charge des urgences chirurgicales 24 heures sur 24. Une analyse de risque (délai d'accès, nécessité d'un environnement spécifique ou d'un plateau technique spécialisé, fréquence des événements critiques, densité de la population) sera menée au niveau régional en chirurgie, et en priorité pour les spécialités chirurgicales suivantes : urologie, ORL, ophtalmologie, chirurgie vasculaire. A partir de cette cartographie, une procédure régionale sera formalisée, reposant sur une organisation opérationnelle 24 heures sur 24.

Enfin, la mise en place de *Communautés hospitalières de territoire*⁴⁷ (nouvelle organisation prévue par la loi HPST), mais aussi des coopérations entre le secteur public et privé, devraient faciliter la gradation des recours, en chirurgie comme dans les autres spécialités.

Les différentes spécialités, notamment médicales

(Fiche SROS - Médecine)

La gradation des soins de médecine hospitalière est organisée de la façon suivante :

- niveau de proximité (activité concentrée sur la médecine, structure d'urgence ou antenne de SMUR possible) ;
- niveau des plateaux techniques de recours infrarégional (obligation de Permanence des soins en établissement de santé - PDES, accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, plateaux techniques d'imagerie et de biologie) ;
- niveau de recours régional : CHU.

Elle doit permettre l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation sur les soins aigus. Pour ce faire, l'articulation avec la médecine de ville (médecin généraliste et autres spécialités) (Fiche SROS - Ambulatoire) et le champ du médico-social est essentielle (Fiches SROMS). Il est donc nécessaire d'organiser des filières de prise en charge spécialisées (2^{ème} et 3^{ème} recours) qui consolident, voire renforcent l'offre de proximité sur les territoires, en tissant des liens entre les professionnels de santé au sein de chacune des spécialités.

Dans cette perspective, une attention particulière sera portée :

- à la médecine polyvalente - gériatrie avec notamment une régulation de l'accès direct des personnes âgées aux urgences, une meilleure organisation de la gradation des prises en charge entre les différents niveaux de recours en médecine (voir plus haut) mais aussi avec les soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, les hospitalisations de jour, les consultations externes (dont certaines peuvent être avancées), les équipes mobiles et les soins de support ; l'objectif est de structurer en Franche-Comté une véritable filière de gériatrie (Fiche SROMS - PA Coordination du parcours de soins en EHPAD) ;

⁴⁷ Loi HPST Art. L. 6132-1. - "Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine"

- aux plateaux techniques de Permanence des soins en établissement de santé (PDSES), en organisant la gradation des plateaux techniques médicaux de la région par spécialité médicale et dans le cadre des niveaux généraux de gradation des soins (*voir plus haut*).

Concernant *l'insuffisance rénale chronique*, la Franche-Comté bénéficie d'une offre de dialyse bien organisée, mais qui peut-être améliorée en la rééquilibrant sur le territoire de santé régional, en la diversifiant et en renforçant l'offre de soins de proximité (*Fiche SROS - Insuffisance rénale chronique*). Quatre objectifs seront poursuivis :

- favoriser les prises en charge en Unité de dialyse médicalisée (UDM) de proximité et renforcer les Unités d'auto-dialyse (UAD) en zone de proximité notamment en complément des activités d'UDM de proximité ;
- faciliter le développement de l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques (nouveaux générateurs simplifiés) ;
- utiliser la télémédecine pour améliorer l'offre de proximité ;
- faciliter l'accès à la dialyse péritonéale, en particulier, dans les structures de soins et d'hébergement (type EHPAD) (*Fiche SROMS - PA Démarche qualité en EHPAD*).

Le terme « cérébro-lésés » concerne deux groupes pathologiques pourvoyeurs de la majorité des patients cérébro-lésés : les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et les Traumatismes Crâniens (TC) ou médullaires (TM) (*Fiche SROS - Cérébro-lésés*). Les trajectoires de soins des malades cérébro-lésés sont très proches en terme d'organisation des filières de prise en charge et nécessitent une coordination des actions au sein de filières organisées entre les champs sanitaire et médico-social (*pour les spécificités propres aux TC et aux TM, on se reportera à la Fiche SROS - Cérébro-lésés*).

Les principes de l'organisation graduée des soins reposeront sur :

- un regroupement de patients cérébro-lésés au sein de services ou d'unités identifiées ;
- la structuration des unités de prise en charge pour les patients victimes d'AVC : UNV (Unités neuro-vasculaires) composées de lits aigus et de lits subaigus ;
- une gradation des structures de prise en charge selon trois niveaux (niveau de proximité, Unité neuro vasculaire – UNV, Unité neuro-vasculaire de recours-UNVR) ;
- l'utilisation de la télémédecine pour faciliter la coordination et la continuité de prise en charge des patients ;
- une formalisation par le biais de contrats passés entre les structures de prise en charge au sein de chacune des filières, afin de faciliter le suivi à long terme des patients et de leur famille dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social (SSR existants, les structures et services d'aide et d'accompagnement à domicile...).

La Franche-Comté a été dotée dès 1999 de moyens et d'une organisation pensée dans une visée d'équité de l'offre et de facilitation d'accès *aux soins palliatifs* (*Fiche SROS - Soins palliatifs*). Les objectifs poursuivis dans le cadre de ce Projet régional de santé sont de deux ordres, en termes de gradation de l'offre :

- conforter et poursuivre l'organisation territoriale, notamment en finalisant la création d'une Unité de soins palliatifs au Centre hospitalier de Belfort Montbéliard, en soutenant le développement de l'Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) et en couvrant le territoire régional par la coordination d'appui ;
- développer la pratique des soins palliatifs dans le secteur médico-social dans les établissements médico-sociaux (EHPAD, foyers-logements, Maison d'accueil spécialisée...) mais aussi en contribuant au maintien à domicile des personnes relevant de soins palliatifs (*Fiche SROMS - Démarche qualité en EHPAD*).

L'organisation territoriale pertinente pourra alors se définir, en partant de l'implantation des Equipes mobiles de soins palliatifs - EMSP (zone de couverture des EMSP et de la coordination d'appui) et en travaillant le lien EMSP / coordination d'appui / domicile / HAD (*Fiche SROS - Hospitalisation à domicile*).

Soins de suite et de réadaptation (SSR)

(Fiche SROS - Soins de suite et de réadaptation).

L'offre de soins en SSR en Franche Comté est globalement suffisante au vu des besoins des Francs-Comtois. Cependant, deux points de vigilance sont à considérer :

- la fluidité du parcours de soins entre l'amont (souvent un Centre hospitalier) et l'aval (autres structures d'accueil ou l'ambulatoire) est parfois difficile. L'insuffisance de professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, neuropsychologue...) disponibles dans les établissements ou en ambulatoire peut expliquer ces problèmes, notamment pour les retours à domicile de certains malades (cf. l'objectif 3 de la priorité 3) ;
- une attention particulière sera portée à la gradation des niveaux de prise en charge par rapport aux structures ayant une mention spécialisée de recours et d'expertise (cardio-respiratoire, locomoteur...) vis-à-vis des autres structures de santé, des établissements et services médico-sociaux. L'attribution d'une telle mention doit prendre en compte certains critères, afin de maintenir des seuils d'activité suffisants. Les autorisations ont été données récemment (2010) et les visites de conformité n'ont pas encore été réalisées. Certaines préconisations spécifiques sont cependant envisagées en pédiatrie, addictologie, onco-hématologie, pour les malades en état pauci relationnel ou végétatif chronique, concernant l'évaluation précoce du handicap en services MCO par des équipes mobiles de rééducation, sur l'implantation de trois laboratoires d'analyse du mouvement et concernant l'identification de correspondants "cérébro-lésé" au sein de certaines structures.

L'Hospitalisation à domicile (HAD)

(Fiche SROS - Hospitalisation à domicile).

L'hospitalisation à domicile est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Cette modalité de prise en charge est soumise au souhait du malade et de sa famille, à l'accord du médecin traitant mais aussi aux possibilités d'un accompagnement médico-social et social.

Plusieurs objectifs seront poursuivis en Franche-Comté, notamment :

- fluidifier les filières de prise en charge par l'information des structures d'amont. En effet, le succès d'une telle prise en charge tient à son anticipation ;
- développer le partenariat entre l'HAD et le secteur d'hébergement médico-social (principalement les EHPAD) ainsi qu'avec les SSIAD (Fiche SROMS - Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD).

Nouvelles orientations

S'appuyer sur des technologies innovantes, notamment pour faciliter les relations ville/hôpital

Les systèmes d'information et la télémédecine

(Fiche SROS - Ambulatoire)

Depuis plusieurs années, la Franche-Comté a créé un socle technologique pour faciliter le déploiement de ces nouvelles approches (GCS Emosist).

Concernant le Dossier médical personnel (DMP), dont la configuration est maintenant nationale, l'enjeu est de favoriser son appropriation et son utilisation par les professionnels et les patients (enrichissement), en développant des actions fortes de communication et d'accompagnement. Par ailleurs, la question de la compatibilité avec les logiciels métier et le partage entre professionnels sont deux des points clefs à régler, si l'on souhaite que le DMP soit un outil de décloisonnement et de réel partage d'informations, notamment entre la ville et l'hôpital (bases de données communes). Le déploiement du dossier pharmaceutique est encouragé afin de prévenir les problèmes de iatrogénie médicamenteuse.

Enfin, la *dématérialisation des ordonnances* est développée dans le cadre, d'une part, de la permanence des soins ambulatoire (téléconsultations) (*Fiche SROS - Urgences*), et d'autre part, de la chimiothérapie per os (*Fiche SROS - Cancérologie*).

La *télé médecine* (télédiagnostic et télé expertise) a vocation à :

- diminuer les déplacements et les temps de prise en charge ;
- développer l'expertise (spécialistes ou collègue) au bénéfice des patients éloignés des plateaux techniques ;
- favoriser la coopération entre ville et hôpital, libéraux et spécialistes,
- augmenter le confort des patients en évitant notamment des déplacements voire des hospitalisations ;
- fluidifier le parcours de soins ;
- optimiser les dépenses de santé.

La télé médecine fait l'objet d'un des 4 programmes obligatoires du présent Projet régional de santé (cf. ce programme).

Les relations ville/hôpital et les sorties d'hospitalisation

(*Fiche SROS - Ambulatoire*)

Les questions liées aux sorties d'hospitalisation sont emblématiques des difficultés de relations entre la ville et l'hôpital. En effet, cette problématique est de plus en plus prégnante au regard, notamment, des durées d'hospitalisation souvent réduites. Elle nécessite donc d'être préparée afin d'assurer la continuité des soins, notamment avec les professionnels de santé ainsi que les intervenants médico-sociaux ou sociaux.

Plusieurs dispositifs sont de nature à améliorer la situation en Franche-Comté :

- *l'extension sur l'ensemble du territoire franc-comtois de l'activité de l'ARESPA* (Association du réseau de santé de proximité et d'appui) *et de la coordination d'appui* : elle s'adresse aux patients ayant des pathologies chroniques lourdes et complexes, nécessitant une prise en charge multiple en lien avec le médecin traitant et faisant des séjours itératifs et plus ou moins longs en établissements ; une coordination avec les autres opérateurs de ce domaine est souhaitable (Centres de soins infirmiers, SSIAD, aide à domicile) (*Fiches SROMS - Optimiser le maintien à domicile*) ;
- la transmission systématique au médecin traitant du "*Résumé du passage aux urgences*" (*Fiche SROS - Urgences*) ;
- *le soutien au dispositif "sorties d'hospitalisation" organisé par le GIE IMPA* et qui apporte des prestations à caractère social pour les personnes âgées relevant des régimes général, agricole et indépendant (*Fiche SROMS - Optimiser le maintien à domicile*).

Par ailleurs, *une expérimentation* sera lancée en 2011 et pour une période de trois ans, avec 4 établissements hospitaliers. L'objectif est de travailler sur 4 processus à l'interface de la médecine de ville et de l'hospitalisation (*Fiche SROS - Ambulatoire*) :

- la connaissance de l'offre hospitalière par les médecins libéraux ;
- les contacts médecin - hôpital préalables à l'hospitalisation ;
- l'information du médecin traitant sur l'orientation de sortie du patient et le déroulement du séjour d'un patient ;
- les prescriptions de sorties.

Enfin, *un état des lieux sur les sorties d'hospitalisation* est en cours par les Délégations territoriales de l'ARS. Il devrait permettre de faire des propositions au cours de l'année 2012, notamment autour de *plateformes de services de proximité* en lien avec l'organisation de l'offre au sein des territoires de proximité.

Les transports

(*Fiche SROS - Ambulatoire*)

Ce sont des outils au service de la nouvelle organisation de la gradation des soins. Ils ont un rôle central, non seulement dans les situations d'urgence, mais aussi pour faciliter l'accès aux soins, notamment de 2^{ème} et 3^{ème} recours. Le budget consacré aux transports est en forte croissance dans la



région, ce qui nécessite une meilleure organisation des flux et une démarche plus efficiente. Il convient d'optimiser l'organisation :

- des urgences pré hospitalières ;
- de la garde ambulancière ;
- des sorties d'hospitalisation ;
- des transferts inter et intra hospitaliers.

Les orientations pour les années à venir sont intégrées dans le Programme pluriannuel de gestion du risque (PPRGDR) qui est un des 4 programmes obligatoires du présent Projet régional de santé. Parmi elles, figure notamment la mise en place d'un centre de régulation régional des transports.

A noter : la gradation de l'offre de santé en matière de périnatalité, de pédiatrie et de psychiatrie est traitée dans les Priorités 1 et 2

Objectif 3.3 : Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire

a- Contexte

Former pour préparer l'avenir et assurer la qualité des soins

En matière de formation des professions médicales et paramédicales, les enjeux relèvent principalement de trois dimensions :

- le niveau de qualité de l'offre de santé proposée à la population dans les prochaines années (cf. *l'enjeu transversal n°1*) ;
- les modalités de son organisation, en tenant compte notamment de la structuration de l'offre de 1^{er} recours et des nouvelles formes de coopération possibles, telles que prévues par la loi HPST ;
- les tensions liées à la démographie des professions de santé sur les territoires ruraux comme urbains.

L'approche développée dans ce champ repose donc sur deux leviers principaux :

- le rôle conforté et étendu confié par la loi aux ARS en matière de formation (médicale et paramédicale) et de démographie des professionnels ;
- le Comité régional de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) qui constitue un outil pour conduire de façon adaptée et prospective la politique de l'ARS dans ce domaine.

C'est autour de ces trois enjeux et à l'aide de ces deux leviers que devra s'organiser en Franche-Comté la politique de formation initiale et continue des futurs professionnels de santé, pour adapter au mieux l'offre aux besoins de santé de la population, en lien étroit avec le Conseil régional dans le cadre du volet formation du contrat de plan Etat/Région.

En matière de formation continue, la loi HPST instaure, pour les professionnels de santé, le Développement professionnel continu (DPC). Il renvoie à une responsabilité portée par les professionnels eux-mêmes et partagée par les pouvoirs publics. La priorité accordée à l'amélioration continue des pratiques doit s'appuyer sur des méthodes intégrées à l'exercice professionnel, aussi bien pour les médecins que pour tous les autres professionnels de santé (ce qui constitue un puissant encouragement aux programmes interprofessionnels). Cette approche est centrale dans le concept de DPC⁴⁸.

b- Chiffres clés

Une démographie contrastée avec de fortes tensions pour certaines spécialités

Si l'offre de professionnels de santé libéraux est globalement satisfaisante en Franche-Comté et certaines perspectives optimistes (étude DREES)⁴⁹, il est nécessaire, d'une part, de rester prudent vis-à-vis de projections souvent fragiles, et d'autre part, de se maintenir dans une posture dynamique d'anticipation.

⁴⁸ Analyse des processus de DPC. Juin-Août 2011. www.has-sante.fr

⁴⁹ La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé N°9, DREES 2009. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

La densité régionale en professionnels de santé est proche de la moyenne nationale pour les médecins généralistes (106 versus 111 généralistes pour 100 000 habitants). Elle est en revanche très inférieure concernant les spécialistes (56 versus 87 spécialistes pour 100 000 habitants) avec des disparités inter départementales fortes. Parmi les spécialités particulièrement touchées figurent notamment la psychiatrie (*Fiche SROS - Psychiatrie*), la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie (*Fiche SROS - Périnatalité*).

La densité de sages femmes est supérieure à celle observée au niveau national. En revanche, la situation démographique en chirurgiens dentiste est préoccupante.

Concernant les auxiliaires médicaux :

- l'offre en infirmiers répond à la demande en ambulatoire grâce à une bonne couverture par les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les Centres de soins infirmiers, dont l'importance est une spécificité régionale ; en revanche, la tension est plus forte en établissements de soins ou médico-sociaux ;
- les effectifs de masseurs kinésithérapeutes sont très insuffisants (50 professionnels pour 100 000 habitants contre 83 en moyenne nationale) ;
- la densité des orthophonistes exerçant en libéral est de 15 pour 100 000 habitants contre 24 en France métropolitaine.

La tension pour ces deux dernières professions (mais aussi pour les ergothérapeutes et les psychomotriciens) limite les prises en charge concernant certaines pathologies, comme chez les personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (*Fiche SROS - Cérébro-lésés*) ou les sujets âgés dépendants (*Fiches SROMS - Conforter l'offre d'accueil en EHPAD - Démarche qualité en EPHAD*).

Le nombre d'étudiants inscrits en première année de médecine en Franche-Comté et le nombre d'admis au concours a été multiplié par 2 entre 2000 (390) et 2009 (833). Ceci est lié à l'augmentation du numerus clausus depuis 2002. Il y avait 544 internes en formation à Besançon en 2010 dont 189 en médecine générale, 109 en spécialités médicales et 96 en spécialités chirurgicales.

Concernant les praticiens hospitaliers, on dénombre début 2011, 335 postes vacants (non occupés à titre permanent). Les spécialités accusant le plus de postes vacants sont : la médecine d'urgence (*Fiche SROS - Urgence*), l'anesthésie-réanimation (*Fiche SROS - Médecine*), la radiologie (*Fiche SROS - Imagerie*), la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie (*Fiches SROS - Périnatalité - Médecine*), la psychiatrie (*Fiche SROS - Psychiatrie*) et la néphrologie (*Fiche SROS - Insuffisance rénale chronique*).

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Former pour rester

Il est important d'anticiper les difficultés locales qui vont se présenter lorsque les soins dans un bassin de vie reposent sur un petit nombre de professionnels proches de l'âge de la retraite. Pour cela, des initiatives telles que l'appui aux projets de regroupement à travers l'équipe d'appui "Territoires et santé" vont se prolonger et se fédérer autour de la Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) (cf. l'objectif 1 de la priorité 3).

Chaque année, les propositions d'internes à former prennent en compte les déficits constatés dans les spécialités, mais les capacités d'encadrement limitent l'augmentation du nombre d'internes. Les actions d'accompagnement mises en place ces dernières années avec la Faculté de médecine via la cellule d'accueil et de suivi des internes seront amplifiées ainsi que le travail avec le Collège des enseignants de médecine générale (CRGE), visant à renforcer la filière de spécialité en médecine générale, avec notamment la multiplication des stages en ambulatoire (notamment en 2^{ème} cycle et dans les zones rurales) et le développement de la recherche dans ce champ.

Au niveau hospitalier, différentes mesures ont été prises depuis quelques années, tant en ce qui concerne les modalités du concours national de praticiens des établissements publics de santé permettant d'accéder aux postes de praticiens hospitaliers, qu'en ce qui concerne la rémunération et la mise en place de différentes indemnités. Malgré ces incitations, sur une centaine de postes déclarés prioritaires à chaque tour de recrutement, le nombre de praticiens hospitaliers nommés n'a cessé de diminuer, passant de 27 % il y a 5 ans, à seulement 10% de postes pourvus dans ce cadre (postes prioritaires) en 2010. Ces mesures seront poursuivies mais devront être complétées.

Nouvelles orientations

Former ensemble

En matière de formation initiale

Cinq dynamiques sont prioritaires :

- le développement de l'attractivité de la région en termes de formation et d'installation des professionnels de santé relayé par des campagnes de communication ;
- la promotion des Contrats d'engagement de service public⁵⁰ (CESP) ;
- l'organisation des filières de formation au sein des spécialités médicales, pour que l'offre de 2^{ème} et de 3^{ème} recours soit à la fois de qualité et accessible sur l'ensemble du territoire franc-comtois ;
- le développement des possibilités de post internat afin d'éviter le départ des professionnels nouvellement formés vers d'autres régions (sujet évoqué notamment dans les Fiches SROS - Assistance médicale à la procréation - Diagnostic prénatal - Périnatalité) ;
- des formations croisées et concertées entre professions médicales et paramédicales, dans la dynamique actuelle de la réforme des études des professions paramédicales (LMD).

Les enjeux à court et moyen terme incitent à :

- assurer un accompagnement facilitateur et "rapproché" des étudiants et futurs professionnels du champ de la santé et du médico-social, allant du début de leur formation en Franche-Comté jusqu'à leur installation dans la région ; c'est un des objectifs prioritaires de la PAPS ;
- concentrer les efforts de formation initiale d'ici 2013 sur les professions suivantes (Fiche SROS - Ambulatoire) : médecins généralistes, masseurs kinésithérapeutes (sujet évoqué notamment dans la Fiche SROS - HAD) et chirurgiens dentistes.

En matière de formation continue

Il s'agit plus particulièrement de :

- promouvoir les référentiels de bonnes pratiques, notamment ceux de la HAS, auprès de tous les professionnels de santé (travail à réaliser en lien avec l'Assurance maladie dans le cadre du Programme régional de gestion du risque ; cf. ce programme) ;
- déterminer les thèmes prioritaires régionaux du dispositif de DPC afin qu'ils contribuent au développement du Projet régional de santé ;
- renforcer la formation pluri-professionnelle continue :
 - . pour une culture commune en promotion de la santé et en prévention tout au long de l'activité des acteurs de la santé, du médico-social et du social (Fiches SRP ; Fiches SROS ; Fiches SROMS) ;
 - . pour la prise en charge de certaines pathologies ou l'amélioration des compétences dans plusieurs disciplines ; par exemple concernant la prise en charge des maladies chroniques (Fiches SRP - Maladies chroniques - Education thérapeutique du patient), la périnatalité (Fiche SRP - Périnatalité ; Fiche SROS - Périnatalité), les risques sanitaires (Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)... ;

⁵⁰ Le CESP est une prime mensuelle que touche l'étudiant en médecine sur la période allant de la date de sa signature jusqu'à la fin de ses études. En contrepartie, il s'engage à consacrer la totalité de son exercice professionnel, à compter de la fin de sa formation et pour une durée égale à celle pendant laquelle lui aura été versée l'allocation mensuelle, dans une zone en sous densité définie par les Agences Régionales de Santé.

- . dans le cadre du développement des maisons, pôles et centres de santé ainsi que des protocoles de coopération (cf. l'objectif 1 de la priorité 3).
- . concernant la formation à la fonction de coordination et de management interdisciplinaire auprès des professionnels de santé, du médico-social, du social et des futurs cadres dirigeants de ces champs;
- favoriser l'appropriation des nouvelles techniques de l'information et de la communication par les professionnels de santé, mais aussi les gestionnaires et les patients : télémédecine, dossier médical personnel... (cf. l'objectif 2 de la priorité 3 et le programme de télémédecine).

Par ailleurs, les besoins de formation (notamment continue) s'avèrent nécessaires dans tous les champs de la santé et toutes les spécialités. Plusieurs sont identifiés dans les différentes fiches des Schémas du présent Projet régional de santé (**Fiches SRP**, **Fiches SROS** et **Fiches SROMS**).

Objectif 3.4 : Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins

a- Contexte

Informier pour mieux s'orienter dans le système de santé mais aussi pour mieux agir sur son fonctionnement

Depuis plusieurs années, la société civile s'est "auto-organisée", notamment via les associations de patients, afin d'apporter sa voix et sa contribution aux débats sur la santé. Cependant, la complexité des parcours de santé et de soins nécessite une attention particulière à l'accès à l'information. Le but est de rendre chacun plus autonome dans la gestion de son parcours de santé, en lui offrant une information "lisible" sur le système et l'offre de service. Cela doit aboutir à une circulation de l'utilisateur dans le système et au sein des structures de santé plus adaptée à ses attentes et plus fluide. On peut alors espérer un fonctionnement plus efficient : « *le bon soin, au bon moment, pour la bonne personne* » (cf. aussi l'objectif 2 de la priorité 3).

La loi Hôpital patients santé territoire (HPST) a créé des espaces de débats permettant à tous les acteurs du système de santé (et notamment aux usagers) d'exprimer leur avis sur l'organisation de ce système et sur ses priorités. Le champ dit de « la démocratie sanitaire » bénéficie ainsi de nouveaux lieux d'expression institutionnalisés que sont la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et ses cinq commissions ainsi que la Conférence de territoire et ses quatre Espaces d'animation territoriale. En parallèle et de façon complémentaire, les différents Conseils de surveillance de l'ARS et des établissements de santé, ainsi que les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sur le champ du sanitaire et les Conseils de vie sociale (CVS) des établissements médicosociaux de la région, constituent également des instances officielles d'échanges où les usagers peuvent s'exprimer. Tous ces espaces de débats et de participation des citoyens à l'organisation du système de santé doivent être confortés et développés.

La Franche-Comté dispose dans ce domaine de plusieurs caractéristiques intéressantes :

- quatre Espaces d'animation territoriale qui permettent aux acteurs d'un territoire de proximité (et donc aux usagers) de réfléchir à la meilleure organisation et prise en charge sur une problématique de santé donnée ;
- un nombre important d'associations d'usagers fédérés au niveau régional ;
- une vraie dynamique de formation pour les usagers⁵¹.

b- Chiffres clés

Des instances de dialogue, de conciliation et d'indemnisation

Les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sont installées dans 90% des établissements de la région. En 2011, 93 % de ces CRUQPC sont dotées de représentants des usagers titulaires. Le Collectif Interassociatif sur la santé (CISS) de Franche-Comté regroupe 78 associations, majoritairement de malades.

La Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) a fait l'objet respectivement de 99, 49, 48 demandes d'usagers du système de santé en 2004, 2005 et 2006.

⁵¹ Rapport de la Conférence régionale de santé de Franche-Comté. Formation des usagers. 2007
<http://www.sante.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante-2006-2010>

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Etre présent dans les instances représentatives et apporter son soutien aux malades et à leur famille

La commission spécialisée de la CRSA dans le domaine des droits des usagers du système de santé poursuit le travail engagé par l'ancienne Conférence régionale de santé de Franche-Comté. Elle est chargée chaque année d'élaborer *un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social*. Elle poursuivra ce travail en lien avec les CRUQPC des établissements de santé.

La Franche-Comté se distingue aussi par la présence de *l'Association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux (ARUCAH)*. Elle assure la représentation des usagers auprès des instances régionales. Elle donne aussi aux élus de conseils de surveillance des hôpitaux, la possibilité d'acquérir les compétences (formation) leur permettant d'exercer leur mandat dans les meilleures conditions. Cette action de montée en compétence des usagers doit être poursuivie et développée. Dans ce champ de la formation des usagers, une attention particulière sera portée à *la santé publique*.

La Cellule d'accompagnement, portée par le CISS, a pour but d'aider à mieux gérer la maladie et ses conséquences sociales, juridiques ou professionnelles. Elle est destinée aux personnes souffrant d'affections chroniques ou héréditaires et leur famille. L'accent sera mis sur la connaissance des réseaux existants, en particulier, dans les zones où l'offre est déficitaire (équité territoriale).

Enfin, les initiatives *d'aide aux aidants* prises par différentes associations (Alzheimer, Parkinson...) ayant pour but de soutenir l'entourage des personnes malades seront poursuivies et renforcées (*cf la priorité 4 et Fiches SROMS - Optimiser le maintien à domicile – Handicap psychique adulte*).

Orientations nouvelles

Rendre l'utilisateur acteur de santé sur chaque territoire de vie

La 1^{ère} orientation propose d'*organiser des débats grand public (rôle de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie) ou de la communication* sur des sujets de santé qui rejoignent des problématiques sociétales, comme les soins palliatifs, la procréation assistée, la santé mentale... (*Fiches SROS - Soins palliatifs - Assistance médicale à la procréation - Diagnostic prénatal ; Fiche SRP - Santé mentale*).

La 2^{ème} orientation est *d'ouvrir de nouveaux lieux d'expression*, en proximité des usagers, au sein de la Conférence de territoire.

La 3^{ème} orientation vise à *intensifier la sensibilisation des professionnels (prévention, soin, médico-social) pour une meilleure information aux patients et à leur famille sur les structures d'amont et d'aval susceptibles de les aider dans leur problématique*. Cet effort devra se porter plus particulièrement autour des activités en rapport avec certains domaines : la périnatalité et la petite enfance (*Fiche SRP - Périnatalité*), la veille et la sécurité sanitaire (*Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires*), les personnes âgées (*Fiches SRP ; Fiches SROMS - Personnes âgées*) et handicapées (*Fiches SRP ; Fiches SROMS - Personnes handicapées*), les pathologies pour lesquelles l'organisation de la prise en charge se complexifie afin de garantir sa qualité, comme le cancer (*Fiche SRP - cancer ; Fiche SROS - Cancer*) et les maladies chroniques (*Fiches SRP - Maladies chroniques - Education thérapeutique du patient*) ou lorsque l'offre est peu lisible, comme la santé mentale (*Fiche SRP - Santé mentale ; Fiche SROS - Psychiatrie*).

La 4^{ème} orientation doit *permettre à certains usagers d'être plus directement acteurs dans le système de santé* :

- les publics précaires et/ou vulnérables (*Fiche SRP - Précarité*),
- les proches des personnes âgées ou handicapées (*Fiches SROMS - Personnes âgées - Personnes handicapées*).

Enfin, dans le cadre du dispositif "2011, année des patients" instauré par le Ministère de la santé et renforcé par l'organisation de colloques et de débats nationaux relayés en région⁵², des actions régionales exemplaires, visant à renforcer l'information sur les droits des patients, seront valorisées. Elles pourraient avoir vocation à être étendues sur l'ensemble de la région.

⁵² Site dédié à l'année du patient : <http://www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers.html>

PRIORITE 4 :

**Favoriser l'autonomie des personnes âgées
et/ou handicapées dans le respect
des choix de vie de chacun
et renforcer la qualité de leur prise en charge**

Objectif 4.1 : Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet

a- Contexte

Vivre à la fois plus longtemps et en bonne santé est un nouveau défi social auquel s'ajoute le désir des aînés de continuer à rester chez eux le plus longtemps possible. Cette liberté de choix doit pouvoir s'exercer dans les meilleures conditions selon l'autonomie de la personne âgée.

Concernant les personnes handicapées et plus particulièrement les adultes, toutes les politiques publiques (⁵³, ⁵⁴, ⁵⁵, ⁵⁶, ⁵⁷, ⁵⁸, ⁵⁹) conduites ces dernières années convergent pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle, donc le maintien en milieu de vie ordinaire des personnes handicapées et plus particulièrement des adultes. Cela passe notamment par l'élaboration d'un projet de vie où la personne handicapée, en lien avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), peut exprimer ses besoins et ses aspirations.

L'objectif de faciliter le maintien à domicile n'est soutenable que si l'on prend en compte deux limites :

- la nécessité d'assurer les moyens organisationnels et financiers pour une prise en charge ambulatoire de qualité ;
- l'attention qui doit être portée à des cas lourds (enfants handicapés ou personnes âgées très dépendantes) pour lesquels une prise en charge en établissement reste nécessaire.

Bien entendu, l'appréhension du maintien à domicile ne se fait pas sous le même prisme, et appelle des réponses différenciées pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Par ailleurs, la déclinaison régionale de l'action de l'Etat dans le cadre ces politiques sociales ne saurait se concevoir sans un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, et tout particulièrement les Conseils généraux, juridiquement en charge de l'action sociale concernant les personnes âgées et les personnes handicapées. (*SROMS - Introduction*)

En Franche-Comté, un dispositif original de sortie d'hospitalisation, destiné à des personnes âgées fragilisées, nécessitant un accompagnement spécifique pour un retour à domicile sécurisé a été mis en place par le GIE IMPA - Ingénierie maintien à domicile des personnes Agées - (réunissant la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Bourgogne/Franche-Comté, la Mutualité sociale agricole et le Régime social des indépendants), en étroite collaboration avec l'ARS (Agence régionale de santé). Ce dispositif est soutenu dans le cadre du programme PAPA FC (Programme d'aide aux personnes âgées Franche-Comté).

⁵³ Plan solidarité grand âge 2007-2012 www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

⁵⁴ Plan Alzheimer 2008-2012 www.plan-alzheimer.gouv.fr

⁵⁵ Programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie 2008-2014 www.cnsa.fr/IMG/pdf/Programme_pluriannuel_handicap_extranet.pdf

⁵⁶ plan autisme 2008-2012 www.solidarite.gouv.fr

⁵⁷ plan handicap visuel 2008-2011 www.cnsa.fr/IMG/doc/Plan_handicap_visuel_1_-2.doc

⁵⁸ plan en direction des personnes sourdes et malentendantes 2010 www.solidarite.gouv.fr

⁵⁹ loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées www.legifrance.gouv.fr

b- Chiffres clés

La proportion de la population régionale âgée de plus de 60 ans est similaire aujourd'hui à celle de la population nationale (21% en 2007). La Franche-Comté ne fera pas exception au vieillissement de la population attendu au niveau national, conséquence de l'arrivée aux grands âges des générations nées après 1945.

En 2006, 8,6% des personnes âgées de plus de 75 ans résidaient en institution.

En Franche-Comté, sur la période 2007-2011, les créations de dispositifs contribuant au maintien à domicile s'établissent comme suit :

- personnes âgées : 374 places en Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 106 en hébergement temporaire, 148 en accueil de jour ;
- personnes handicapées : 48 places en SSIAD, 200 en Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), et 90 en Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Depuis 2007, le dispositif de sortie d'hospitalisation a bénéficié à 13 289 personnes (478 en 2007 ; 3 360 du 1^{er} janvier au 30 août 2011)

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

- Construire une concertation renouvelée avec les Conseils généraux

Il convient de réfléchir avec les Conseils généraux à la méthode de concertation qui permettent de fluidifier les relations et de les faire converger, *dans le strict respect des attributions de chacun*. La signature de conventions, de partenariats spécifiques, sur la durée du Schéma, permettrait de donner un cadre organisé de mise en œuvre, en s'appuyant notamment sur les Commissions de coordination des politiques publiques de l'ARS.

Alors même que les moyens consacrés par l'ensemble des acteurs sont de grande ampleur, la meilleure optimisation doit être recherchée, ce qui induit de veiller tout particulièrement à la bonne articulation de tous les dispositifs de maintien à domicile (*SROMS - Introduction*).

- Poursuivre les actions de prévention en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées tant à domicile qu'en établissement

Pour les personnes âgées il s'agit prioritairement de prévenir l'entrée en dépendance (prévention des chutes, des accidents de la vie courante, de la dénutrition...). Pour les personnes handicapées, il s'agit principalement de s'inscrire dans une logique plus globale d'éducation pour la santé (*Fiches SRP - Personnes âgées - Personnes handicapées*).

- Consolider les procédures de retour à domicile suite à une hospitalisation

Le dispositif de sortie d'hospitalisation devra être développé et généralisé (*Fiche SROS - Médecine ; Fiche SROMS - PA Optimiser le maintien à domicile*).

Nouvelles orientations

- Construire une filière gériatrique intégrant les EHPAD

Le rapport de l'IGAS de mai 2011⁶⁰ relatif aux personnes âgées met en exergue qu'une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permet d'améliorer singulièrement la prise en charge globale des personnes âgées.

Si le SROS doit se porter garant de la mise à la disposition des personnes âgées du meilleur dispositif de soins, le SROMS doit lui, *s'attacher à proposer un maillage territorial de services qui permette la mise en œuvre de parcours adaptés pour la personne âgée*, et tout particulièrement lorsqu'elle est à domicile (**Fiche SROMS - PA Coordination du parcours de soins en EHPAD**).

S'agissant des personnes handicapées, la réponse n'est pas homogène, mais bien dépendante, de l'âge, du handicap et de sa sévérité, des possibilités plus ou moins marquées de compensation, et de leurs attentes et celles de leur famille.

- Mettre en place des plateformes locales de coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux autour de la personne âgée

(**Fiche SROMS - PA Optimiser le maintien à domicile**)

Outre la consolidation de l'offre en places de SSIAD dans les zones les moins dotées au regard de l'offre de soins ambulatoire et de ses perspectives, le premier axe majeur d'amélioration se situe donc dans la *meilleure articulation des services de soins à domicile avec le secteur de l'aide à domicile*, dont le développement a été conséquent ces dernières années, sous l'effet conjugué de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, de l'amélioration de la solvabilisation (création de l'Allocation personnalisée d'autonomie - APA et de la volonté des pouvoirs publics de favoriser l'emploi ainsi que de promouvoir de nouveaux métiers dans ce secteur.

Le développement exponentiel et pas toujours maîtrisé de ce secteur au cours des ces 10 dernières années conjugué à une crise économique conséquente nécessitent de réfléchir à de nouvelles stratégies qui permettent un service de qualité tout en rationalisant les choix budgétaires à travers un renforcement de la coordination et une plus grande complémentarité des interventions.

L'enjeu majeur est de *permettre le développement de véritables plates-formes locales*, associant les EHPAD, la médecine de ville, les SSIAD, le secteur de l'aide à domicile et différents réseaux (ARESPA, Espace Seniors de Baume-les-Dames, réseau gérontologique bisontin et réseau Haut-Doubs Jura Santé Territoire), qui permettent d'organiser le maintien à domicile, mais aussi d'apporter une réponse aux retours d'hospitalisation qui demeurent un sujet crucial (*Cf la priorité 2 de l'objectif 3* (**Fiche SROS - Médecine**)).

C'est en tous les cas dans ce cadre, certes complexe à bâtir, mais indispensable, que l'ensemble de la politique sanitaire et médico-sociale, mais aussi de prévention, doit pouvoir se construire.

- S'agissant des enfants handicapés

(**Fiches SROMS - PH Développer un parcours de soins optimisé - Réponses aux handicaps à prévalence régionale**)

Il s'agira de mettre en œuvre des projets de vie, incluant les projets personnalisés de scolarisation, pour chacun des enfants concernés en lien étroit avec les familles".

Plusieurs objectifs devront être poursuivis :

- *un renforcement de la coopération avec les établissements de santé* tant en termes de diagnostics pré et post natals que d'accompagnement de l'annonce du handicap et de suivi médical ;
- *une coopération accrue entre le champ sanitaire et le champ médico social*, les CAMSP doivent renforcer les liens déjà existants pour améliorer encore la qualité de la prise en charge et surtout développer une complémentarité indispensable ;
- *une coopération accrue avec l'Education nationale* qui doit se traduire par la signature d'une convention cadre entre le Rectorat et l'ARS ; elle définira les objectifs à atteindre et déclinera un programme d'action inter-départemental.

⁶⁰ "L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge". Rapport de Mmes Annie FOUQUET et Patricia SITRUCK et de M. Jean-Jacques TREGOAT- IGAS-Mai 2011

L'Agence régionale de santé doit, dans le cadre juridique et financier qui est le sien, adapter l'offre médico sociale aux nouveaux besoins repérés et aux attentes tant des enfants handicapés que de leur familles. L'évolution de certains taux de prévalence comme l'autisme (Cf. l'objectif 4 de la priorité 4), la souffrance psychique nécessite la mise en place de nouveaux dispositifs très souples en lien étroit avec les partenaires déjà cités (*Fiches SRP - Santé mentale - Petite enfance - Périnatalité*). Le redéploiement de places d'IME en places de SESSAD, ainsi que la réflexion sur leur implantation géographique doivent se poursuivre.

Dans une région jugée correctement dotée par le niveau national, ces efforts de diversification, de territorialisation nécessiteront une rationalisation des choix budgétaires puisque la Franche-Comté devra prioritairement compter sur ses seules ressources.

- S'agissant des adultes handicapés

(SROMS Orientations majeures et Fiches SROMS - PH Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes - PH Soutenir le maintien à domicile)

L'enjeu est un peu différent d'autant que la compétence est partagée avec les Conseils généraux et que seul un travail commun, concerté peut permettre une offre de services structurée et pertinente. D'emblée et malgré le travail conséquent des collectivités territoriales lors de l'élaboration des volets handicap de leurs Schémas départementaux, et en l'absence de données nationales suffisamment fiables, il est nécessaire d'avoir une meilleure évaluation de la situation des personnes en situation de handicap vivant à domicile dans notre région. L'ARS en lien avec les Conseils généraux, les MDPH et les associations représentatives doit conduire un travail préalable pour avoir une connaissance plus fine des besoins et des attentes de ces personnes ainsi que de leurs proches.

Cette démarche devra intégrer dès le départ des questions majeures comme :

- le vieillissement des aidants et donc la question de leur propre maintien à domicile et de l'organisation de l'aide qu'il convient de leur apporter ;
- le vieillissement des personnes handicapées elles-mêmes et leur insertion tardive dans un dispositif de prise en charge ;
- l'émergence du choix de personnes handicapées adultes optant pour le maintien dans un domicile, dont il reste souvent à dessiner les contours ;
- la nécessité de rechercher des formules souples et plus innovantes tant juridiquement qu'architecturalement.

Objectif 4.2 : Développer l'aide aux aidants

a- Contexte

"L'aidant", "l'aidant proche", "l'aidant familial", ou "l'aidant naturel", selon la terminologie retenue, est la personne qui vient en aide, seule ou en complément de l'aide d'un professionnel, à une personne dépendante et/ou handicapée, de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière est permanente ou non. Elle peut prendre différentes formes comme les soins d'hygiène et de confort, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance, le soutien psychologique, les activités domestiques, etc. L'activité de l'aidant peut se faire au domicile de l'aidant ou à celui de l'aidé⁶¹. Cette aide peut évoluer dans le temps. D'une aide occasionnelle, elle peut s'avérer pérenne selon l'évolution du degré du handicap ou de dépendance de la personne aidée.

La question de l'aide aux aidants vient en résonance du maintien à domicile (Cf l'objectif 1 de la priorité 4). Cependant, cet objectif n'est envisageable que par une importante implication des aidants familiaux des personnes concernées. Il peut s'agir d'un besoin d'aide à la vie quotidienne, d'un soutien financier ou matériel ou d'un soutien moral. Les familles qui aident quotidiennement ces personnes sont souvent en situation de tension, d'isolement et de fatigue.

Depuis plusieurs années, l'accent a été mis sur le soutien des aidants familiaux auprès des personnes âgées dépendantes dans différents plans nationaux déjà précédemment cités (Cf objectif 1 de la priorité 4). Le soutien de l'aidant auprès de la personne handicapée, s'il est moins lisible, demeure également une préoccupation des pouvoirs publics.

Depuis 2004, en Franche-Comté, un travail important relatif à l'aide aux aidants a été conduit dans le cadre du Plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA)⁶² porté par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Bourgogne / Franche-Comté en lien avec une centaine d'acteurs institutionnels, associatifs, libéraux et en partenariat avec le Groupement d'intérêt économique "ingénierie maintien à domicile des personnes âgées" (GIE IMPA).

La stratégie de réponses aux besoins des aidants doit se construire en étroite coordination entre les Conseils généraux, chef de file du médico-social, les communes qui sont à l'initiative d'actions sociales en faveur des aidants, l'Assurance maladie, qui accompagne plus particulièrement les démarches à l'attention des personnes âgées.

b- Chiffres clés

Personnes âgées

En 2009, un Français sur trois (32 %) déclarait avoir dans son entourage proche une personne âgée dépendante, en perte d'autonomie physique ou psychique⁶³. Il s'agit, pour 21 % des Français, d'un parent proche (père, mère, grands-parents ou arrière grands-parents).

⁶¹ Source : Guide de l'aidant. Ministère de la santé

⁶² PAPA FC www.personnesagees-fc.com

⁶³ Source-Les Français et le grand âge-© TNS – 20 mai 2009

Les aidants représenteraient un groupe social estimé actuellement à 3 700 000 personnes (soit 3,2 millions de personnes âgées aidées par en moyenne près de deux personnes issues du milieu familial ou professionnel) et qui devrait croître mécaniquement sous les effets conjugués du vieillissement de la population et de la préférence des Français pour les solutions de maintien à domicile.

Aussi, les Français jugent-ils indispensable que les personnes qui s'occupent quotidiennement ou très régulièrement d'une personne âgée dépendante disposent d'une aide financière (63 %), d'une formation pour savoir répondre à ses besoins (58 %), de moments de répit grâce à l'hébergement temporaire de la personne âgée en maison de retraite (57 %) et d'un statut légal de l'aidant (53 %).

Si dans 90 % des cas, l'aidant est membre de la famille, dans 70 % des cas, c'est une femme qui assume cette mission dans un engagement total, souvent 24h/24h. L'âge moyen oscille entre 51 et 75 ans (selon qu'il s'agisse d'une fille ou de la conjointe). Entre 50 % et 60 % des aidants ont une activité professionnelle et 4 % ont dû cesser leur activité professionnelle. 50 % des aidants sont les conjoints (donc parfois à aider également), 30 % des aidants sont les enfants (parfois âgés également). 10 à 15 % des aidants peuvent être des voisins, des amis ou ont un lien de parenté éloigné. 55 % des aidants cohabitent avec l'aidé. 50 % des aidants le sont depuis au moins 7 ans. Quarante pour cent ne peuvent plus partir en vacances et 30 % estiment leur santé menacée.

Enfants, adultes handicapés

Concernant les enfants, il n'existe pas de données au niveau national dans la mesure où la grande majorité d'entre eux vit au domicile parental. Il s'agit donc d'une charge essentiellement assumée par le ou les parents (nombreuses situations de mono parentalité) ou par la famille proche.

Une étude de la DREES⁶⁴ estimait en 2002, que sur deux millions d'adultes handicapés vivant à domicile, 62 % recevaient une aide par un ou plusieurs aidants non professionnels : leur conjoint, ou leur ascendant. Les conjoints sont dans plus de la moitié des cas des femmes âgées en moyenne de 47 ans. Quant aux ascendants, ce sont presque toujours des femmes de 63 ans d'âge moyen. La fatigue morale et l'anxiété sont identifiées comme les principales conséquences associées au rôle d'aidant.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Les préoccupations des aidants familiaux sont de natures différentes mais se rejoignent, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte handicapé ainsi que d'une personne âgée dépendante.

Pour la personne âgée

(Fiche SROMS - PA Optimiser le maintien à domicile)

Les familles qui aident une personne âgée à son domicile sont souvent en situation de tension, d'isolement intra et extra-familial, et de fatigue confinante à l'épuisement, surtout si la personne aidée est très dépendante et souffre de pathologies difficiles à prendre en charge (caractérisées par des troubles de la mémoire et des comportements inadaptés aux situations de la vie quotidienne, s'accompagnant de comportements agressifs et/ou de déambulations nocturnes perturbant relations et vie familiale, conduisant à la gestion de fluctuations "permanentes" de l'état de santé en raison de multi pathologies...).

⁶⁴ Etudes et résultats DREES N°186 Août 2002 "Les aidants des adultes handicapés". www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er186.pdf

De la qualité du soutien de l'aidant d'un proche malade, dépendant, handicapé au quotidien dépend la bonne organisation du maintien à domicile. Il est donc indispensable *d'accompagner cet aidant en vue d'éviter son épuisement physique et psychique* qui peut entraîner l'institutionnalisation précoce du proche malade, et de prévenir les situations de maltraitance pouvant survenir dans ce contexte.

Globalement, les diverses formules d'aide aux aidants visent l'amélioration de la qualité et la continuité de la prise en charge de personne aidée en facilitant l'accès à l'information par l'orientation vers les dispositifs existants les plus pertinents au regard des besoins, en apportant un soutien moral, en évitant l'isolement face à la perte d'autonomie du proche et en recréant la dynamique familiale, en formant/sensibilisant pour éviter l'épuisement physique, en proposant une aide à la décision en cas de crise et un accompagnement psychologique.

Si la lisibilité, le développement et/ou l'optimisation de l'offre existante citée précédemment (dispositifs de soutien, programmes, bilan de santé, etc.) reste d'actualité, si de nouveaux dispositifs à destination des aidants sont en cours de mise en place notamment dans le cadre du plan Alzheimer, il importe, pour accompagner l'aidant dans son rôle et lui permettre de faire face à sa mission, de :

- progresser dans la définition des actions, programmes et dispositifs à soutenir prioritairement le renforcement des coordinations en place sur chaque territoire et une concertation accrue pour une priorisation de l'offre (exemple : dans le cadre du PAPA FC, une coordination se met en place officiellement au 1^{er} septembre 2011 sur chaque département) ;
- accompagner le développement et la diversification des formules de répit.

Afin de concrétiser cet objectif, il serait souhaitable de pouvoir formaliser en articulation avec les Conseils généraux, un plan stratégique de développement et de diversification des formules de répit.

Pour la personne handicapée

(Fiches SROMS - PH Soutenir le maintien à domicile - Handicap psychique adulte)

Les MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) disposent d'un service d'évaluation de l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap. Les réponses seront fonction du parcours de la personne et de son projet de vie. L'évaluation porte également sur l'environnement, la famille, les situations sociales et professionnelles. Le rôle de cette évaluation est de conseiller la personne sur "la prise en charge" qu'elle peut espérer. Suite à cette évaluation, un plan personnel de compensation est proposé.

S'agissant des enfants, les aidants familiaux sont majoritairement les parents qui ont acquis des savoir-faire et des compétences du fait de leur implication quotidienne. Le relais par des professionnels est souvent délicat et difficile à mettre en œuvre. Avec la loi de 2005, l'aidant familial est reconnu mais cette reconnaissance reste toutefois partielle. De plus, le maintien de 2 formes de compensations spécifiques (l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé - AEES et la prestation de compensation du handicap - PCH) n'a pas forcément favorisé le recours à des professionnels qui est, finalement, peu utilisé du fait des difficultés des familles à laisser un tiers entrer dans une relation familiale, à faire appel aussi à des savoir-faire "différents" et à articuler les différentes interventions, entre famille et professionnels.

Nouvelles orientations

(Fiches SROMS - PA Optimiser le maintien à domicile - PH Adaptation de la prise en charge)

- Mettre en cohérence les dispositifs de prévention et d'aide aux aidants existants et renforcer leur visibilité selon les besoins des usagers.

Il s'agit de concrétiser une information claire et accessible pour les personnes dépendantes et leurs aidants.

- Soutenir les formules innovantes de soutien des aidants

En sortant de l'expérimentation pour certains dispositifs (baluchonnage, bistrot des aidants...) et en encourageant des formules de type accueil de jour itinérant dans les zones rurales.

Objectif 4.3 : Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile

a- Contexte

La maltraitance dont peuvent être victimes les personnes vulnérables, de par leur âge ou leur handicap, est un phénomène complexe et multiforme.

La politique mise en place par l'Etat depuis 2000 pour lutter contre ce phénomène vise à assurer la protection de ces personnes en facilitant le signalement des faits de maltraitance et en renforçant les contrôles opérés au sein des établissements sociaux ou médico-sociaux. Elle cherche également à prévenir les risques de maltraitance en accompagnant les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une politique active de bientraitance.

L'amélioration croissante de la sécurité et de la qualité sont devenus un véritable enjeu de santé publique (*Cf l'enjeu transversal n°1*).

La loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées portent la volonté de développement de bientraitance envers l'usager, en renforçant les démarches d'évaluation, de contrôle et de protection des personnes. Elle prévoit la formalisation de documents (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge) qui contribuent à la prévention des risques maltraitance.

La loi du 11 février 2005⁶⁵ a conforté encore le respect des droits des usagers en instaurant un processus d'évaluation individuelle qui part des besoins exprimés par la personne pour être mis en œuvre dans le cadre d'une prise en charge sociale et médico-sociale en établissement ou service.

Face au constat que trop d'établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées sont encore vétustes et doivent être mis aux normes de sécurité et de confort, le Ministère s'est donné comme objectif d'humaniser le cadre de vie des personnes âgées et des personnes handicapées pour permettre une prise en charge plus digne, plus respectueuse de l'intimité, de la sécurité et des souhaits des résidents, en améliorant les conditions de travail du personnel.

En Franche-Comté, le renforcement des programmes pluriannuels de contrôle en particulier dans les structures accueillant des personnes âgées a mis en évidence la nécessité de considérer la prévention de la maltraitance dans ce type d'établissement comme un véritable enjeu de politique publique.

b- Chiffres clés

La maltraitance peut s'observer dans deux situations :

- à domicile où les auteurs des faits sont pour plus de la moitié les familles. Ces mauvais traitements sont signalés en premier lieu par les professionnels de l'aide à domicile. Elle peut être psychologique (14 %), financière (22 %) et physique (14 %).

⁶⁵ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

Une enquête⁶⁶ a permis de faire ressortir que 86 % des personnes âgées qui subissaient des maltraitements et négligences vivaient à leur domicile ;

- en institution où elle est souvent liée aux comportements adoptés par certains personnels. En institution les maltraitements ont pour cause principale les négligences (31 %) et les violences psychologiques (23%). Il est important de noter que ce sont les personnels eux-mêmes qui sont majoritairement à l'origine de ces signalements.

En Franche-Comté, 41 établissements (soit environ 20%) ont été contrôlés au cours de la période 2002/2006 (18 établissements pour personnes handicapées et 23 EHPAD). Les contrôles se sont poursuivis lors de la mise en œuvre du second plan 2007/2011 avec 28 structures inspectées de 2007 à 2010 'soit'⁶⁷, la moitié d'entre elles accueillant des personnes âgées. Au-delà de ces programmes de contrôles, des inspections inopinées et suite à des plaintes ont été menées. De 2002 à 2010, ce sont au total 34 structures pour personnes handicapées et 48 établissements pour personnes âgées dépendantes qui ont fait l'objet d'une inspection.

Concernant la modernisation des établissements sur la période 2006-2010, ce sont 16 établissements pour enfants et adultes handicapés et 27 établissements pour personnes âgées qui ont bénéficié d'un soutien financier de l'Etat pour des opérations de modernisation.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

(Fiches SROMS - PA Optimiser le maintien à domicile - Conforter la démarche qualité en EHPAD)

La bientraitance en établissement est analysée au regard des pratiques des professionnels. Elle s'articule autour de deux axes : la capacité du professionnel à gérer les risques, la dynamique institutionnelle développée autour de la mise en œuvre des droits et du projet de vie de la personne. La prise en charge de la personne handicapée ou âgée à domicile se caractérise par la globalité et la complexité de l'activité soins et accompagnement qu'elle implique. En 2009, le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, a formalisé un guide de gestion des risques maltraitance pour les services d'aide de soins et d'accompagnement à domicile et un second guide pour la gestion des risques de maltraitance en établissement. Il s'agit d'accompagner chacun des secteurs dans une meilleure identification des différents facteurs qui peuvent isolément ou par un effet de cumul, conduire à un acte de maltraitance.

La démarche de bientraitance est une dynamique que s'approprie l'ensemble des professionnels d'un établissement ou service selon leurs modalités propres. Cette appropriation nécessite néanmoins de se concrétiser par des mesures précises. Elles visent en priorité :

- la potentialisation des ressources tant internes que celles disponibles sur le territoire ;
- les conditions d'exercice des professionnels qui concourent à une relation "personne accueillie – professionnels" respectueuse des droits des personnes accueillies, favorisant l'individualisation et la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement (médicale, psychologique, sociale) ;
- la professionnalisation et la qualification des intervenants ;
- l'organisation (communication, documentation, système d'information) et le management, de façon à permettre la mise en œuvre d'un accompagnement inscrit dans une logique d'individualisation, de respect des droits et de prévention.

En 2011, l'ARS a intensifié son programme de contrôle des EHPAD et prévu de se rendre dans tous ces établissements sur la période 2010-2013, en collaboration avec les Conseils généraux.

⁶⁶ Evaluation quantitative et qualitative du réseau ALMA (allô maltraitance) en 2007

⁶⁷ La Franche-Comté compte 139 établissements pour personnes âgées + et 189 établissements et services de compétence propre ARS ou conjointe pour personnes handicapées

La poursuite du programme de modernisation des établissements est également une priorité.

De plus, un certain nombre de démarches qualité/efficience ont été initiées qui ont toutes vocation à être pérennisées. Parmi ces initiatives figurent notamment la mise en place d'une formation des infirmières coordinatrices en EHPAD, ainsi que l'accompagnement d'un groupe de 20 EHPAD dans la préparation à l'évaluation externe qui s'impose à l'ensemble des ESMS de par la loi. Elle a sollicité pour cela l'expertise du Groupement d'intérêt public "RéQua", dont l'expérience en matière de démarche qualité dans les établissements de santé est précieuse. Ce dernier a constitué une équipe d'appui à destination des établissements médico-sociaux retenus dans le cadre de projet. Il a aussi développé un outil d'aide à réalisation et à la saisie des rapports d'évaluation internes qui serviront de base à l'évaluateur externe

Nouvelles orientations

(SROMS Orientations majeures et Fiches SROMS - PA Optimiser le maintien à domicile - PA Conforter la qualité de vie en EPHAD)

- S'inscrire dans une logique d'anticipation des besoins en professionnels, de soutien à la formation, et à l'émergence de nouveaux métiers en coordination étroite avec le Conseil régional et les Conseils généraux
- Développer les actions d'accompagnement des établissements et services dans leurs démarches qualité
- Donner une nouvelle structuration juridique au RéQua pour développer des actions de bienveillance et de qualité dans le secteur médico-social.

Objectif 4.4 : Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints de la maladie d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes

a- Contexte

Certains publics ou pathologies revêtent une importance particulière compte tenu de la progression de la maladie, de ses conséquences, de la complexité de sa prise en charge et de la demande des familles. Ces affections ont fait l'objet d'une mobilisation nationale et doivent bénéficier, du fait de leurs caractéristiques, d'un accompagnement spécifique.

Le plan Alzheimer centré sur la personne malade et sa famille a pour objectif notamment de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants⁶⁸. Il doit permettre de progresser dans l'organisation des soins ainsi que dans l'accompagnement médico-social. Un de ses axes consiste à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants. Il doit donc apporter un soutien accru aux aidants, renforcer la coordination entre les intervenants, permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile, améliorer le recours aux soins, optimiser le parcours de soins et améliorer l'accueil en établissement.

Le plan Autisme⁶⁹, est axé sur la diversification des approches par le développement d'une offre de services et de soins cohérente et diversifiée. Pour les adolescents autistes, il convient d'avoir des réponses modulées qui répondent à leurs besoins spécifiques : internat souple, séjours temporaires, de rupture.

En ce qui concerne la prise en charge des adultes, l'offre médico-sociale nécessite d'une part un développement des Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) et d'autre part la création de places nouvelles en structures pour les personnes les plus dépendantes.

Enfin, le vieillissement de la population des personnes handicapées suit celui de la population générale : les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions générales de vie favorisent une espérance de vie plus longue.

Le programme national pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a pris en compte cette dimension : il contient une action spécifique relative à "l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés" (fiche 5 du programme).

Les Conseils généraux ont intégré la problématique de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées dans leur programmation.

b- Chiffres clés

Les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées

En France, on estime à plus de 800 000 les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. A partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 seraient touchés.

⁶⁸ Plan Alzheimer 2008-2012 <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>

⁶⁹ Plan autisme 2008-2010 www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_autisme_2008-2010.pdf

En Franche-Comté, on dénombrerait 15 400 cas de démence dont 12 600 cas de maladies d'Alzheimer, et 3 400 nouveaux cas de démence chaque année.

Une étude régionale en cours, ainsi que le recours aux données commençant à être recueillies dans le cadre de la Banque nationale Alzheimer (BNA) auprès des consultations mémoires et du Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR), permettront d'avoir une vision plus réaliste et plus précise, à la fois quantitative et qualitative (provenance des patients, sexe, situation géographique, diagnostic posé...) des consultations, diagnostics et prises en charge.

73 % des places d'accueil de jour disponibles en région sont dédiées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, avec une répartition territoriale inégale.

237 places d'hébergement temporaire existent en Franche-Comté.

L'offre en structures dédiées à la prise en charge de l'autisme

Sur le plan épidémiologique, en 2009, selon la Haute autorité de santé, la prévalence estimée pour l'ensemble des troubles envahissants du développement (TED) dont l'autisme, est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans.

Le secteur de l'enfance handicapée propose 7 places en SESSAD et 165 places en Institut médico-éducatif (IME).

Le secteur des adultes handicapés propose 67 places en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et 8 places en Maison d'accueil spécialisée (MAS).

L'offre pour personnes handicapées vieillissantes

Avant l'âge adulte, 90 % des personnes handicapées⁷⁰ sont atteintes d'une seule déficience mais en vieillissant leur état de santé se détériore du fait de déficiences associées. Ainsi, le vieillissement n'est ni linéaire, ni continu et il apparaît beaucoup plus tôt que dans la population générale. Cette précocité nécessite de bien repérer les nouveaux besoins spécifiques à satisfaire, d'adapter régulièrement les organisations tant en termes de diversification de l'offre, que d'évolution des pratiques professionnelles que de restructuration du bâti.

La Franche-Comté est dotée de structures d'accueils spécifiques pour cette population.

Le Jura dispose d'un FAM pour déficients intellectuels vieillissants, avec 20 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire et un EHPAD de 40 places

Le Territoire-de-Belfort propose un FAM de 14 places (ouvert en septembre 2011), destiné en priorité à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

La Haute-Saône possède 5 places de SSIAD qui sont dédiées à la prise en charge de trisomique 21 vieillissants.

Le Doubs a deux foyers de vie et un foyer d'hébergement qui représentent au total 29 places ; par ailleurs un EHPAD accueille 56 handicapés mentaux vieillissants.

c- Perspectives

Poursuite des actions engagées

Personnes atteintes de la pathologie d'Alzheimer *(Fiches SROMS - Personnes âgées)*

La Franche-Comté poursuivra la mise en œuvre du plan national sur la période 2008-2012. Elle soutiendra prioritairement, d'une part, les aidants, et d'autre part, contribuera au maintien à domicile, pour retarder l'institutionnalisation, dès lors que cela serait le choix des personnes atteintes et de leur famille.

⁷⁰ Enquête HID (Handicap-Incapacité-Dépendance) de l'INSEE en 2002 www.insee.fr

Il importe donc d'offrir sur le territoire de santé une palette diversifiée et accessible de structures et formules d'aide et de répit qui correspondent aux besoins et attentes des aidants et des patients et bien entendu une prise en charge de qualité des patients tout en évitant une trop grande dispersion des dispositifs constituant alors un frein à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pouvant encore accroître le désarroi des aidants.

Les accueils de jour doivent proposer un service de proximité reposant sur un véritable projet d'accueil et d'activité et être accessibles (transports, coût restant à charge) quelle que soit leur implantation (gestion différentielle selon les spécificités du secteur). L'optimisation de leur fréquentation repose également sur la communication faite (bonne compréhension des objectifs de ces dispositifs par le grand public permettant d'éviter culpabilisation de l'aidant et refus de participation de la personne aidée) et l'articulation pouvant être faite avec d'autres structures et dispositifs en place ou émergents (MAIA, plateforme répit...). Souplesse de leur fonctionnement et couplage avec d'autres formes de répit (accueil de nuit par exemple), renforcement des hébergements temporaires, correspondent à des besoins croissants des usagers.

La région doit également se doter de 3 "plateformes de répit" (2 en 2011, 1 en 2012 qui ont fait l'objet d'un appel à projet en 2011). Elles ont pour objectif principal d'offrir, sur un lieu unique, une palette complète de services et de prestations aux malades et à leur famille, dans les domaines les plus variés (accompagnement de la personne malade, soutien et répit pour l'aidant, activités pour le couple aidant-aidé). Elles permettront également de repositionner l'accueil de jour comme dispositif de maintien à domicile. Les formules de type "Café des aidants" et "Bistrot aidants", très appréciées par les aidants (voire les malades) seront amenées à se développer.

En complément des dispositifs précédents, les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont pour vocation d'être la porte d'entrée unique pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge. Il s'agit de remédier à l'insuffisante articulation de tous les services, pour aboutir à une prise en charge coordonnée et plus soutenue.

La Franche-Comté a fait le choix d'un dispositif MAIA original, fédératif, tendant à privilégier un déploiement interdépartemental sur plusieurs territoires (Besançon, grand Besançon, Dôle et le Triangle d'Or -Arbois, Poligny, Salins les Bains-, ainsi que Gray et la région grayloise) pour déboucher à terme sur un maillage régional.

Enfin, un effort particulier doit être fait pour favoriser la mise en place d'unités dédiées (UHR), les Unités de soins de longue durée (USLD) étant de plus en plus confrontées aux difficultés de prise en charge en particuliers de personnes démentes "déambulantes". La région doit atteindre l'objectif de 2 unités UHR en EHPAD et de 5 unités en USLD (*Fiche SROS - Soins longue durée*).

De façon concomitante, la mise en place de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) doit être accélérée, de façon à atteindre 30 PASA sur le territoire régional (*Fiche SROMS - Consolider l'offre d'accueil en EHPAD*).

Le soutien à domicile doit également être renforcé, en particulier par une répartition optimisée des Equipes spécialisées Alzheimer (ESA), le développement des Consultations mémoire (CM) et des Centres mémoire de ressources (CMR), même si le territoire régional est relativement bien couvert.

Les personnes atteintes d'autisme

(*Fiche SROMS - Prise en charge de l'autisme*)

D'une manière générale, le plan autisme doit trouver un second souffle dans la région⁷¹ ; quatre axes de travail semblent prioritaires.

Il convient en premier lieu de *revitaliser le Comité technique régional de l'autisme et de mieux préciser ses missions* : sa place doit ainsi être privilégiée dans l'approche quantitative et qualitative des besoins et des réponses régionales.

⁷¹ circulaire interministérielle DGCS/DGOS/DGS/CNSA n° 2010-292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010

Mais il faut par ailleurs *mieux accompagner la réalisation de ses missions* qui transiteront nécessairement par l'identification des professionnels de santé intervenant dans le champ somatique, formés aux spécificités de l'autisme.

En outre, *les relations avec les MDPH vont être renforcées (présence des ARS au sein de la Commission exécutive du GIP/MDPH)⁷²*, pour parvenir à une meilleure formalisation des projets de vie des personnes handicapées.

Enfin, *la fonction de veille et de réflexion sur les pratiques du soin et de l'accompagnement doit être consolidée.*

En second lieu, la territorialisation graduée de l'offre de soins et d'accompagnement conduira à recentrer le rôle des équipes hospitalières associées au Centre de Ressources Autisme (CRA) au niveau régional sur le diagnostic des cas complexes et à l'appui et la formation des équipes hospitalières ou médico-sociales. Le rôle des équipes hospitalières de 1^{ère} ligne en matière de diagnostic des cas simples est à prioriser.

Les personnes handicapées vieillissantes

(Fiche SROMS - PH Vieillissantes)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en octobre 2010⁷³ a fait le constat suivant : *"du fait de l'ampleur du phénomène du vieillissement des personnes handicapées, ce sont de nombreux aspects de l'accompagnement médico-social qui sont donc interpellés :*

- *l'allongement plus fréquent de la vie en institution comme un phénomène à multiples implications : vieillissement des personnes elles-mêmes, évolution des pratiques professionnelles, impact sur les organisations professionnelles, la formation, sur le bâti...;*
- *l'interprétation des chiffres de la population accueillie en établissements pour adultes. En effet, malgré un doublement en dix ans de la capacité d'accueil en MAS, par exemple, le besoin d'accueil reste important dans la mesure où ce doublement a sans doute à peine permis "d'absorber" le vieillissement de la population accueillie ;*
- *la capacité d'adaptation des structures (établissements et services) déjà existantes, dont l'adaptabilité des projets de services aux projets de vie ;*
- *la nécessité de réévaluer les situations individuelles".*

Sur les bases de ce dossier technique, dans le cadre des travaux SROMS, une 1^{ère} réunion de réflexion sur cette question a été initiée par l'ARS en avril 2011. Il serait fondamental de pouvoir *poursuivre des travaux de manière partenariale associant les Conseils généraux et des représentants des établissements et services tant du secteur du handicap que du secteur personnes âgées.*

Nouvelles orientations

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'inscrit exclusivement dans la continuité de l'exécution du plan.

Il en est de même concernant l'autisme qui nécessite une revitalisation du plan qui lui est consacré.

⁷² Loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap

⁷³ CNSA Dossier technique traitant de l'aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées

Les personnes handicapées vieillissantes

(Fiche SROMS - PH Vieillissantes)

La première orientation est *d'améliorer le repérage des besoins des personnes handicapées vieillissantes* en se dotant de grilles d'analyse communes entre les professionnels du handicap et du vieillissement notamment grâce à l'outil GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, et d'accentuer l'effort de formation des professionnels qui accompagnent les personnes handicapées

La deuxième orientation consiste à *adapter la prise en charge, d'une part en ESAT par le développement du temps partiel, plus adapté aux potentialités de travail de la personne handicapée vieillissante, et d'autre part en recherchant avec les Conseils généraux les possibilités de mieux diversifier les solutions d'hébergement et d'accompagnement* (appui renforcé des SAVS et des SAMSAH, accueil de jour ou temporaire, places en SACAT).

La troisième orientation consiste à *explorer d'une part la possibilité de recourir aux professionnels libéraux dans les structures et services non dotés de personnel soignant, et d'autre part de médicaliser des foyers de vie.*

La formation des personnels est également une priorité pour répondre mieux encore aux besoins de ces publics particuliers. Si les formations initiales constituent un socle généraliste de qualité, il est indispensable de les conforter.

Éléments de cadrage pour le suivi de la mise en oeuvre et l'évaluation du Projet régional de santé (PRS)

a- Enjeux

La loi HPST et le décret d'application de mai 2010 définissent le cadre légal de l'évaluation du Projet régional de santé (PRS) en introduisant notamment l'obligation du suivi et de l'évaluation de la mise en oeuvre du projet régional de santé. Les enjeux et finalités de cette évaluation sont multiples. Ainsi, il existe une dimension démocratique à l'évaluation dont l'objet est la transparence permettant de rendre compte et d'instaurer le débat. Parallèlement, l'évaluation doit poursuivre un objectif d'aide à la décision, dimension managériale de la mise en oeuvre de la politique de santé de l'ARS en fournissant l'information nécessaire à l'adaptation et à la réorientation de la stratégie (*cf. encadré de l'introduction*). Enfin, il s'agit d'une démarche participative et concertée à visée mobilisatrice de l'ensemble des acteurs.

b- Cadre général

Le PRS comprend le Plan stratégique, trois Schémas et quatre Programmes. Par ailleurs, il s'articule avec d'autres politiques. Aussi, l'évaluation du PRS devra porter un jugement sur la mise en oeuvre de l'ensemble des composantes du projet mais également sur l'articulation avec les autres politiques. De même, l'évaluation devra tenir compte du suivi et des résultats du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens -CPOM Etat / ARS.

L'évaluation du PRS pourrait donc se décliner à un double niveau :

- le suivi de la mise en oeuvre du Plan stratégique, des Schémas et Programmes sur la base, d'une part, d'indicateurs de résultats (travaux du Haut conseil de santé publique⁷⁴ et CPOM Etat / ARS), et d'autre part, d'indicateurs de moyens,
- l'évaluation globale de la politique mise en oeuvre à travers une évaluation intermédiaire (date à définir) et au terme du plan (2016) dont les axes et le questionnement doivent être définis sur la base d'un cahier des charges conçu en amont de la mise en oeuvre du projet. Cette évaluation pourrait alors se présenter comme un bilan global du PRS qui croisera des indicateurs de moyens et de résultats disponibles mais qui devra également mettre en oeuvre des enquêtes complémentaires nécessaires à la compréhension de son impact (notamment, à travers des études qualitatives).

c- Suivi de la mise en oeuvre des différents éléments du PRS comme outil de pilotage

Le suivi doit permettre d'analyser périodiquement l'avancement du PRS. Il consiste à apprécier le degré de déploiement des activités, les modalités de mise en oeuvre envisagées (implication des acteurs, respect des échéances, moyens engagés...) et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus. Il permet également d'examiner les premiers résultats obtenus et d'analyser leur conformité avec les objectifs fixés.

⁷⁴ Haut Conseil de la Santé Publique : Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions ; Collections avis et rapports, avril 2010.

Ce suivi est un outil d'aide à la décision pour l'Agence. Il permettra d'apporter d'éventuels réajustements sur les programmes ou actions. Le suivi s'appuiera sur des tableaux de bord alimentés par une collecte régulière et organisée de données.

Des indicateurs de suivi proposés dans ce document ne sont pas définitifs. Ils seront réajustés et précisés lors de :

- l'installation des groupes projets en charge du pilotage des différents volets du PRS,
- l'élaboration de la méthodologie définitive d'évaluation du Projet régional de santé.

Les indicateurs existants pour :

- le projet d'agence 2010-2011,
- le suivi du CPOM signé entre l'ARS de Franche-Comté et le Ministère,
- le suivi du Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR) seront mis au service de ce suivi.

d- Evaluation globale du PRS pour mesurer les effets de la politique mise en place

L'évaluation doit permettre de porter un regard sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre du PRS sur la base du recueil et de l'analyse d'informations quantitatives et qualitatives. L'objectif final de cette évaluation globale est de réorienter si besoin le PRS (évaluation intermédiaire) ou de formuler des préconisations pour le prochain PRS (évaluation finale).

Une réflexion préalable sera conduite pour définir les éléments de l'évaluation. Devront ainsi être précisés :

- le champ de l'évaluation : tout le PRS, l'un ou l'autre Schéma, tout ou partie des programmes...
- le calendrier, en fonction de la finalité assignée à l'évaluation :
 - Une évaluation intermédiaire à mi parcours, ce qui est utile pour réviser le contenu du plan, améliorer les procédures de mise en œuvre, la communication...
 - Une évaluation finale à 5 ans pour mesurer les résultats obtenus, produire des recommandations et orienter le PRS suivant,
- le dispositif mis en œuvre, notamment l'instance de pilotage, ainsi que la méthodologie pour conduire l'évaluation, en particulier l'organisation pratique, le recours à une évaluation externe ou une évaluation menée en interne...

La CRSA et les Commissions de coordination des politiques de santé apporteront leurs contributions à l'évaluation de la politique de santé.

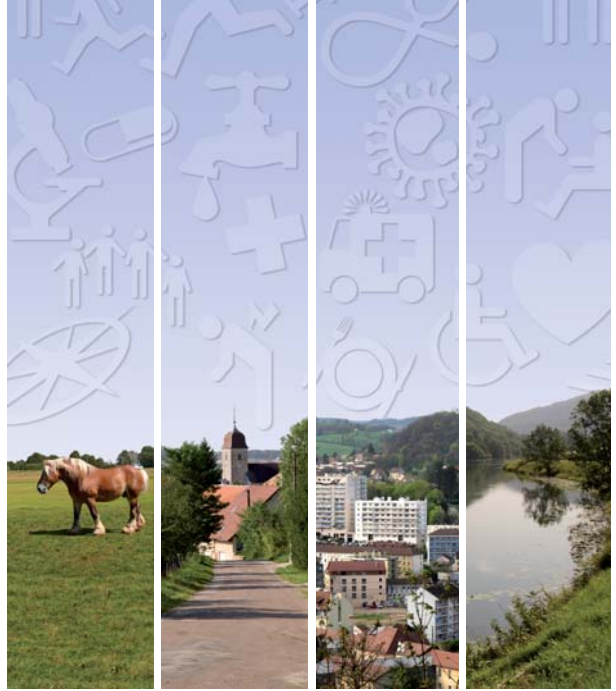


Schéma régional de prévention



Sommaire SRP

Prévention et promotion de la santé (PPS)

Introduction	3
1. Fiche Addictions	7
2. Fiche Cancer	13
3. Fiche Education thérapeutique du patient	21
4. Fiche Environnement - Santé	27
5. Fiche Maladies chroniques	35
6. Fiche Maladies infectieuses dont maladies à prévention vaccinales	41
7. Fiche Nutrition	53
8. Fiche Périnatalité, éducation à la sexualité, contraception, Interruption volontaire de grossesse	61
9. Fiche Personnes âgées	71
10. Fiche Personnes en situation de handicap	77
11. Fiche Petite enfance de 1 mois à 6 ans	81
12. Fiche Personnes en situation de précarité / vulnérabilité	87
13. Fiche Personnes placées sous main de justice	97
14. Fiche Santé mentale	101
15. Fiche Santé au travail	107

Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)

Introduction	115
16. Fiche VAGUSAN	117



PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Introduction

La santé publique a pour objectif de mettre en place une action d'ensemble afin d'améliorer la santé des populations.

La prévention qui englobe la **promotion de la santé et l'éducation pour la santé** vise à anticiper la maladie et à permettre à chacun d'assurer le contrôle de sa santé et de l'améliorer. Elle constitue, avec les soins curatifs et la gestion de sa maladie, un tout indivisible.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne, pour la première fois en droit français, une définition précise de la **politique de prévention** : "la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé".

Les 3 approches de la prévention :

1. Une première approche vise à distinguer la prévention en fonction du moment où elle se situe par rapport à la survenue de la maladie.

- La prévention primaire.

C'est l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas.

Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation...) et/ou collective (distribution d'eau potable, vaccination...).

- La prévention secondaire.

C'est l'ensemble des actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie donc à réduire sa durée d'évolution.

Elle comprend le dépistage et le traitement des premières atteintes.

- La prévention tertiaire.

C'est l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie.

Elle pour objectif de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie. Cette définition étend la prévention aux soins de réadaptation.

2. Une seconde approche vise à distinguer la prévention en trois sous-ensembles, selon la population concernée :

- La prévention universelle qui est destinée à l'ensemble de la population.

Elle tend à permettre, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, par l'instauration d'un environnement favorable.

- La prévention orientée qui est dirigée vers des sous groupes de la population (enfants, jeunes femmes, hommes âgés...).

Elle tend à éviter la survenue de la maladie dont ces sous groupes sont menacés.

- La prévention ciblée qui concerne les malades.

Elle aide les patients et leur entourage à gérer le traitement de façon à en améliorer le résultat et comporte en particulier l'éducation thérapeutique.

3. Une troisième approche vise à distinguer les mesures de prévention selon l'implication ou des sujets dans sa réalisation : la prévention active ou passive

La mise en œuvre d'une politique de prévention, par la promotion de la santé et par l'éducation pour la santé :

1. La promotion de la santé selon la charte d'Ottawa comprend un ensemble d'activités à portée sociale, économique et politique.

Ces activités visent à :

- faire évoluer le contexte social, politique, économique, les conditions de vie des personnes, dans un sens favorables à leur santé ;
- donner aux personnes et/ ou aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé ou celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

- déterminants environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, urbanisme, habitat, travail...);
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics ...) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...);
- déterminants liés au système de santé (accès aux dispositifs de prévention, accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique....).

L'intervention en promotion de la santé signifie, selon la charte d'Ottawa, que l'on doit agir simultanément sur les 5 axes dans la mesure du possible :

- Elaborer une politique publique saine.
- Créer des milieux favorables.
- Renforcer l'action communautaire.
- Acquérir des aptitudes individuelles.
- Réorienter les services de la santé.

2. L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes. Elle s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse en définissant avec ces publics les objectifs de ces interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation ;
- les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences (développement des compétences psycho-sociales).

La typologie des actions de prévention :

1. Le contrôle de l'application de la réglementation, concernant l'habitat, les eaux, l'alimentation...

2. La vaccination

Elle agit en protégeant de la maladie le sujet vacciné mais aussi en réduisant la transmission de l'agent infectieux. C'est un des moyens les plus efficaces de prévention. Certaines vaccinations sont obligatoires, d'autres recommandées.

3. Le dépistage

La mise en place d'une stratégie de dépistage repose sur l'existence d'un test qui permet de révéler une maladie à un stade précoce et d'envisager la mise en route d'un traitement ou d'une prise en charge (infection par le VIH, cancer du sein...).

Concernant le test, il convient de tenir compte de deux paramètres :

- la proportion de patients ayant un test positif qui correspondent à des vrais malades ; c'est la sensibilité du test,
- la proportion de patients ayant un test négatif qui correspondent à des sujets non malades : c'est la spécificité du test,
- la sensibilité et la spécificité évoluent en sens inverse. Tout gain de sensibilité entraîne une perte de spécificité et vice-versa. C'est pourquoi dans les stratégies de dépistage on effectue dans un premier temps un dépistage avec un test sensible avec en cas de positivité une confirmation par un test spécifique.

4. Les examens de santé

Il peut s'agir soit d'examens médicaux sélectifs (en médecine du travail...) ou d'examens systématiques préventifs tels que les examens prénatals, soit de bilans de santé qui sont des examens plus complets et périodiques pris en charge par l'assurance maladie et effectués dans des centres privés ou publics .

5. Les actions d'information et de communication

Les campagnes de communication publique sur des thèmes variés comme les conduites addictives, la prévention des infections VIH et VHC, les vaccinations, les accidents de la vie courante, la nutrition et l'activité physique, ont pour objectifs de faire prendre conscience à la population du problème de santé publique, de maintenir un bon niveau de sensibilisation et de modifier les représentations sociales.

6. L'éducation pour la santé

Elle commence en famille, se poursuit à l'école, lieu d'acquisition du savoir et d'exemplarité des modèles (l'éducation porte indirectement sur la famille), mais elle doit être poursuivie tout le long de la vie dans les différents milieux de vie notamment en milieu professionnel pour prendre en compte les risques d'accidents ou de maladies professionnelles.

7. L'éducation thérapeutique du patient

Il s'agit d'un processus continu intégré aux soins et centré sur le patient.

Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement, les soins....

Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et les traitements, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou aménager la qualité de sa vie.

L'éducation thérapeutique devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie.

L'éducation thérapeutique repose sur la mobilisation et la compétence des acteurs du système de soins.



Fiche SRP

Addictions

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 2 Objectif 2.5	Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Santé mentale, Santé des détenus, Médecine, Ambulatoire.
SROMS	Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

Les conduites addictives comprennent les conduites de consommation de substances psychoactives (médicaments, alcool, tabac, drogues illicites) et les addictions dites comportementales – ou addictions sans drogue – qui comprennent le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les cyberaddictions.

Plans nationaux :

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, piloté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) 2008-2011.
- Programme "La prise en charge et la prévention des addictions", piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins 2007-2011.
- Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, plan d'actions stratégiques 2010-2014.

Prévision de 2 nouveaux plans ou programmes :

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2012-2015.
- Programme "Addictions 2012-2016"

2. Diagnostic régional

En France, 35% des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et à 17 ans, un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année. Les addictions aux substances psycho-actives sont responsables en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies dont près de 40 000 par cancers.

En Franche-Comté, 31 % des garçons et 23 % des jeunes filles déclarent un usage quotidien de tabac. Ainsi avec 27% de fumeurs quotidiens, les jeunes Franc-Comtois de 17 ans ne se distinguent pas de leurs homologues métropolitains. En 2005, la prévalence franc-comtoise était de 36 %, on enregistre donc une baisse du tabagisme entre 2005 et 2008, cette tendance régionale se révélant comparable à celle observée au plan national.

Tendances 2008 : globalement les jeunes Franc-Comtois présentent des usages comparables à ceux mesurés sur l'ensemble du territoire, à l'exception toutefois d'une expérimentation des poppers (vasodilatateurs sniffés ou inhalés) et de l'héroïne. Pour le cannabis, si l'expérimentation semble plus rare dans la région, l'usage régulier s'avère plus répandu. Entre 2005 et 2008, les épisodes de consommations ponctuelles sévères d'alcool, les usages réguliers de cannabis et les expérimentations de cocaïne ou d'ecstasy sont restés stables.

En Franche-Comté, en 2008, le nombre de décès liés à l'alcool pour cirrhose est de 94 chez les hommes et de 33 chez les femmes. Pour les psychoses alcooliques, les décès sont au nombre de 46 chez les hommes et de 6 chez les femmes.

En 2007, le nombre de décès liés au tabac est de 415 chez les hommes et de 103 chez les femmes (cancer trachée, bronches et poumon).

Synthèse : les adolescents Franc-Comtois présentent un profil des usages de drogues médian, les niveaux d'usages s'avérant assez proches de la moyenne nationale, à l'exception du cannabis, pour lequel la consommation en Franche-Comté est plus importante qu'au niveau national.

Forces	Faiblesses
<p>Tabac :</p> <p>France : 59 paquets par an et par personne de plus de 18 ans</p> <p>Franche-Comté : 54 paquets par an et par personne de plus de 18 ans. Avec 56 paquets pour le Territoire de Belfort, 55 paquets pour la Haute-Saône, 54 pour le Doubs et 51 pour le Jura (schéma addictologie)</p> <p>Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) :</p> <p>Création d'une ELSA au Centre Hospitalier de Pontarlier en 2010</p> <p>Existence d'une ELSA commune au CH Intercommunal de Haute-Saône et à l'Association Hospitalière de Franche-Comté (AHFC).</p> <p>Existence d'une ELSA au CH Universitaire de Besançon, CH de Lons, CH de Belfort Montbéliard.</p> <p>Il existe 10 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2011 dans la région.</p> <p>La Franche-Comté bénéficie d'un bon maillage associatif territorial dans ce domaine.</p> <p>Une bonne structuration des réseaux en addictologie (réseau addictologie Nord Franche-Comté, Réseau 25, ADIJA, REPIT 70), qui se sont regroupés en Groupement de coopération social ou médico-social (GCSMS) depuis avril 2011.</p> <p>Le réseau bisontin d'alcoologie indépendant du CSMS cessera son activité en juillet 2012.</p> <p>Une délégation régionale de la Fédération Addiction issue de la fusion de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITÉA) qui constituait le réseau historique des acteurs de la toxicomanie et de la Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A) qui était le réseau historique des acteurs de l'alcoologie.</p>	<p>Tabac :</p> <p>Jeunes jusqu'à 17 ans :</p> <p>France : 33 % d'entre eux disent consommer régulièrement</p> <p>Franche-Comté : 36 %</p> <p>Alcool :</p> <p>Courbe identique au niveau national toutefois on note une très forte augmentation des ivresses alcooliques en particulier chez les garçons en Franche-Comté. (schéma addictologie)</p> <p>Substance illicites :</p> <p>France : 35 % des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément.</p> <p>Cannabis : tranche d'âge 15-24 ans : 1 jeune sur 5 consomme plus de 10 fois dans l'année. (panorama de la santé)</p> <p>Les adolescents Franc-Comtois sont des usagers de drogues dont la consommation est proche de la moyenne nationale.</p> <p>Pour le cannabis le pourcentage de consommateurs réguliers est plus important en Franche-Comté : 10% contre 7% en France. Cependant, les consommateurs occasionnels représentent une plus faible proportion. (panorama de la santé)</p> <p>Traitement de substitution (méthadone ou buprénorphine).</p> <p>A ce titre, 2600 personnes sont prises en charge par l'assurance maladie :</p> <p>Haute-Saône : prévalence des patients sous méthadone la plus forte : 13,6 personnes /10000</p> <p>Territoire de Belfort : prévalence des patients sous méthadone la moins forte : 5,1 / 10000, prévalence des patients sous Buprénorphine la plus forte: 39,4/ 10000.</p> <p>Doubs : prévalence des patients sous Buprénorphine la moins forte: 21,1/10000.</p> <p>Mais les 4 départements sont dans la première moitié du classement des départements pour la prévalence pour 10000 habitants des traitements de substitution aux opiacés.</p> <p>Le délai moyen pour un sevrage aux opiacés est de 2 mois.</p> <p>La difficulté d'accompagnement des conduites addictives est pointée sur les communes rurales, en particulier sur les secteurs de Saint-Claude, Pont de Roide, Maiche où s'ajoute le problème frontalier.</p>

Actions déjà engagées

Actions financées en 2010 et 2011 par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) ou la MILDT.

Département du Doubs :

Réseau 25 : actions sur la réduction des risques et la prévention des conduites addictives auprès des jeunes et de leurs environnements

Association revivre : Prévention et aides aux personnes en difficultés avec l'Alcool

Centre de soins infirmiers d'Audincourt Tip top la forme, actions globales de prévention et de promotion de la santé.

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) / Actions d'informations sur les substances psycho actives.

Département du Jura :

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) / Actions d'informations sur les substances psycho actives.

CSAPA 39 : prévention et consultation Tabac.

Département de la Haute-Saône :

ANPAA : Prévention des conduites addictives auprès des personnes en situation de précarité, en école primaire.

Mouvement vie libre : suivi du malade alcoolique.

Département du Territoire de Belfort :

ANPAA : Prévention des alcoolémies routières.

Les actions de réduction des risques par le CSAPA ALTAU bénéficient depuis 2011 de financements pérennes (Objectifs nationaux des dépenses assurance maladie : ONDAM) suite à la création d'un Centre d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) sur l'aire urbaine.

Des actions de prévention ont été financées par les crédits départementaux/MILDT en 2010 en 2011.

En région :

Comités ANPAA de FC-25-39-70-90 : Actions de prévention des addictions en collèges et lycées (convention triennale 2009-2011)

CSAPA Altau : Prévention des addictions en direction d'un public jeune, réduction des risques en milieu festif et ivresses manifestes.

Actions en faveur des détenus :

En 2010 : financement sur une enveloppe Mission d'intérêt général (MIG) des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) pour mettre en place des consultations d'alcoologie.

Le travail de partenariat avec les structures médico-sociales d'addictologie (CSAPA et Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques auprès des usagers de drogues (CAARUD)) est très variable d'une UCSA à l'autre.

L'ARS et la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) ont missionné l'IREPS pour établir un bilan des actions organisées dans les maisons d'arrêt et déterminer des axes à développer dans chaque UCSA, pour la réalisation de programmes de prévention.

D'autres actions de prévention des addictions sont organisées par les partenaires de l'ARS à l'attention des différents publics mais n'ont pas fait l'objet d'un inventaire précis.

Pistes d'orientation

Faire le lien avec le SROMS : les CSAPA et CAARUD sont des structures médico-sociales.

Assurer le suivi de la montée en charge du réseau régional d'addictologie, suite à la mise en place d'un GCSMS regroupant 4 réseaux en addictologie en avril 2011.

Maintenir une approche éducative auprès de la population des plus jeunes et développer des actions de prévention des conduites addictives en particulier chez les jeunes adolescents et pendant la grossesse.

Préciser les rôles respectifs des différents acteurs œuvrant dans le domaine de la prévention des addictions et impulser une dynamique de collaboration.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Optimiser la prévention des addictions sur le territoire Franc-comtois

- 1.1. : Préciser les rôles respectifs des différents acteurs œuvrant dans le domaine de la prévention des addictions et impulser une dynamique de collaboration.
- 1.2. : Définir les nouveaux besoins en actions de prévention au vu des consommations de la population et/ou des zones non couvertes.
- 1.3. : Développer des actions de prévention en cohérence avec les besoins des différentes populations.
- 1.3.1. : Mettre en place des actions de prévention ciblées auprès de populations spécifiques : femmes enceintes, jeunes (adolescents, étudiants, apprentis,...), public précaire (en lien avec le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)).
 - 1.3.2. : Renégocier la convention triennale avec l'ANPAA (le comité régional et les comités départementaux) avec définition d'objectifs ciblés et d'actions précises en tenant compte des actions conduites par les autres associations.
 - 1.3.3. : Soutenir les actions de prévention sur le champ des addictions conduites par les associations support de CSAPA: ADDSEA (association départemental du Doubs de sauvegarde de l'enfant à l'adulte) ALTAU (association de lutte contre les toxicomanies de l'Aire Urbaine) Passerelle 39 et l'Escale 70.
- 1.4. : Développer l'information et le repérage précoce.
- 1.4.1. : Former des personnes relais (professionnels de santé, professionnels sociaux, parents, entourage...).
- 1.5. : Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP).
- 1.5.1. : Mettre en place des séances d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre de la prise en charge des addictions. (cf. fiche Schéma régional de prévention : Education thérapeutique du patient).

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Les professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, sages-femmes).
- Les ELSA.
- Les CSAPA.
- Les CAARUD.
- Les réseaux de santé (le GCSMS en addictologie, le Réseau Ville Hôpital Hépatite C (REVHOC), les réseaux Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le réseau périnatalité ...).
- La santé scolaire, et universitaire.
- La médecine du travail.
- Les maisons de santé.
- La délégation régionale de la fédération nationale de l'addiction.
- Les associations locales départementales et nationales.
- Les associations œuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.
- Les associations d'auto support.
- L'IREPS et les CODES.
- Les services déconcentrés de l'état.
- L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).



4.2. Programmes

- Schéma régional addictions (2009-2013).
- PRAPS.
- Plans départementaux d'action de la sécurité routière (PDASR).

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Les ELSA.
- Les UCSA.
- Les professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, sages-femmes, Infirmières diplômées d'état (IDE)).
- Les réseaux de santé (addictologie, VIH sida, périnatalité, hépatites, etc.).

5.1.2. Offre médico-sociale

- Les CSAPA.
- Les CAARUD.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Avec les services déconcentrés de l'état.
- Avec les collectivités territoriales
- Avec la santé scolaire.
- Avec la santé universitaire.
- Avec la santé au travail.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Fiche SRP Cancer

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 1 Objectif 1.1	Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur.
Priorité 1 Objectif 1.3	Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination.
Priorité 2 Objectif 2.1	Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistage organisé et de traitement des patients atteints de cancers.
Priorité 2 Objectif 2.5	Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins et d'autre part les différents champs d'intervention (soins, médico-social et social).

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Cancer
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables

1. Contexte législatif et réglementaire

Plan cancer 2009-2013

Il s'agit du deuxième plan cancer, plan de mobilisation nationale contre le cancer.

Le plan cancer 2009-2013 est la déclinaison opérationnelle du rapport remis au Président de la République par le professeur GRUNFELD en février 2009 "recommandations pour le plan cancer 2009-2013".

Il est décliné selon 5 axes (recherche, observation, prévention-dépistage, soins, vivre pendant et après le cancer). L'axe prévention dépistage «prévenir pour éviter les cancers ou réduire leur gravité » comporte 8 mesures et 37 actions. Les mesures 10 à 13 concernent la prévention, les mesures 14 à 17 le dépistage.

Une des 6 mesures phare de ce plan est la mesure 14 "lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages" en augmentant de 15% la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés.

La mise en œuvre de la prévention des cancers vise soit des déterminants, soit des facteurs de risque individuels ou environnementaux ; elle requiert le développement de stratégies diversifiées individuelles ou collectives s'appuyant sur la mobilisation de professionnels de multiples disciplines et de la société civile. Les professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins traitants, sont les plus à même de réaliser plus efficacement le repérage des expositions aux risques de cancers, de recommander les moyens de réduction des risques et de proposer les dépistages nécessaires.

2. Diagnostic régional

Données épidémiologiques

Du point de vue démographique, la Franche-Comté apparaît comme une région très proche de la moyenne nationale, mais contrastée : le Doubs et le Territoire de Belfort ont une population plus jeune que la moyenne nationale alors que le Jura et la Haute-Saône ont une population plus âgée.

Le cancer est la première cause de mortalité chez les hommes et la seconde chez les femmes après les maladies cardiovasculaires.

En 2005, en Franche-Comté, le nombre de nouveaux cas de cancer (hors cancers de la peau non mélaniques) a été estimé à 5 761 dont 58% chez les hommes et le nombre de décès à 2 732 dont 61% chez les hommes.

On constate, comme au niveau national, une augmentation de 61% du nombre de cas déclarés en 20 ans. L'incidence régionale est inférieure d'environ 5% à la moyenne nationale

Quatre localisations sont responsables de plus de 3 264 nouveaux cas : cancer de la prostate (1095 cas), cancer du sein (874 cas), cancer colorectal (674 cas) et cancer du poumon (621 cas).

Chez la femme, les cancers du sein et du colon rectum représentent 49% des nouveaux cas et le cancer du sein est responsable de 19% des décès par cancer.

Chez l'homme, les cancers de la prostate, du poumon et du côlon rectum représentent 58% des nouveaux cas et le cancer du poumon est responsable de 26% des décès par cancer.

Ces vingt cinq dernières années, tant au niveau régional que national, les évolutions de l'incidence et de la mortalité sont divergentes selon les localisations du cancer :

- localisations dont l'incidence et la mortalité ont augmenté : cancer du poumon chez la femme, lymphome malin non hodgkinien, mélanome (de façon plus marqué chez l'homme) et cancer du rein chez l'homme,
- localisations dont l'incidence a fortement augmenté et la mortalité diminué : cancer de la prostate et cancer du sein,
- localisations à fréquence élevée dont l'évolution de l'incidence et de la mortalité est peu marquée : cancer colorectal et cancer du poumon chez l'homme,
- localisations dont l'incidence et la mortalité ont diminué de façon marquée : cancer invasif du col de l'utérus, cancer de l'estomac et cancer des voies aéro-digestives supérieures chez l'homme.



Ces évolutions de l'incidence et de la mortalité sont à mettre en parallèle avec :

- l'évolution des expositions aux facteurs de risque individuels ou collectifs (tabac, alcool, rayonnement UV, virus, facteurs nutritionnels, environnementaux, professionnels...),
- la pratique des dépistages organisés ou individuels ainsi que le diagnostic précoce,
- l'amélioration et l'utilisation des techniques d'imagerie ainsi que des examens biologiques (biologie moléculaire),
- l'amélioration des prises en charge thérapeutiques.

Des spécificités régionales existent par rapport à la moyenne nationale :

- Doubs : surmortalité du cancer de l'ovaire,
- Jura : surmortalité du cancer de l'ovaire et sous mortalité du cancer de la vessie chez l'homme,
- Haute-Saône : sous mortalité du cancer de l'ovaire, surmortalité chez l'homme du cancer colorectal et lèvres bouche pharynx,
- Territoire de Belfort : surmortalité du cancer du poumon chez l'homme et surtout chez la femme (1.5 fois plus élevé que la moyenne nationale) et sous mortalité du cancer de l'œsophage, du cancer du larynx, du mélanome et du lymphome malin non hodgkinien chez l'homme.

Une particularité franc-comtoise : l'exposition au radon.

On le retrouve principalement en Franche-Comté dans les zones où le socle granitique affleure (Vosges, Massif de la Serre) mais les plateaux calcaires ne sont pas épargnés, en raison des failles dans les roches et de l'eau qui facilitent la diffusion du radon vers la surface terrestre. Lorsque le radon et ses descendants sont inhalés, les particules α émises par leur désintégration peuvent endommager les cellules de l'épithélium pulmonaire et provoquer des cancers. Reconnu cancérigène certain pour l'homme par le Centre international de recherche sur le cancer (Organisation mondiale de la santé : OMS), le radon est responsable en France de 5 à 12% des cancers pulmonaires, ce qui le classe comme deuxième cause de cancer pulmonaire après le tabagisme. En Franche-Comté, la fraction attribuable de cancer du poumon est estimée de 14% à 27%. On observe d'ailleurs une potentialisation de nature synergique avec le tabagisme, et de nature additive avec l'amiante. La relation dose effet est linéaire, avec un risque de cancer pulmonaire accru de 16 % tous les 100 Bq/m³ supplémentaires. (Cf. Fiche SRP-Santé Environnement).

Forces	Faiblesses
<p>Existence depuis 1977 du registre des tumeurs du Doubs permettant d'apporter une expertise dans la mise en œuvre de la politique de santé concernant la prévention et la prise en charge des cancers dans la région.</p> <p>Enregistrement depuis l'année d'incidence 2007 des cas du Territoire de Belfort.</p> <p>Développement de collaborations actives et intégration à l'IRFC (institut régional fédératif du cancer).</p> <p>Mise en place d'une organisation régionale illustrée par l'Institut Régional Fédératif du Cancer : Démarche collective et régionale avec mise en place d'une organisation dans laquelle tous les intervenants doivent se retrouver et où les patients peuvent bénéficier d'un accès à des soins de qualité égale.</p> <p>Celle-ci a permis notamment le maintien des activités de cancérologie sur les différents sites impliqués dans l'IRFC avec constitution d'une équipe régionale d'oncologues qui intervient à partir du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon sur plusieurs établissements et d'une équipe unique de radiothérapie intervenant sur les sites du CHU et du Centre hospitalier de Belfort Montbéliard (CHBM). Le partage des compétences améliore les pratiques et fait émerger des protocoles communs au bénéfice de la qualité de la prise en charge.</p> <p>Existence d'un réseau régional de cancérologie "oncolie" opérationnel et reconnu d'intérêt général, labellisé par l'Institut national du cancer (INCa) en septembre 2010 et travaillant en étroite collaboration avec l'IRFC.</p> <p>Existence d'une structure régionale unique de gestion des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal l'Association pour le dépistage du cancer (ADECA) Franche-Comté : Mise en place du dépistage organisé du cancer du sein avec un taux de participation en progression sur les trois campagnes déjà menées</p> <p>Mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal en juin 2008. résultats encourageants avec une participation régionale pour la première campagne de 40% avec une forte adhésion des médecins généralistes.</p> <p>Participation financière du Conseil Général de Haute Saône.</p> <p>Implication ancienne et forte des régimes d'assurance maladie avec des actions menées par les CPAM coordonnées par la CPAM du Jura.</p> <p>Promotion de la santé active sur les territoires ruraux impulsée par la MSA, conduite par l'ASEPT.</p>	<p>Concernant le dépistage, des points de fragilité existent. Malgré des résultats qualifiés de «bons» en Franche-Comté, il persiste des disparités départementales et infra départementales qui mériteraient des actions spécifiques en faveur des populations qui ne participent pas ou peu au dépistage. L'implication des médecins généralistes est décisive notamment dans le cadre du cancer colorectal.</p> <p>Dépistage organisé du cancer du sein :</p> <p>Participation plus faible en Haute-Saône et dans le jura (certains cantons)</p> <p>En zone rurale en difficulté car l'offre est pauvre voire même inexistante</p> <p>Tranche 50 à 54 ans et 65 à 69 ans participent plus faiblement</p> <p>Participation plus faible pour les femmes des régimes MSA et RSI</p> <p>Dépistage organisé du cancer colorectal : premiers résultats encourageants (taux de participation régional Insee 2009-2010 à 39 %) mais des inégalités territoriales et cantonales :</p> <p>Doubs : 42,1%</p> <p>Jura : 41,3 %</p> <p>Haute Saône : 33,9 %</p> <p>Territoire de Belfort : 33,2 %</p> <p>Insuffisance de lien formalisé entre le registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort et la structure de dépistage permettant le partage des données et les collaborations scientifiques.</p>



Actions déjà engagées

Dépistage organisé des cancers du sein et du colorectal :

La première campagne de dépistage du cancer du sein a débuté en septembre 2003. A ce jour, 3 campagnes complètes se sont déroulées.

La quatrième campagne a débuté en septembre 2009 et se terminera en septembre 2011.

Les données INVS calculées sur deux années "glissantes" montrent que la Franche-Comté est plutôt bien située en regard de la moyenne nationale avec un taux de participation 2009-2010 de 56,2%.

On observe au cours des trois campagnes successives une progression du nombre de femmes dépistées passant de 84 000 à la première campagne à plus de 89 000 à la troisième.

Le taux de participation pour la troisième campagne, calculé par rapport aux invitations s'élève à 62%.

Campagne nationale "octobre rose" relayée par l'ADECA : dossier de presse, organisation des manifestations dans différentes villes ainsi que dans les CPAM.

Actions mises en place par les caisses d'assurance maladie

Actions d'information menées par l'ADECA en lien avec la ligue contre le cancer

Actions mises en place par la MSA

La première campagne de dépistage du cancer colo rectal a débuté en juin 2008 et s'est terminée en juin 2010

Le taux de participation pour cette première campagne est de 40,2% avec une participation des femmes supérieure à celle des hommes.

La seconde campagne est en cours.

Actions particulières :

Les détenus :

Les UCSA de Besançon et Lons le Saunier proposent un dépistage du cancer colorectal aux détenus.

Les zones situées en milieu rural dont le taux de participation est inférieur à la moyenne départementale :

L'ASEPT a répondu à un appel à projet INCA 2011 concernant le soutien aux études et actions pour améliorer la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers.

Autres actions de prévention des cancers (non exhaustives) :

Actions menées pour diminuer l'incidence des mélanomes (actions conduites dans le cadre du PRSP depuis 2003) :

Informations importantes du milieu médical (affiche dans salle d'attente, dans les pharmacies, intervention en milieu scolaire de la maternelle au second degré en collaboration avec les professeurs de SVT, en 2007 160 000 salariés ont reçu un message de prévention avec leur bulletin de salaire de mai,

Besançon est inscrite comme "Cité de la peau" dans le cadre de la semaine de prévention solaire nationale,

participation importante des dermatologues à la journée de dépistage gratuite ainsi que certains établissements de soins et certaines maisons de santé : en 2009 1 médecin généraliste par maison de santé adhérente à la FEMASAC a assuré une séance de consultation gratuite de dépistage des cancers de la peau (actions ASEPT-MSA).

Actions sur d'autres thèmes qui participent à la prévention du développement des cancers à mettre en lien avec les thématiques correspondantes :

Nutrition et activité physique.

Tabagisme, addictions.

Cancers professionnels.

Maladies infectieuses.

Pistes d'orientation

Dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo rectal.

Conforter l'organisation du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal dans la région.

Améliorer sur l'ensemble du territoire les taux de participation aux dépistages organisés.

Améliorer la détection précoce des cancers.

- Développer les actions de prévention en diminuant les expositions aux facteurs de risque.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Quatre objectifs généraux de prévention :

Objectif n°1 : Conforter l'organisation du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal dans la région.

1.1. : Formaliser les liens entre le registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort et l'ADECA par le biais d'une convention de partenariat.

Objectif n°2 : Améliorer sur l'ensemble du territoire les taux de participation aux dépistages organisés.

2.1. : Accroître le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein avec un objectif de 65 % en 2012-2013.

2.2. : Améliorer le taux de participation des hommes et des femmes au dépistage du cancer colorectal avec un objectif de 50 % en 2013.

8 Objectifs opérationnels communs aux 2 objectifs spécifiques :

2.1.1. : Développer des actions ciblées pour réduire les inégalités dans les taux de participation : inégalités territoriales, culturelles, socioéconomiques ou liées à l'âge.

2.1.2. : Cibler les zones de "sous dépistage" afin de mener des politiques locales plus efficaces (contrats locaux de santé).

2.1.3. : Fidéliser les femmes participant au dépistage du cancer du sein.

2.1.4. : Relayer les campagnes de communication à l'aide des supports nationaux.

2.1.5. : Développer la communication de proximité en lien avec les différents régimes d'assurance maladie.

2.1.6. : Améliorer l'accès aux cabinets de radiologie.

2.1.7. : Prendre en compte les populations particulières comme les personnes en établissement (PH), les populations précaires, (mise en œuvre de la mesure 14 du plan qui prévoit de lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages).

2.1.8. Mettre en place le dépistage dans les UCSA de Montbéliard, Vesoul, Lure, et Belfort.

Objectif n°3 : Améliorer la détection précoce des cancers.

3.1. : Développer les coopérations et liens entre les structures régionales : ADECA, registre des tumeurs, IRFC, Oncolie...

3.2. : Confirmer le rôle primordial des médecins traitants pour le repérage des risques et les propositions de dépistage organisé ou individuel.

1 objectif opérationnel commun aux 2 objectifs spécifiques :

3.1.1. : Inscrire le développement des liens entre le volet "prévention" et le volet "soins" dans la stratégie d'action de l'institut régional fédératif du cancer.

Objectif n°4 : Développer les actions de prévention en diminuant les expositions à certains facteurs de risque.

4.1. : Poursuivre la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

4.2. : Promouvoir une activité physique régulière et une alimentation saine.

4.3. : Améliorer la prévention des cancers liés à l'environnement.

4.3.1. : Améliorer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV.

4.3.2. : Sensibiliser/former les professionnels et le public sur la qualité de l'air intérieur.

4.4. : Améliorer la prévention des cancers d'origine infectieuse : Vaccinations HPV et hépatite B, prévention hépatite C.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- ADECA.
- IRFC.
- Réseau Oncologie.
- Ligue contre le cancer.
- URPS.
- Caisses d'assurance maladie : Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Mutualité sociale agricole (MSA) et Régime social indépendant (RSI).
- Mutualité Française de Franche-Comté
- Collectivités territoriales.
- Conseil général de Haute-Saône.
- Maisons d'arrêt /Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA).
- Association ASFODER (association des dermatologues de la région).
- Santé scolaire et universitaire.
- Santé au travail.
- Associations de promotion de la santé et de prévention.

4.2. Programmes

- Programme régional de gestion du risque (PRGDR).
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
- Relais des opérations de communication nationale.
- Actions ciblées localement (notamment dans le cadre des contrats locaux de santé).

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Coopération et partenariat avec les médecins libéraux.
- Coopération dans le cadre des maisons pôles et centres de santé (inscription dans leur projet).
- Implication des réseaux.

5.1.2. Offre médico-sociale

- Les établissements médicosociaux accueillant des personnes handicapées.
- Les structures d'aide aux personnes en situation de vulnérabilité ou précarité.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Partenariat avec les collectivités territoriales
- Partenariat avec les organismes d'assurance maladie et la Mutualité Française de Franche-Comté
- Contrats locaux de santé pour des actions ciblées de dépistage
- Convention avec les 3 champs de l'enseignement

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Indicateurs de suivi possibles :

- Suivi des indicateurs de résultat dans le cadre de la convention de financement avec l'ADECA, en particulier taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal.
- Suivi des indicateurs du CPOM.
- Suivi des indicateurs du Projet d'agence.

Fiche SRP

Education thérapeutique du patient

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.6	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Médecine, AVC et TC, IRC, Santé des détenus
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables

1. Contexte législatif et réglementaire

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- Article 84 de la loi HPST
- Décret 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP).
 - Décret 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP.
 - Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande d'autorisation.
 - Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Existence d'un programme régional d'ETP depuis 2003, avec de nombreuses actions mises en place notamment dans le domaine de :</p> <ul style="list-style-type: none">la formation : développement de la formation régionale en ETP de niveaux 1 et 2.l'organisation de l'offre : en hospitalier (Unité transversale en éducation thérapeutique : UTEP), dans les réseaux, et en ambulatoire (maisons, pôles et centre de santé). Notre région est l'une des mieux pourvues en programmes ambulatoires. <p>Mise en place de la procédure d'autorisation des programmes d'ETP (arrêtés et décrets du 2 août 2010) : 75 programmes reçus pour la 1ère et la 2ème vagues (6 autorisations refusées).</p> <p>Mise en place en 2011 du module 2 des nouveaux modes de rémunérations : financement de forfaits ETP dans le cadre de 8 maisons pôles et centre de santé. Conventions signées en 02/2011 et crédits qui se substituent aux crédits Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS).</p>	<p>Déséquilibre persistant entre les programmes et actions en milieu hospitalier et en milieu ambulatoire. L'effort est à poursuivre ainsi que la coordination ville-hôpital est à améliorer.</p> <p>Conseil et accompagnement insuffisants des projets et des promoteurs en ambulatoire.</p> <p>Evaluation et suivi des programmes à développer.</p> <p>Cartographie à établir pour cibler les besoins territoriaux non satisfaits.</p> <p>Insuffisance des outils de coordination et de communication (DMP, dossier d'éducation).</p>

Actions déjà engagées

Formation :

Depuis 2002 : organisation de formations multiprofessionnelles en ETP (niveau OMS 1) par le réseau Gentiane (diabétologie). 424 PS (133 généralistes) formés, à majorité ambulatoire.

Depuis 2004 : module éducation thérapeutique dans le cadre de l'université d'été.

Mise en place d'une formation multi professionnelle et multi disciplinaire de premier niveau par la Fédération des Réseaux en lien avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) depuis 2005 (financement FIQCS), formation très appréciée.

Mise en place d'une formation de deuxième niveau avec création d'un Diplôme Universitaire (DU) en éducation thérapeutique (depuis 2007): destinée aux professionnels qui ont la responsabilité de la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique.

Organisation de l'offre :

Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) : le principe de base du SROS 3 était de mettre en place une structure transversale hospitalière, multi professionnelle, et multidisciplinaire par territoire de santé. 4 UTEP ont été créées en Franche-Comté.

Plan régional de santé publique (PRSP) : Inscription de l'ETP dans l'objectif 4.1 "Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades chroniques par le biais de l'éducation thérapeutique ":

Mettre en place des formations de 1er niveau en ETP pour des soignants éducateurs

Favoriser le développement de l'offre en ETP

Favoriser la participation des malades chroniques et de leurs associations au processus d'ETP

Financement d'une formation spécifique pour les associations de patients

Mobilisation des différentes enveloppes régionales :

FIQCS :

Financement de l'ETP dans les réseaux : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (REPOP), hémophilie, mucoviscidose, Réseau ville hôpital hépatite C (REVHOC), Réseau d'allergologie de Franche Comté (RAFT), Réseau Gentiane (diabétique de type 2), Réseau insuffisance cardiaque, réseau Dysépi...

Financement de formations des professionnels de santé, plateforme ETP dans le cadre de l'Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA)

En ville : financement en 2008 d'un projet d'ETP dans le cadre des maisons médicales pluri disciplinaires : projet s'appuyant sur les infirmières diplômées d'état qui travaillent sur plusieurs sites complété en 2009 par des diététiciennes, psychologues et éducateurs médico-sportifs

FNPEIS :

2008 :

Centre de santé Léon Blum : programme ETP du diabète et de l'asthme.

Association inter université économie: programme ETP pour des insuffisants cardiaques.

2009 :

UTEP de Lons pour insuffisants cardiaques.

Association française pour l'éducation conductive (AFPEC) : ETP pour insuffisants cardiaques.

Action pour les diabétiques au centre de santé Léon Blum.

Fédération des maisons de santé comtoises (FEMASAC) : projet d'ETP de soins de premiers recours pour l'asthme, le diabète, les pathologies cardio-vasculaires avec une diététicienne, une psychologue, un éducateur médico-sportif.

2010 :

AFPEC : Insuffisants cardiaques : programme ETP par une infirmière libérale à l'hôpital

UTEP de Lons le Saunier : insuffisants cardiaques en ambulatoire.

Crédits FNPEISA (MSA) :

Collaboration avec la Mutualité sociale agricole (MSA) qui met en œuvre des actions en lien avec la FEMASAC

Expérimentation par la MSA de Franche-Comté en 2004-2005 étendue à l'ensemble du territoire : séances d'ETP pour des patients en Affections de longue durée (ALD) pour hypertension, insuffisance cardiaques et/ou insuffisance coronarienne.



Actions déjà engagées

Groupement régional de santé publique (GRSP) : financement de différentes actions entre 2007 et 2010 notamment d'actions mises en œuvre par le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) notamment (permanence d'accueil au CHU, formation de patients à l'ETP)

Autres actions récentes :

Hôpital local de Baume les Dames : action inscrite dans le projet d'établissement pour éduquer les patients diabétiques (financement Agence régionale hospitalière (ARH))

Elaboration d'un guide d'aide au développement de l'ETP (REQUA)

Pistes d'orientation

Mettre en place un programme régional spécifique à l'ETP.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Les besoins en ETP de certaines pathologies ou thérapeutiques ont d'ores et déjà été évoqués (fiches SROS ou fiches SRP) : les addictions; la cancérologie, l'IRC, les patients cérébro-lésés, les patients atteints par le VIH ou les hépatites, les maladies rares.

Objectif n°1 : Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie(s) chronique(s).

1.1. : Mettre en place un nouveau programme régional de développement spécifique à l'ETP, dans la continuité de celui de 2003, avec en particulier les axes formation et organisation.

- Pilotage : relancer le comité de pilotage régional
- Formation : poursuivre les formations existantes
- Organisation : rééquilibrer l'offre en faveur de l'ambulatoire en s'appuyant sur les schémas, enveloppes (NMR2 et FIQCS) et outils existants (CPOM, autorisation).

1.2. : Poursuivre la démarche d'autorisation en précisant nos priorités régionales.

1.3. : Expérimenter des nouveaux outils.

- Expérimenter une plateforme régionale ressource en ETP à dominante ambulatoire, (Dimensions formation, conseil, accompagnement, éducation).
- Expérimenter des programmes plus généralistes en soins de 1er recours (patients poly pathologiques, patients IRC)
- Expérimenter des programmes ciblés sur des populations spécifiques : détenus

1.4. : Cartographier, suivre et évaluer les programmes autorisés.

1.5. : Développer le travail en transversal au sein de l'ARS (dimensions organisation et financement).

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Etablissements de santé.
- Réseaux de santé.
- Professionnels libéraux, maisons, pôles et centres de santé.
- Associations de patients (CISS)
- Financeurs (Assurance Maladie, Mutualité...)

4.2. Programmes

- Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR).
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
- Programme de télémédecine.
- Programme régional spécifique à l'ETP.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Etablissements de santé.
- Réseaux de santé.
- Les professionnels libéraux notamment dans le cadre des maisons, pôles et centres de santé.
Outils : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec réseaux, établissements de santé, maisons, pôles et centres de santé et autorisations délivrées par l'ARS (loi Hôpital patient santé territoire HPST).

5.1.2. Offre médico-sociale

- Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)
- Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour l'ETP volet addictions.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Santé au travail (problématique des lombalgies par exemple). Cette thématique a été retenue avec les troubles musculo-squelettiques (TMS) par le groupe ad hoc du Plan stratégique régional de santé (PSRS).

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Fiche SRP

Environnement – Santé

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.1	Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	
SROMS	

1. Contexte législatif et réglementaire

- Le Plan National Santé environnement 1 (PNSE1) décliné en Franche-Comté par le Plan Régional Santé Environnement 2006-2008.
- Le PNSE 2 2009-2013.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Eau potable : Un des objectifs du Plan National Santé environnement 1 (PNSE1) décliné en Franche comté par le Plan Régional Santé Environnement 2006-2008 visait la protection de l'ensemble des captages en 2010. Le PNSE 2 2009-2013 maintient cette priorité.</p> <p>Risques sanitaires liés aux légionelles : Un des objectifs du Plan National Santé environnement 1 (PNSE1) décliné en Franche comté par le Plan Régional Santé Environnement 2006-2008 visait la diminution du nombre de cas de légionelloses. Le PNSE 2 2009-2013 maintient cette priorité.</p> <p>Habitat indigne : La lutte contre l'habitat indigne est une priorité absolue de l'Etat (rappel par le premier ministre dans une lettre circulaire du 22 février 2008).</p>	<p>Eau potable : En Franche-Comté, les situations de non-conformité de l'eau potable sont plus fréquentes qu'au niveau national. Pourcentage de la population alimentée par une eau conforme en 2008 : 93 % par rapport aux paramètres microbiologiques (France : 96 %) 87 % pour les pesticides (France : 93 %)</p> <p>Spécificités franc-comtoises qui peuvent être à l'origine de situations de non-conformité de l'eau potable : réseau karstique sur les ¾ du territoire, système vulnérable aux pollutions qui diffusent rapidement et largement. Unités de distribution (UDi) de petite taille (peu de moyens humains et financiers) : 72 % des UDi desservent moins de 500 habitants (60 % au niveau national). Nombre important de captages entraînant un retard dans la mise en place des périmètres de protection. 36.2% des captages étaient protégés fin 2009 (57 % en France) soit 68,5 % de la population alimentée par une eau protégée.</p> <p>Risques sanitaires liés aux légionelles : La région se distingue par une sur incidence du taux de légionellose depuis 5 ans comme l'ensemble du Grand Est. Pour la période 2004-2008, le taux d'incidence s'élève à 3,7/100 000 (2,2/100 000 au niveau national). En 2010, le taux annuel standardisé d'incidence en Franche-Comté est le plus élevé de France et s'élève à 6,2/100 000 (niveau national : 2,4/100 000 habitants).</p> <p>Habitat indigne : En France : 600 000 logements occupés à titre de résidence principale et relevant du parc privé, sont indignes. De nombreuses pathologies sont provoquées ou accentuées par des désordres liés à l'habitat : saturnisme, maladies respiratoires (asthmes, allergies), maladies infectieuses, accidents domestiques... En Franche-Comté, la situation de l'habitat</p>



Forces	Faiblesses
<p>Qualité de l'air intérieur dont le risque lié au radon : L'amélioration de la qualité de l'air intérieur et la protection des populations sensibles constitue une priorité du PNSE 2.</p> <p>Nuisances sonores : La réduction des expositions aux nuisances sonores des populations sensibles, en particulier des jeunes enfants et des adolescents, constitue une priorité nationale fixée par le PNSE 2</p> <p>Prévention des allergies aux pollens et lutte contre l'ambrosie : La prévention des allergies aux pollens et la lutte contre l'ambrosie constituent une des priorités du PNSE 2.</p>	<p>indigne est plus de type diffus que localisé dans des zones bien délimitées. En 2010, 310 dossiers d'habitat dégradé ont été instruits par les 4 commissions départementales de l'habitat et ont donné lieu à la réalisation de 44 enquêtes d'habitat insalubre par le département Santé-environnement de l'ARS. Ces enquêtes ont conduit à classer 14 logements en insalubrité par la prise d'arrêtés.</p> <p>Qualité de l'air intérieur dont le risque lié au radon : La Franche-Comté est une zone à risque radon, gaz radioactif naturel reconnu comme agent cancérigène pulmonaire depuis 1987 par l'OMS. Le radon s'accumule dans les milieux clos (habitations et établissements recevant du public), conduisant à une durée d'exposition importante des populations. La fraction attribuable de cancer du poumon est estimée de 14 % à 27 % en Franche-Comté contre 5 à 12 % en France.</p> <p>Nuisances sonores : Plusieurs études ont montrées que 1 jeune sur 4 a un audiogramme pathologique. Le nombre de consultations ORL par an pour cause de traumatisme auditif est évalué à 1400 au niveau national dont 800 liés à la musique amplifiée. Par ailleurs, le bruit à l'intérieur des bâtiments notamment scolaires impactent le comportement social, les attitudes et les performances intellectuelles des enfants.</p> <p>Prévention des allergies aux pollens et lutte contre l'ambrosie : 15 à 20 % de la population française est allergique aux pollens. Les premiers symptômes de la pollinose sont ceux d'une rhino-conjonctivite, puis peuvent survenir fatigue, problèmes de concentration, absentéisme à l'école ou au travail, asthme; Par ailleurs, il est constaté que l'augmentation des allergies alimentaires est parallèle et certainement liée au développement des allergies respiratoires dues aux pollens des végétaux. Parmi les végétaux allergisants, l'ambrosie est une plante à fort pouvoir allergisant. Une étude en Rhône-Alpes où la plante est fortement présente montre qu'en fonction des zone infestées, 6 à 12 % de la population est allergique à l'ambrosie. Cette plante présente dans le sud de la France colonise peu à peu les régions du Nord et de l'est de la France. L'ambrosie est présente sur tout le territoire franc-comtois et de façon plus importante dans la plaine jurassienne et la région doloise.</p>

Actions déjà engagées

Eau potable :

Dès 2006, élaboration et mise en œuvre dans chaque département d'un plan d'action de protection des captages d'alimentation en eau potable. Entre 2006 et 2009, le taux de protection des captages en Franche-Comté est passé de 29,6 % à 36,2 % soit au total 440 captages protégés sur les 1214.

Evaluation de la contamination par les pesticides des eaux destinées à la consommation humaine et propositions d'actions. Action menée par le Groupe Régional pour l'étude de la Pollution par les Produits Phytosanitaires des eaux et des sols (GREPPES), subvention DRASS.

Programme d'inspection des installations de production et de distribution d'eau potable et des périmètres de protection. Fin 2009, 170 captages ont été inspectés sur la région.

Depuis 2007, actions renforcées en Haute-Saône, pour mobiliser les collectivités territoriales sur la protection de leurs ressources en eau : élaboration d'outils de communication, réunions d'informations des élus, recrutement d'un chargé de mission (par l'association des maires puis par le Conseil général), mise en œuvre de procédures administratives contraignantes.

Risques sanitaires liés aux légionelles :

Depuis 2005, programme d'inspection des établissements de santé.

Fin 2009, 28,8 % des établissements de santé ont été inspectés.

Depuis 2009, programme d'inspection dans les EHPAD.

En 2009, action de diagnostic du risque légionelle dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées, financée par la DRASS. En 2010, poursuite et extension aux 3 autres départements.

Des commissions départementales de l'habitat ont été mises en place dans chaque département : ces commissions qui réunissent l'ensemble des acteurs de l'habitat ont pour rôle d'instruire les plaintes.

Actions de prévention de l'asthme et des allergies liées à l'habitat :

Partenariat dès 2006 (protocole de collaboration) entre la DRASS et le réseau d'allergologie de Franche-Comté (RAFT) pour l'intervention d'un conseiller médical en environnement intérieur (CMEI) dans certaines enquêtes d'habitat dégradé menées par les services santé environnement.

Actions pour réduire l'exposition des populations au radon :

En 2007, campagne d'information sur les risques liés au radon dans le territoire de Belfort (plaquette d'information distribuée à 20 000 foyers, actions médiatiques, réunions d'information, propositions d'analyses).

En 2008, étude d'évaluation des risques sanitaires liés au radon en Franche-Comté menée par la CIRE et la DRASS (échantillonnage de 500 logements, pour des mesures, questionnaire d'évaluation des facteurs de risque, estimation de l'impact sanitaire par le nombre de cas de cancer du poumon attribuables au radon). L'étude a montré une fraction attribuable au radon de cancer du poumon comprise entre 14 et 27%.

Contrôle des établissements recevant du public, qui doivent obligatoirement réaliser des mesures de radon.

Actions de prévention des expositions aux nuisances sonores et aux traumatismes auditifs liés à l'écoute de musique amplifiée :

Festival de musique les Eurockéennes à Belfort : financement annuel par les crédits de prévention de bouchons d'oreille distribués sur le site par la mutualité 90

Depuis 2009, spectacle pédagogique de prévention des risques auditifs (Peace and lobe) :

Action portée par l'association "Rezo Parleur, musiques actuelles en Franche-Comté" et financée pour partie par les crédits prévention et la Mutualité de Franche Comté : 16 spectacles dans les 4 salles de musiques actuelles (la poudrière, le moulin de Brainans, le moulin de Pontcey, le cylindre) devant des classes de la 4ème à la terminale.

Financement de diagnostics acoustiques dans les locaux accueillant des jeunes enfants dans les départements du Territoire de Belfort et de la Haute-Saône : (182 salles de 34 Etablissements ont été diagnostiquées. Montant engagé : environ 45 000€ sur 4 ans)

Contrôle de discothèques par le département santé-environnement.

Actions déjà engagées

Actions de prévention concernant les expositions aux polluants de l'air extérieur :

Développement du réseau de surveillance et d'information du public sur les pollens en lien avec l'association de surveillance de la qualité de l'air en Franche-Comté (ATMO).

Réalisation d'une étude d'impact sanitaire de la pollution de l'air dans l'agglomération de Besançon en 2006.

Mise en œuvre dans le Jura d'actions de sensibilisation du public sur les risques liés à l'ambrosie et sur les méthodes de limitation de prolifération de la plante : arrêté préfectoral pris en 2008, diffusion de plaquettes d'information, développement des partenariats avec les acteurs notamment le conservatoire botanique de Franche-Comté. (action financée par le GRSP en 2009).

Pistes d'orientation

Dans le cadre de la déclinaison du PNSE 2, les objectifs stratégiques et opérationnels en santé environnement dans le domaine de la prévention, vont être fixés par le Plan Régional Santé Environnement n°2 (PRSE 2).

Ce plan en cours d'élaboration co-piloté par le préfet de Région et l'ARS, devrait être arrêté en septembre 2011, il couvrira la période 2011-2015.

3 orientations :

Réduire les risques sanitaires liés aux usages de l'eau.

Réduire les expositions aux polluants en milieu clos à fort impact sur la santé.

Réduire les expositions aux polluants de l'air extérieur à fort impact sur la santé.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n° 1 : Réduire les risques sanitaires liés aux usages de l'eau.

- 1.1. : Améliorer la qualité de l'eau potable.
 - 1.1.1. : Améliorer la qualité bactériologique de l'eau du robinet en formant les exploitants d'eau potable à la désinfection de l'eau.
 - 1.1.2. : Protéger les captages d'eau contre les pollutions ponctuelles et accidentelles (en mettant en œuvre des actions contraignantes envers les collectivités et en amplifiant les contrôles des périmètres de protection).
- 1.2. : Prévenir l'exposition aux légionelles.
 - 1.2.1. : Réduire les expositions aux légionelles dans les établissements sanitaires et médicosociaux.
 - 1.2.2. : Améliorer l'investigation des cas de légionellose par la création d'un système d'information géographique (lien avec VAGUSAN)

Objectif n° 2 : Réduire les expositions aux polluants en milieu clos à fort impact sur la santé.

- 2.1. : Réduire les risques sanitaires liés à la qualité de l'habitat et de l'air intérieur.
 - 2.1.1. : Améliorer le diagnostic environnemental de l'habitat à risque pour la santé.
 - 2.1.2. : Sensibiliser/former les professionnels, le public et les gestionnaires d'établissements recevant du public (collectivités territoriales et services de l'Etat) sur la qualité de l'air intérieur et certains risques environnementaux (bruit...) liés au bâti.
 - 2.1.3. : Améliorer l'acoustique des locaux accueillants des enfants.

Objectif n° 3 : Réduire les expositions aux polluants de l'air extérieur à fort impact sur la santé.

- 3.1. : Réduire les expositions aux pollens et aux polluants chimiques.
 - 3.1.1. : Améliorer l'information du public et des populations sensibles sur les pollens et les pics de pollution atmosphérique.
 - 3.1.2. : Renforcer les actions de lutte contre la prolifération de l'ambroisie.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

Pour l'objectif spécifique 1.1 :

- Services de l'Etat.
- Gestionnaires des installations de production et de distribution d'eau potable.
- Agence de l'eau Rhône Méditerranée.
- Associations (Association des collectivités comtoises pour la maîtrise des déchets et de l'environnement (ASCOMADE), Association des maires de France (AMF)...).
- Hydrogéologues agréés.
- Collectivités territoriales.

Pour l'objectif spécifique 1.2 :

- Services de l'état (Direction régionale de l'environnement, de l'Aménagement et du Logement : DREAL).
- Établissements sanitaires et médicosociaux.

Pour l'objectif spécifique 2.1 :

- Services de l'état.
- Collectivités territoriales.
- Associations.



- Association de surveillance de la qualité de l'air en Franche-Comté (ATMO-FC).
- Réseau d'allergologie de Franche-Comté (RAFT).
- Certaines actions pourraient, être portées par les collectivités dans le cadre des CLS.

Pour l'objectif spécifique 3.1 :

- Services de l'état.
- Collectivités territoriales.
- Associations.
- Association de surveillance de la qualité de l'air en Franche-Comté (ATMO-FC).
- Réseau d'allergologie de Franche-Comté (RAFT).
- Certaines actions pourraient être portées par les collectivités dans le cadre des CLS.

4.2. Programmes

- PRSE 2 2011-2015

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Etablissements sanitaires (CPOM).

5.1.2. Offre médico-sociale

- Etablissements médicosociaux (conventions tripartites).

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Services de l'état.
- Collectivités territoriales (CLS).

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

L'évaluation sera celle prévue dans le cadre de l'élaboration du PRSE2.



Fiche SRP

Maladies chroniques

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 2 Objectif 2.6	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare.
Priorité 3 Objectif 3.1	Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Médecine, AVC et TC, Insuffisance rénale chronique, Ambulatoire.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables

1. Contexte législatif et réglementaire

Le champ des maladies chroniques est vaste, il comprend :

- des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, les maladies ostéo-articulaires, le cancer, le diabète, la sclérose en plaques, les atteintes aiguës du système nerveux à l'origine de cérébro-lésions (accidents vasculaires cérébraux (AVC) et traumatismes crâniens ou (TC),
- des maladies rares,
- des maladies infectieuses persistantes comme l'infection à Virus immunodéficitaire humain (VIH) ou l'hépatite C,
- des troubles mentaux de longue durée.

Le cancer, les maladies infectieuses persistantes et les troubles mentaux sont traités par ailleurs.

Les plans et programmes nationaux :

- le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, avec 4 axes :
 - o Axe 1 : mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer ;
 - o Axe 2 : élargir la médecine de soins à la prévention (4 objectifs : intégrer à la formation médicale l'Education thérapeutique du patient (ETP), rémunérer l'activité d'ETP à l'hôpital et en ville, mettre des outils d'ETP à disposition des médecins traitants, reconnaître de nouveaux acteurs de prévention.) ;
 - o Axe 3 : faciliter la vie quotidienne des malades ;
 - o Axe 4 : mieux connaître les besoins.
- le premier plan maladies rares (2005-2008), dont le but était d'assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge ;
- Le 2^{ème} plan maladies rares (2011-2014) qui se fixe 3 grandes objectifs : améliorer la qualité de la prise en charge du patient, développer la recherche sur les maladies rares et amplifier les coopérations européennes et internationales.)

2. Diagnostic régional

Approche quantitative

20 % des français sont touchés par une maladie chronique. La moitié d'entre eux, plus sévèrement atteints, dispose d'une prise en charge en affection de longue durée.

En Franche-Comté, en 2009, le nombre de personnes en Affections longue durée (ALD) pour le régime général est de 234 000 avec un nombre de nouvelles admissions de 17 600.

80 % des Affections longue durée (ALD) concernent quatre types d'affections (régime général) :

- affections cardio-vasculaires (32 % des admissions en 2009, avec un âge moyen d'admission de 66 ans pour les hommes et de 71 ans pour les femmes, 65 000 personnes) ;
- tumeurs (25 % des admissions avec un âge moyen d'admission de 65 ans pour les hommes et de 62 ans pour les femmes, prévalence de 48 000 personnes) ;
- diabète (18 % des admissions en 2009 avec un âge moyen d'admission pour le diabète de type 2 de 62 ans, prévalence de 40 000 personnes) ;
- psychoses (7 % des admissions en 2009 avec un âge moyen de 57 ans pour les hommes et de 61 ans pour les femmes, prévalence de 21 000 personnes).

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en France.

Approche territoriale

Le taux comparatif d'admission en ALD est plus faible en Franche-Comté qu'en France pour ces quatre premières ALD, quel que soit le département.

Parmi les départements francs-comtois, il est plus élevé dans le Doubs et en Haute-Saône pour les maladies cardio-vasculaires et dans le Doubs pour le diabète.

Forces	Faiblesses
<p>Une dynamique régionale depuis 2003 sur le sujet de l'éducation thérapeutique du patient.</p> <p>Existence d'un groupe régional de travail autour de l'éducation thérapeutique du patient qui a rédigé des recommandations (voir fiche ETP).</p> <p>Implication forte du régime agricole Mutualité sociale agricole (MSA) et Association éducation santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT) dans la prévention des maladies chroniques.</p> <p>Existence depuis le 15 juin 2006 du Collectif inter associatif sur la santé de Franche-Comté (CISS-FC), acteur important de la santé.</p>	<p>En France :</p> <ul style="list-style-type: none">20% des français sont touchés par une maladie chronique.La moitié d'entre eux dispose d'une prise en charge en ALD. <p>En Franche-Comté :</p> <ul style="list-style-type: none">234 000 personnes sont en ALD (données du régime général uniquement). <p>Le nombre de nouvelles admissions était de 17 600 en 2009 avec :</p> <ul style="list-style-type: none">32% pour des affections cardio-vasculaires25% pour des tumeurs18% pour du diabète7% pour psychose <p>Spécificités par département :</p> <ul style="list-style-type: none">Doubs et Haute-Saône : maladies cardio-vasculaire plus importantesDoubs : diabète plus important <p>Il n'existe pas de dispositif de dépistage des maladies chroniques, mis à part le dépistage organisé de certains cancers et de certaines maladies infectieuses persistantes.</p> <p>Les personnes en situation de vulnérabilité entrent généralement tardivement dans un dispositif de prise en charge d'une maladie chronique.</p>

Actions déjà engagées

Trois actions ont été menées par le CISS-FC :

- permanence d'accueil en établissements hospitaliers (convention pluriannuelle)
- formation de représentants des associations de patients à l'éducation thérapeutique
- amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique

D'autres actions ont également été engagées pour prévenir l'apparition de certaines maladies chroniques en agissant sur certains de leurs déterminants :

- nutrition
- consommation de tabac, d'alcool, de substances illicites.

Le dispositif d'éducation thérapeutique dispose de crédits spécifiques autres (traité par ailleurs).

Pistes d'orientation

Du fait de l'hétérogénéité des causes des maladies chroniques, leur prévention primaire est également hétérogène.

Cependant quelques déterminants sont prépondérants :

- nutrition (en particulier l'activité physique) traitée par ailleurs
- addictions (tabac, alcool), traitées par ailleurs.



Pistes d'orientation

Le dépistage des pathologies chroniques (hors cancer et maladies infectieuses persistantes) ne fait pas actuellement l'objet de dispositif particulier .

La prévention tertiaire, en particulier la prévention des complications des maladies chroniques est représentée par l'éducation thérapeutique (traitée par ailleurs) et par un des axes du plan pour l'amélioration de la qualité de vie : faciliter la vie quotidienne des malades (développer un accompagnement personnalisé, permettre aux aidants de pratiquer certains gestes techniques, étendre aux malades chroniques les missions du correspondant handicap dans l'entreprise, augmenter les possibilités de prise en charge à domicile et en appartement de coordination thérapeutique, aider les parents atteints à s'occuper de leurs enfants, faire accéder les personnes atteintes aux prestations liées aux handicaps).

Il est par ailleurs constaté que les personnes en situation de précarité entrent très tard dans la prise en charge d'une maladie chronique.

Les objectifs définis par le sous-groupe de travail "maladies chroniques" du domaine "maladies chroniques" pour l'élaboration du Plan stratégique régional de santé (PSRS) et ayant un lien avec la prévention sont les suivants :

Renforcer la prévention primaire, secondaire ou tertiaire

Promouvoir l'activité physique

Mettre en place des actions permettant un accès aux soins plus équitable pour tous les citoyens de la région

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Renforcer la prévention des maladies chroniques.

1.1. : Réduire les facteurs de risques des maladies chroniques.

1.1.1. : Rapprocher l'offre alimentaire et l'offre d'activité physique des repères du Plan national nutrition santé (PNNS) dans différents lieux de vie dont le milieu du travail. (cf. fiche nutrition)

1.1.2. : Inciter les francs-comtois à augmenter leur activité physique (cf. fiche nutrition)

1.1.3. : Renforcer les informations de prévention des maladies infectieuses chroniques, VIH, hépatites, tuberculose (cf. fiche maladies infectieuses)

1.2. : Renforcer le dépistage précoce des maladies chroniques, en particulier par la promotion des bonnes pratiques de dépistage auprès des professionnels de santé.

1.2.1. : S'inscrire, au sein du plan AVC, dans la prévention des AVC, notamment le dépistage et le traitement de l'Hypertension artérielle (HTA).

1.2.2. : Poursuivre le dépistage systématique des insuffisances rénales chroniques par les laboratoires d'analyse médicale de la région (calcul de l'indice de Cockcroft).

Objectif n°2 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare en particulier des personnes en situation de vulnérabilité ou précarité.

2.1. : Définir les besoins en ETP, tant en termes de pathologies ou de thérapeutiques à prendre en charge qu'en termes de secteurs géographiques à couvrir et de répartition de l'offre entre établissements de santé et ambulatoire. (CF fiche SROS médecine et fiche SRP ETP)

2.2. : Prendre en compte les contraintes socio-économiques spécifiques des personnes en situation de vulnérabilité ou précarité, en particulier dans le cadre de l'éducation nutritionnelle.

2.3. : Sensibiliser les professionnels de santé sur les associations/ structures en lien avec la précarité.

2.4. : Soutenir et valoriser le rôle des aidants non-professionnels en matière de prévention.

2.5. : Renforcer le soutien psycho-social des patients atteints de maladie chronique ou rare, via les associations de patients.

2.6. : Favoriser le maintien à domicile et créer des places d'ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique).

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Etablissements de santé.
- Réseaux de santé thématiques.
- Associations de prévention et promotion de la santé.
- Associations de patients.
- Protection maternelle et infantile (PMI).
- Santé scolaire et universitaire.
- Collectif inter associatif sur la santé (CISS).

4.2. Programmes

- Programme régional de gestion des risques (PRGDR).
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
- Programme d'Education Thérapeutique du Patient.
- Programme de télémédecine.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Les établissements de santé.
- Les réseaux.
- La médecine libérale en particulier les maisons de santé, pôles et centres de santé.

5.1.2. Offre médico-sociale

- Les établissements médico-sociaux dont les Appartements de coordination thérapeutique.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Collectivités territoriales en particulier les PMI.
- Santé scolaire et santé universitaire.
- Organismes d'assurance maladie.
- La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Fiche SRP

Maladies infectieuses dont maladies à prévention vaccinale

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 1 Objectif 1.3	Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination.
Priorité 2 Objectif 2.6	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare.
Priorité 3 Objectif 3.1	Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Médecine,
SROMS	Personnes vulnérables,.

1. Contexte législatif et réglementaire

- Programme national de lutte contre le Virus immunodéficitaire humain (VIH) / SIDA et les Infections sexuellement transmissibles (IST).
- Plan national de lutte contre les hépatites B et C.
- Programme de lutte contre la tuberculose en France.
- Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France.
- Plan national de prévention et de lutte "pandémie grippale".

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>VIH Epidémiologie : Un taux annuel de découvertes de séropositivité par million d'habitants en 2009, plus faible qu'au niveau national (Franche-Comté : 40 versus France 103) plus particulièrement en Haute-Saône et dans le Jura. Un pourcentage plus faible de découvertes de séropositivité au stade sida (Franche-Comté: 13,5%, France : 19 %). Une proportion plus importante d'infections récentes (< 6 mois) parmi les découvertes de séropositivité.</p> <p>Prévention primaire Existence d'associations spécifiques (AIDES dans le Doubs et le Territoire de Belfort) et Sida Solidarité 39 dans le Jura.</p> <p>Coordination par le Comité de coordination de lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH) depuis 2007 : des acteurs de prévention de la prise en charge des expositions au risque VIH</p> <p>Dépistage Une couverture territoriale satisfaisante par 6 Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) VIH et hépatites : en 2008, hors prison, 5 897 dépistages dont 9 positifs.</p> <p>Prise en charge Coordination par le COREVIH, de la prise en charge des patients VIH+ essentiellement dans 3 établissements de santé (Centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon, Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard et Centre hospitalier intercommunal de Haute-Saône) avec une file active de 664 patients en 2009.</p> <p>Programme d'Education thérapeutique du patient (ETP) du CHU validé</p>	<p>VIH Epidémiologie : 192 découvertes de séropositivité en Franche-Comté entre 2003 et 2009, domiciliées principalement dans le Doubs (126).</p> <p>Deux populations particulièrement touchées en Franche-Comté : Hommes homosexuels (Homme ayant des relations sexuelles avec un homme : HSH) : en 2008-2009, 62 % des découvertes de séropositivité en Franche-Comté vs 38% en France Femmes originaires d'Afrique subsaharienne, représentant 14 % des découvertes de séropositivité entre 2003 et 2009 (23 % en France).</p> <p>Prévention primaire Absence d'association spécifique en Haute-Saône. Difficultés à mettre en place des actions auprès des femmes migrantes.</p> <p>Dépistage Un faible taux global de dépistage : 5,6 pour cent habitants en Franche-Comté, 7,7 en France en 2009.</p> <p>Prise en charge Trop souvent effectuée à l'hôpital par manque de médecins relais en ville.</p> <p>Programme d'éducation thérapeutique du CHBM non validé Pas de programme d'éducation thérapeutique validé au CHIHS</p>



Forces	Faiblesses
<p>Soutien des personnes atteintes Implication de Sida Solidarité 39, d'AIDES et du COREVIH.</p> <p>Hépatites</p> <p>Epidémiologie Un registre des nouveaux cas d'hépatites depuis 1995 dans le Doubs, Avec un nombre moyen de nouveaux cas annuels de 188 pour le virus de l'hépatite C (VHC) et de 83 pour le virus de l'hépatite B (VHB).</p> <p>Prévention Existence d'une association régionale spécifique : SOS hépatites</p> <p>Obligation de déclarer les activités de tatouage et piercing depuis 2008 avec une formation de base.</p> <p>Dépistage Une couverture territoriale satisfaisante par 6 CDAG (VIH et hépatites) : en 2008, 4 453 dépistages du VHB dont 10 positifs et 2 615 dépistages du VHC dont 15 positifs.</p> <p>Prise en charge Existence d'un réseau : le Réseau ville/hôpital hépatite C (REVHOC) suivant 686 patients (VHC et VHB) principalement dans le Doubs (71%) et qui assure également des actions de prévention. Existence d'un centre de référence au CHU</p> <p>Infections sexuellement transmissibles (IST) La Franche-Comté ne fait pas partie des régions les plus touchées par les IST. Les principales IST dépistées en Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) en 2008 sont les chlamydioses (70 cas), les infections à Papillomavirus humain (HPV) (23), celles à mycoplasmes (13), la syphilis (7) et les gonococcies (5).</p> <p>La couverture régionale par 5 CIDDIST (Besançon, Montbéliard, Lons, Vesoul et Belfort) est satisfaisante.</p> <p>Tuberculose Un taux faible de cas déclarés en Franche-Comté en 2008 (pour 100 000 habitants) : 5,9 vs 9 en France Particulièrement dans le Jura : 2,7 et dans le Doubs 5,9 Cependant le nombre de cas déclarés dans le Jura a fortement augmenté entre 2008 (7) et 2009 (17).</p>	<p>Diminution du financement du dispositif d'aide à domicile auprès des personnes atteintes.</p> <p>Hépatites</p> <p>Epidémiologie La prévalence du VHB est importante dans le nord est de la France 1,12% en 2004. 10% des usagers de drogues sont VHC+ (action Vax'up du REVHOC). Seuls 46,7 % des usagers de drogues sont vaccinés contre le VHB (enquête REVHOC 2007). Prévalence élevée de VHC chez les détenus.</p> <p>Faible nombre de programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints par le VHC.</p> <p>Infections sexuellement transmissibles</p> <p>La CDAG du CH de Dole n'est pas habilitée CIDDIST.</p> <p>Tuberculose Des taux plus élevés (en 2008) : Dans le Territoire de Belfort (7,7) En Haute-Saône (8,4) mais avec une diminution en 2009 à 4,6;</p> <p>Quatre populations particulièrement touchées au niveau national : les adultes jeunes nés à l'étranger les personnes sans domicile fixe ou en grande précarité</p>



Forces	Faiblesses
<p>Maladies à prévention vaccinale</p> <p>Un taux satisfaisant de vaccination Diphtérie tétanos coqueluche poliomyélite (DTCP) à 24 mois de 99 % (enquête Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) 2005.)</p> <p>Programme pilote de promotion de la vaccination en Franche-Comté</p> <p>A l'initiative de l'Assurance maladie depuis 2003.</p> <p>Avec de multiples partenaires : Etat, Mutualité française, Conseils Généraux, professionnels de santé libéraux, médecine du travail ...</p> <p>Avec un évènement phare : l'organisation de la semaine de la vaccination.</p> <p>De multiples aspects de ce programme ont ensuite été repris au niveau national.</p> <p>L'évaluation montre une progression sensible du nombre de vaccins vendus au cours des deux mois suivants.</p> <p>La mise en œuvre de ce programme a été poursuivie par l'Agence régionale de santé (ARS).</p>	<p>les personnes de 60 ans et plus les détenus</p> <p>Difficultés rencontrées pour les enquêtes autour des cas dans certains départements. Faible nombre de pneumologues dans ces départements.</p> <p>Absence de coordination régionale.</p> <p>Maladies à prévention vaccinale</p> <p>Activités disparates des centres de vaccination gratuite de la région.</p> <p>Des taux insuffisants de vaccination (inférieurs à 95 %) en Franche-Comté, notamment pour :</p> <p>Rougeole-Oreillons-Rubéole :</p> <p>A 24 mois (une dose) variables selon les départements (PMI) :</p> <p>Doubs (2007) : 89,1% Jura (2005) : 80,1% Haute-Saône (2007) : 94,8% Territoire de Belfort 2007) : 87,5% Collégiens et lycéens francs-comtois (enquête infirmières de santé scolaire fin 2010) : 90% des élèves de 6° ont reçus une dose et 82% deux doses; 75% des élèves de 2° et CAP ont reçu une dose et 68% deux doses.</p> <p>DTP :</p> <p>Diminution de la couverture vaccinale avec l'âge, de 83% à 19 ans à 76% à 69 ans % (URCAM 2005)</p> <p>Coqueluche :</p> <p>Couverture par 2° rappel très insuffisant pour les 14 ans % (URCAM 2005)</p> <p>Grippe saisonnière</p> <p>Au niveau national en 2007-2008 étaient vaccinés : 63,9% des plus de 65 ans et 48,4% des moins de 65 ans en affection exonérante (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés : CNAMTS)</p> <p>En 2004-2005, étaient vaccinés : 66% des médecins généralistes et 38% des personnels de maison de retraite (Etat de santé population en France 2009-2010).</p>

Thématique maladies infectieuses dans le cadre de la "recentralisation" :

- Lutte contre les infections sexuellement transmissibles.
- Lutte contre la tuberculose.
- Vaccinations.
 - Doubs : le Conseil Général n'a pas signé de convention avec l'Etat.
 - Jura : le Conseil Général a signé une convention pour la lutte contre la tuberculose et les vaccinations.
 - Haute-Saône : le Conseil Général a signé une convention pour ces trois champs.
 - Territoire de Belfort : le Conseil Général a signé une convention pour ces trois champs.



Actions déjà engagées

VIH

Actions d'informations des élèves dans le cadre de la convention de partenariat : programme d'éducation à la sexualité.

Actions de sensibilisation de AIDES, de Sida Solidarité 39 et dans le cadre de la journée mondiale du sida.

Actions de "AIDES" auprès des hommes homosexuels (lieux de rencontres ...).

Actions de "AIDES" auprès des femmes prostituées, des femmes étrangères et des populations précaires.

Action commune de "AIDES" et de la CDAG de Besançon sur le dépistage et l'accueil des hommes homosexuels (dans le cadre du COREVIH).

Programmes d'éducation thérapeutique au CHU et au Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard.

Actions de "AIDES" et de Sida Solidarité 39 de soutien aux personnes atteintes et à leur entourage.

Hépatites

Information et sensibilisation par SOS hépatites et le REVHOC.

Actions de prévention tatouage piercing (REVHOC).

Actions de formation des professionnels de santé par le REVHOC et SOS hépatites

Actions de dépistage et de prise en charge (consultations avancées) des usagers de drogues REVHOC-Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Actions de soutien aux patients par SOS hépatites.

Infections sexuellement transmissibles

Habilitation de CIDDIST (centre d'information, de dépistage et de diagnostic des IST), quand le conseil général n'a pas signé de convention :

Deux dans le Doubs : Association d'hygiène sociale (AHS) Franche-Comté

Un dans le Jura : Centre hospitalier de Lons

Tuberculose

Habilitation de Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) quand le conseil général n'a pas signé de convention :

Pour le Doubs : habilitation de l'AHS Franche-Comté

Maladies à prévention vaccinale :

Surveillance des maladies à prévention vaccinale et prévention des épidémies notamment rougeole.

Dans le cadre du programme de promotion de la vaccination :

Organisation de la semaine de la vaccination en Franche-Comté (septembre puis avril) avec chaque année :

auprès des professionnels de santé libéraux : envois de courriers d'information, visites de sensibilisation auprès des médecins et pharmaciens par les délégués de l'assurance maladie, organisation de formations,

campagnes de communication média, élaboration et diffusion de supports écrits (affiches, brochures, argumentaires),

réalisation de l'exposition planète vaccination en 2006, campagnes de vaccination contre la grippe.

Centres de vaccination (CV) :

Les conseils généraux du Jura, de Haute-Saône et du Territoire de Belfort ont signé une convention avec l'Etat.

Dans le Doubs, deux CV sont habilités :

- Ville de Besançon
- Ville de Montbéliard (en 2009)

Pistes d'orientation

VIH

Renforcer les actions de prévention auprès des populations les plus à risques pour le VIH
Réduire le nombre d'infection à VIH dépistées à un stade tardif
Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes en particulier des personnes précaires (insertion, logement, soutien social ...)

Hépatites

Diminuer les risques de transmission du VHB et du VHC
Promouvoir la vaccination contre le VHB auprès des médecins et des personnes les plus à risques
Renforcer le dépistage en lien avec les professionnels de santé de proximité, les CDAG et Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF).
Améliorer le parcours de soin des usagers de drogue ayant une hépatite chronique
Diffuser le processus d'éducation thérapeutique à l'ensemble des patients atteints par le VHC (établissements de santé et secteur libéral).
Renforcer les actions de soutien aux patients afin de renforcer leur observance.

Infections sexuellement transmissibles

Promouvoir la prévention et le dépistage des IST en lien avec les actions VIH et hépatites et en partenariat avec les professionnels de santé de proximité, les conseils généraux, CIDDIST, CPEF.
Optimiser le dispositif CDAG-CIDDIST.

Tuberculose

Renforcer le dépistage actif des cas dans les populations les plus à risques en lien avec les CLAT, les conseils généraux, les professionnels de santé de proximité et les structures sociales
Réduire les risques de transmission en améliorant le dispositif des enquêtes autour d'un cas.
Organiser un pilotage régional de la lutte contre la tuberculose
Redéfinir les conventions avec les Conseils Généraux et la convention d'habilitation avec l'AHS-Franche-Comté.

Maladies à prévention vaccinale :

Améliorer le taux de couverture vaccinale de la population franc-comtoise (vaccins obligatoires et recommandés).

Poursuivre la mise en œuvre du programme de promotion de la vaccination
Renforcer la promotion des vaccinations en particulier celles contre la grippe, la coqueluche et la rougeole

Renforcer l'action des dispositifs de vaccination gratuite (centres de vaccination, PMI, médecine du travail ...) en lien notamment avec les collectivités territoriales dans le cadre d'une coordination régionale.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

En matière de VIH : 3 objectifs généraux

Objectif n°1 : Diminuer l'incidence de l'infection à VIH.

1.1. : Renforcer les actions de prévention auprès des populations les plus à risques pour le VIH.

1.1.1. : Agir auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

1.1.2. : Agir auprès des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne et des personnes originaires d'Europe de l'Est.

Objectif n°2 : Réduire le nombre d'infection à VIH dépistées à un stade tardif.

2.1. : Renforcer le dépistage auprès des populations les plus à risques pour le VIH.

2.1.1. : Favoriser l'utilisation des TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) pour un dépistage de proximité.

2.1.2. : Renforcer l'action des CDAG auprès de ces publics.

2.2. : promouvoir le dépistage auprès de la population générale adulte.

2.2.1. : Inciter les médecins traitants à proposer le dépistage du VIH en population générale lors d'un recours au soin, pour les personnes n'ayant pas été dépistées (en lien avec le COREVIH).

Objectif n°3 : Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes par le VIH en particulier des personnes en situation de vulnérabilité ou précarité.

3.1. : Renforcer leur soutien social.

3.1.1. : Soutenir l'action de soutien social des associations de patients et des établissements de santé avec coordination du COREVIH

3.2. : Renforcer l'éducation thérapeutique des personnes atteintes.

3.2.1. : Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique dans les établissements de santé (CHU, CHBM, CHIHS)

3.2.2. : Développer des programmes d'éducation thérapeutique avec les professionnels de santé de proximité

3.3. : Favoriser le maintien à domicile et créer des places d'ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique).

3.3.1. : Définir la place des programmes d'aide à domicile pour les patients atteints par le VIH/sida en Franche-Comté

3.3.2. : Créer 5 places d'ACT (maladies chroniques sévères) en 2011-2012 et évaluer l'existence de besoins complémentaires, à partir de 2012 (en lien avec SROS et SROMS)

En matière d'Hépatites : 3 objectifs généraux

Objectif n°4 : Diminuer l'incidence des hépatites B et C.

4.1. : Diminuer les risques de transmission du VHB et du VHC.

4.1.1. : Réduire les risques des usagers de drogues via les CAARUD et les informer.

4.1.2. : Réduire les risques des activités de tatouage et piercing et informer les professionnels.

4.1.3. : Prévenir les risques d'exposition au sang pour les personnels de santé.

4.2. : Promouvoir la vaccination contre le VHB auprès des médecins et des personnes les plus à risques.

En lien avec les objectifs "vaccination"

Objectif n°5 : Diminuer le nombre de personnes ne connaissant pas leur séropositivité.

- 5.1. : Renforcer le dépistage auprès des personnes les plus à risque d'hépatites B et C.
 - 5.1.1. : Renforcer le dépistage des hépatites dans les CSAPA et CAARUD en lien avec les CDAG.
 - 5.1.2. : Développer l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays de moyenne et forte endémie.

Objectif n°6 : Améliorer la qualité de vie et de prise en charge des malades chroniques VHC+ et VHB+.

- 6.1. : Améliorer le parcours de soin des usagers de drogue ayant une hépatite chronique.
 - 6.1.1. : Renforcer les consultations avancées d'hépatologie en CSAPA et CAARUD.
- 6.2. : Diffuser le processus d'éducation thérapeutique à l'ensemble des patients atteints par le VHC (en établissement de santé et en libéral).
- 6.3. : Renforcer les actions de soutien aux patients afin de renforcer leur observance.
 - 6.3.1. : Encourager les associations d'usagers à apporter un soutien social à leurs adhérents.

En matière de prévention, dépistage et prise en charge des IST : 1 objectif général

Objectif n°7 : Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des IST.

- 7.1. : Promouvoir la prévention et le dépistage des IST en lien avec les actions VIH et Hépatite B.
 - 7.1.1. : Promouvoir le dépistage de l'infection à chlamydiae dans les publics à forte prévalence (en CDAG-CIDDIST ou CPEF)
- 7.2. : Optimiser le dispositif CDAG-CIDDIST.
 - 7.2.1. : Réorganiser le dispositif CDAG-CIDDIST et l'articuler avec les autres structures effectuant des dépistages.
 - 7.2.2. : Redéfinir les conventions avec les conseils généraux et les conventions d'habilitation avec l'AHS Franche-Comté et le CH de Lons.

En matière de lutte contre la tuberculose : 2 objectifs généraux

Objectif n°8 : Diminuer le risque de transmission de la tuberculose.

- 8.1. : Renforcer le dépistage actif des cas dans les populations les plus à risque.
 - 8.1.1. : Evaluer les besoins en dépistage actif de la tuberculose dans la région.
 - 8.1.2. : Définir, à partir de cette évaluation les populations les plus à risques dans la région (migrants, personnes en situation de grande précarité, personnes détenues).
 - 8.1.3. : Organiser un dispositif de dépistage actif auprès de ces populations.
- 8.2. : Réduire les risques de transmission en améliorant le dispositif des enquêtes autour d'un cas.
 - 8.2.1. : Définir et mettre en œuvre les moyens nécessaires en personnels dédiés, formation et procédures.

Objectif n°9 : Améliorer le fonctionnement du dispositif de dépistage de la tuberculose.

- 9.1. : Organiser un pilotage régional de la lutte contre la tuberculose.
 - 9.1.1. : Développer une harmonisation des pratiques.
 - 9.1.2. : Mutualiser le dispositif et l'expertise.
 - 9.1.3. : Développer les outils de suivi.
 - 9.1.4. : Articuler la lutte contre la tuberculose avec les politiques sociales et les contrats locaux de santé.

9.2. : Améliorer le fonctionnement du dispositif de dépistage de la tuberculose dans chacun des départements de Franche-Comté.

9.2.1. : Redéfinir les conventions avec les conseils généraux et la convention d'habilitation avec l'AHS-Franche-Comté.

En matière de vaccination : 1 objectif général

Objectif n°10 : Améliorer le taux de couverture vaccinale de la population franc-comtoise (vaccins obligatoires et recommandés)

10.1. : Poursuivre la mise en œuvre du programme de promotion de la vaccination.

10.1.1. : Promouvoir l'information sur les vaccinations auprès des professionnels de santé et du grand public, notamment à l'occasion de la semaine de la vaccination pour les enfants, adolescents et adultes.

10.1.2. : Organiser un pilotage régional de la politique vaccinale avec un groupe de travail représentant l'ensemble des partenaires impliqués.

10.2. : Renforcer la promotion des vaccinations en particulier celles contre la grippe, la coqueluche et la rougeole.

10.2.1. : Agir auprès des médecins traitants et du travail et des personnels des EHPAD pour la vaccination grippale.

10.2.2. : Agir auprès des professionnels de santé et de ceux en charge de la petite enfance pour la vaccination coqueluche.

10.2.3 : Surveiller et améliorer la couverture vaccinale de la rougeole.

10.3. : Renforcer l'action des dispositifs de vaccination gratuite dans le cadre d'une coordination régionale.

10.3.1. : Développer une harmonisation des pratiques.

10.3.2. : Développer les outils de suivi.

10.3.3. : Articuler la politique vaccinale avec les politiques sociales et les contrats locaux de santé.

10.3.4. : Renforcer l'action et développer la couverture géographique des centres de vaccination.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

Pour ce qui concerne le VIH :

- COREVIH.
- Association AIDES.
- Association Sida Solidarité 39.
- Associations de prévention spécifiques ou non.
- Association de soutien des publics spécifiques (homosexuels hommes et femmes d'origine subsaharienne, personnes originaires d'Europe de l'Est).
- CDAG.
- CPEF.
- Professionnels de santé de proximité.
- Travailleurs sociaux (pour le public précaire ou vulnérable.)

Pour ce qui concerne les hépatites :

- Association de patients "SOS hépatites Franche-Comté".
- Associations de prévention spécifiques ou non.
- CDAG.
- CAARUD.
- CSAPA.
- Réseau REVHOC.



- Professionnels de santé de proximité.
- Hépatologues publics ou libéraux.

Pour ce qui concerne les IST :

- Professionnels de santé de proximité.
- CIDDIST.
- CDAG-CIDDIST.
- CPEF.
- Conseils généraux.

Pour ce qui concerne la lutte contre la tuberculose :

- CLAT.
- Conseils généraux.
- Pneumologues publics ou libéraux.
- Professionnels de santé de proximité.
- Structures d'accueil des migrants et des populations particulièrement précaires.
- Santé au travail.
- PMI.

Pour ce qui concerne la vaccination :

- Centres de vaccination.
- Conseils généraux.
- PMI.
- Assurance maladie, tous régimes.
- Mutualités.
- Associations de prévention spécifiques ou non.
- Professionnels de santé de proximité.
- Etablissements de santé.
- EHPAD.
- Établissements pour personnes handicapées.
- Villes.
- Santé scolaire.
- Santé universitaire.
- Santé au travail.

4.2. Programmes

- PRAPS.
- PPRGDR.
- Programme spécifique de lutte contre la tuberculose.
- Programme spécifique "Semaine de la Vaccination".

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Etablissements de santé.
- Réseau REVHOC.
- COREVIH.
- Consultations avancées d'hépatologie en CSAPA et CAARUD.

5.1.2. Offre médico-sociale

- CSAPA et CAARUD : actions de prévention dans le domaine du VIH et des hépatites.
- Appartements de coordination thérapeutique (ACT).
- Promotion de la vaccination antigrippale en EHPAD pour les personnes âgées.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Avec les Conseils généraux
D'une part pour les actions recentralisées (Lutte contre les infections sexuellement transmissibles, lutte contre la tuberculose, vaccinations)
D'autre part pour les missions PMI.
- Avec la Santé scolaire (3 champs de l'enseignement)
- Avec la Santé universitaire
- Avec les organismes d'assurance maladie (dans le cadre de la Gestion des risques ou non).

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Indicateurs de suivi possibles :

Indicateur CPOM ARS 2010-2013 : Taux de vaccination (1^{ère} dose) des enfants de 24 mois pour les vaccins rougeole-oreillons-rubéole.



Fiche SRP

Nutrition

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.2	Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique et développer une prise en charge pluri professionnelle.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Cancer, Médecine, Soins de suite et réadaptation.
SROMS	Personnes âgées. Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

- 1^{er} Programme National Nutrition Santé 2001-2005 (PNNS 1).
- 2^{ème} Programme National Nutrition Santé 2006-2010 (PNNS 2).
- Programme spécifique régional : "*Pour manger mieux et bouger plus en Franche-Comté*" déclinaison franc-comtoise du PNNS 1 puis du PNNS 2.
- Plan national pour l'alimentation 2010.
- Plan alimentation insertion.
- Plan obésité 2010-2013.
- 3^{ème} Programme National Nutrition Santé 2011-2015.
- Programme "Education santé 2011-2015"
- Programme national santé environnement 2009-2013.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Obésité Situation régionale légèrement favorable par rapport à la situation nationale : 11,4 % des enfants franc-comtois de 5-6 ans sont en surpoids ; dont 2,4 % sont obèses (12,1 % dont 3,1 % au niveau national). 43,3 % des adultes sont en surpoids dont 10,5 % d'obèses, sans différence significative avec le niveau national. Il existe des différences territoriales. La prévalence du surpoids chez les enfants de 11 ans est de 20,3 % en Haute-Saône; 18,3 % dans le Jura; 16,3 % dans le Territoire-de-Belfort et de 15,3 % dans le Doubs.</p> <p>Allaitement maternel 75 % des femmes françaises aimeraient nourrir leur bébé pendant au minimum quelques semaines. Acte individuel, l'allaitement s'inscrit dans une dimension culturelle et sociale forte Une situation régionale qui montre un taux d'initiation à l'allaitement maternel de 78% mais un taux d'arrêt de 9% pendant le séjour hospitalier.</p> <p>Dénutrition On estime, en Europe la prévalence de la dénutrition entre 5 et 10 %.</p>	<p>Obésité La situation reste toutefois un problème au regard du nombre de personnes concernées.</p> <p>Les enfants et jeunes issus de familles modestes et/ou au niveau d'éducation le plus faible présentent une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne; il en est de même pour les adultes notamment les femmes appartenant aux catégories sociales les moins favorisées.</p> <p>Allaitement maternel La prévalence de l'allaitement maternel en France est une des plus faibles des pays européens. 56 % des enfants nés en France en 2002 étaient allaités au sortir de la maternité contre plus de 95 % en Finlande, 85 % en Allemagne, 70 % au Royaume-Uni. Sa pratique varie considérablement selon la classe sociale : 80 % des femmes cadres supérieures allaitent contre 46 % d'ouvrières. En Franche-Comté, le taux d'allaitement maternel exclusif est de seulement 43% en maternité et de 35% en néonatalogie.</p> <p>Dénutrition Elle est supérieure dans la population française âgée. C'est dans les établissements de santé que l'on observe le plus de patients dénutris. Dans les établissements de suite et de réadaptation, l'état de dénutrition à l'admission est élevé.</p>



Forces	Faiblesses
<p>Allergies alimentaires Les allergies alimentaires touchent près de 3% de la population générale (au niveau national) avec une prévalence accrue chez les enfants. L'accès à la restauration collective pour ces personnes peut parfois être rendu difficile. En Franche-Comté, le Réseau d'Allergologie (RAFT) dispose d'une diététicienne en capacité de dispenser des conseils. 10 collectivités ont signé la charte « ville active PNNS ».</p>	<p>Allergies alimentaires Peu de structures de restauration collective notamment en milieu scolaire et dans le secteur sanitaire et médico-social proposent des repas permettant un accès aux personnes allergiques alimentaires.</p>

Actions déjà engagées

Depuis 2003, déclinaison régionale du Plan national nutrition santé (PNNS) : " Pour manger mieux et bouger plus en Franche-Comté"

ns selon 5 axes :

Axe 1 : faciliter l'accès des publics prioritaires (enfants/adolescents, personnes en situation de précarité et personnes âgées) et des professionnels en charge de ces publics à une information de qualité labellisée par le PNNS. Coordonnateurs : Instance régionale en éducation et promotion de la santé (IREPS)/Comité d'éducation à la santé (CODES).

maillage des acteurs pour faire connaître les documents PNNS
depuis 2004, 3 formations annuelles à l'attention de professionnels

Axe 2 : cohérence entre l'offre alimentaire et les repères du PNNS

depuis 2004, action régionale proposant la suppression de la collation matinale dans les écoles maternelles;

8 actions de formation des chefs de cuisine relatives aux recommandations nutritionnelles organisées en 2005.

diffusion d'un guide de conseils d'achat

depuis 2007, réflexion orientée vers la notion de circuits alimentaires courts destinés à fournir les restaurations collectives en produits régionaux (partenariat avec Conseil régional, chambres d'agricultures, la Direction régionale de l'agriculture)

formation interdisciplinaire organisée par le Conseil général du Doubs depuis 2007 pour les 48 collèges sur le thème de l'alimentation et l'activité physique des collégiens.

Axe 3 : activité physique

En 2007, mise en place du réseau franc-comtois "sport santé" (pilote par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale)

en 2008 et 2009, 2 formations à l'attention des éducateurs sportifs de la région "sport et obésité de l'enfant", "sport et maladies chroniques"

processus de labellisation des clubs pour l'accueil de patients atteints de maladies chroniques

exposition itinérante à l'attention des collégiens : "manger, bouger, dormir"

Depuis 2009, des initiatives de la Mutualité française Franche-Comté : "*Bouge..., une priorité pour ta santé*" et le soutien des ateliers "*Pass'sport forme*" mis en place par le RePPOP.

Axe 4 : obésité

En 2004, mise en place du réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (RéPPOP Franche-Comté)

Prise en charge optimisée (car pluri professionnelle) des enfants

Formation de différents professionnels de la santé et du social au repérage et à la prise en charge

Dépistage systématique effectif dans la région avec formation du personnel de la santé scolaire et de la PMI en cours

Offre d'éducation thérapeutique collective

Travail en collaboration avec la maison d'enfants de la Beline, et le service de médecine du sport du CHU.

Près de 1400 enfants sont suivis par l'ensemble du réseau.



Actions déjà engagées

Axe 5 : dénutrition

En 2005, une dynamique a été amorcée pour augmenter le nombre de Comités de liaison alimentation nutrition (CLAN)

En 2007, organisation d'un séminaire regroupant 33 établissements de soins

Formations des infirmiers de l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR) de Haute-Saône au repérage et au suivi de la dénutrition chez les personnes âgées visitées.

En 2008 et 2009, 2 modules de formation à l'attention de 200 professionnels de 24 établissements de soins de la région.

Dispositif "Nutriconseil25" proposant aux médecins libéraux de suivre leurs patients dénutris vivant à domicile.

En 2008, étude sur l'état buccodentaire des personnes âgées vivant en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et élaboration de recommandations.

Pistes d'orientations

Concernant la prévention primaire :

Besoins en information et éducation pour la santé dans les domaines de l'obésité : alimentation normale et activité physique minimum pour l'ensemble de la population, de la dénutrition notamment pour les personnes âgées (à domicile et hospitalisées), de l'allaitement pour inciter les femmes qui le souhaitent et le peuvent à allaiter.

Besoins de déploiement des nouvelles obligations nutritionnelles en restauration collective.

Concernant le dépistage :

pour l'obésité de l'enfant, il doit être systématisé par toutes les institutions (Protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire) et les professionnels libéraux.

pour la dénutrition, il doit être systématisé dans les établissements de soins et les établissements médicosociaux (via l'action des CLAN et les différents dispositifs de contractualisation) mais également par les professionnels libéraux pour les personnes âgées vivant à domicile;

Un examen buccodentaire doit être réalisé à l'entrée de la personne en EHPAD afin d'apprécier notamment ses capacités de mastication.

Concernant la prise en charge :

Pour les enfants obèses, extension des propositions d'éducation thérapeutique de type RéPPOP et d'activités physiques adaptées, en lien avec la structure de soins de suite la Beline à Salins-les-Bains.

Pour les adultes obèses, déploiement de programmes d'éducation thérapeutique en ville et dans les centres hospitaliers de la région sous l'égide d'un centre spécialisé.

Principes :

Ces propositions passent par la formation préalable ou concomitante des professionnels intervenant auprès des publics concernés.

Ces propositions devraient être prioritairement destinées aux personnes appartenant aux catégories sociales les plus modestes.

Ces propositions doivent être interfacées de façon à être cohérentes entre elles et offrir aux patients un parcours de soins fluide.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Améliorer l'offre alimentaire et l'offre d'activité physique.

1.1. : Rapprocher l'offre alimentaire et l'activité physique, proposées par certains lieux de vie (établissements scolaires, établissements de soins, dispositifs de garde d'enfants) ou acteurs institutionnels, des repères du PNNS ou des recommandations du PNA.

1.1.1. : Sensibiliser les professionnels des écoles maternelles et primaires et de la petite enfance aux repas intermédiaires (maintien, aménagement ou suppression) et plus généralement à l'alimentation normale de l'enfant.

1.1.2. : Favoriser l'accès à l'offre de restauration collective des établissements scolaires.

1.1.3. : Favoriser l'introduction du bio dans la restauration collective.

1.1.4. : Rapprocher les producteurs du consommateur.

1.2. : Inciter les Francs-Comtois à augmenter leur activité physique.

1.2.1. : Sensibiliser les professeurs d'écoles et les professeurs de collège et lycées à la dimension santé de l'activité physique.

1.2.2. : Inciter les associations et les clubs sportifs à élargir leur offre vers une pratique d'APS non compétitive ou familiale, et une pratique adaptée pour accueillir des personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies rares ou en situation de handicap.

1.3. : Renforcer la cohérence des actions mises en œuvre par les différents acteurs intervenant dans le champ de la nutrition.

1.3.1. : Inciter les principales collectivités territoriales de la région à adhérer à la dynamique "ville ou département actifs du PNNS".

1.3.2. : Inciter les entreprises de plus de 50 salariés de la région à s'engager dans la dynamique "entreprise active du PNNS".

Objectif n°2 : Mieux informer toutes les catégories de consommateurs notamment les catégories à faible niveau d'éducation et/ou vulnérables sur les repères du PNNS dont l'encouragement à l'allaitement.

2.1. : Faciliter l'accès des publics vulnérables (enfants/adolescents, personnes en situation de précarité et personnes âgées) et des professionnels en charge de ces publics à une information nutritionnelle de qualité (PNNS).

2.1.1. : Coordonner l'action d'information et de documentation des acteurs régionaux majeurs (institutionnels et associatifs), vecteurs de messages dans le domaine de l'alimentation.

2.1.2. : Former des professionnels de l'éducatif, du social et du soin à l'éducation nutritionnelle.

2.1.3. : Former les bénévoles des structures caritatives de distribution alimentaire à la promotion d'une alimentation favorable à la santé, plaisante et accessible et vectrice de lien social.

2.1.4. : Sensibiliser les intervenants au domicile des personnes âgées à une alimentation adaptée à leurs besoins.

2.1.5. : Sensibiliser les personnes âgées vivant au domicile, notamment précaires, à une alimentation équilibrée et adaptée à leurs besoins et favoriser / maintenir le désir et le plaisir de bien se nourrir.

2.2. : Promouvoir l'allaitement maternel. (cf fiche SRP périnatalité)

Objectif n°3 : Promouvoir des prises en charge transversales plus efficaces de l'obésité (enfant et adulte) et de la dénutrition notamment chez le sujet âgé (en ville et dans les établissements de santé et médicosociaux).

3.1. : Renforcer le dépistage et la prise en charge multi disciplinaire de l'obésité de l'enfant et de l'adulte.

- 3.1.1. : Former les professionnels de santé au repérage de l'obésité et à un début de prise en charge.
- 3.1.2. : Engager les institutions à intégrer les procédures de dépistage dans leurs protocoles de travail habituel.
- 3.1.3. : Développer l'éducation thérapeutique
- 3.1.4. : Valoriser auprès des soignants les recommandations HAS relatives à la prise en charge de l'obésité.

3.2. : Mieux prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition chez la personne âgée en tenant compte de son état psychique et physique (notamment bucco-dentaire).

- 3.2.1. : Former les professionnels au repérage / dépistage des signes de malnutrition / dénutrition.
- 3.2.2. : Soutenir et promouvoir la mise en place d'actions en réseau permettant de maintenir une alimentation de qualité, soit pour les personnes dépendantes vivant à leur domicile, soit pour les personnes vivant en institution.
- 3.2.3. : Développer les actions des Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) des établissements de santé et inciter à la mise en place de nouveaux CLAN.
- 3.2.4. : Mettre en place un bilan bucco-dentaire pour les personnes âgées vivant dans les EHPAD.

Objectif n°4 : Réduire les risques de maladies chroniques en agissant sur l'alimentation

- 4.1 Améliorer l'accès de la personne allergique alimentaire aux structures de restauration collective
- 4.2 Mettre en place un dispositif de veille documentaire sur la question de l'alimentation/santé/environnement

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

Pour l'obésité :

- Réseau RéPPOP Franche-Comté
- Structure de soins de suite La Beline (Salins les Bains).
- Assurance maladie - régime général via les DAM
- Union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux (URPS ML)
- Service diabétologie-endocrinologie-nutrition-métabolisme du CHRU de Besançon et les établissements de soins de la région porteurs de programmes d'ETP destinés aux adultes obèses ou faisant de la chirurgie bariatrique
- Réseau Sport santé Franche-Comté coordonné par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Franche-Comté/Pôle de compétence.
- Protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire et universitaire
- Contractualisation avec les collectivités territoriales (villes et départements actifs du PNNS, Contrats locaux de santé).
- Pavillon des Sciences de Montbéliard.
- Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF).
- Mutualité Française Franche-Comté
- Associations.

Pour la dénutrition :

- Nutriconseil25/Assad Besançon-Pontarlier pour porter le développement des CLAN dans la région et établir des liens avec la médecine ambulatoire.
- Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF).
- Groupement d'intérêt économique Ingénierie maintien à domicile des personnes âgées (GIE IMPA).
- Contractualisation avec les EHPAD.
- Mutualité Française Franche-Comté
- Mutualité sociale agricole
- Associations.

Pour l'allaitement maternel :

- Réseau périnatalité.
- Maternités.
- PMI.
- Associations.

Pour l'environnement :

- DRAAF
- Collectivités territoriales
- Réseau d'allergologie de Franche-Comté (RAFT)
- Centre permanent d'initiatives pour l'environnement (CPIE)
- IREPS

4.2. Programmes

- Programme: "*Manger bouger en Franche-Comté*" déclinaison franc-comtoise du Plan national nutrition santé (PNNS).
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
- Plan pluriannuel régional de gestion des risques (PPRGDR).
- Programme régional santé environnement 2011-2015.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Etablissements de santé.
- Structures de soins de suite et de réadaptation
- Libéraux.

5.1.2. Offre médico-sociale

- EHPAD.
- Réseau RéPPOP FC, réseau sport santé.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Avec l'assurance maladie.
- Avec les 4 PMI, la santé scolaire, la santé universitaire.
- Avec la DRJSCS.
- Avec la DRAAF.
- Avec la santé au travail.
- Avec les collectivités territoriales.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Indicateurs de suivi possibles :

- Rapports d'activité de chaque opérateur : IREPS, RePPOP, RSS Nutriconseil25, Réseau périnatalité, RAFT, ...
- Compte rendu des collectivités territoriales actives du PNNS
- 2 indicateurs CPOM ARS 2010-2013 :
 - o Prévalence de l'obésité parmi les enfants de grande section de maternelle,
 - o Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants de grande section de maternelle.

Fiche SRP

Périnatalité, éducation à la sexualité, contraception, Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.4	Promouvoir l'information et l'éducation relatives à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité.
Priorité 2	Renforcer la prévention pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte qui exposent au risque de chronicité.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies de l'enfant et de l'adolescent

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Périnatalité.
SROMS	Personnes handicapées. Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

Champ

La périnatalité représente la période située entre 28 semaines de grossesse et le 7^{ème} jour de vie après la naissance (Définition de l'Organisation mondiale de santé (OMS)).

Le plan périnatalité 2005-2007 a élargi cette période qui englobe toute la grossesse, l'accouchement et la néonatalogie (1 mois).

Contexte

- Plan périnatalité : humanité, proximité, sécurité, qualité, 2005-2007.
- Plan d'action allaitement maternel, mai 2010 dans le cadre du Plan national nutrition santé 2 (PNNS), (Pr Turck).
- Circulaire du 4 juillet 2005 : Collaboration médico-psychologique en périnatalité (Dr Molenat).
- Circulaire du 30 mars 2006 : cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
- Circulaire du 6 octobre 2009 : Pratique des Interruptions volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé.
- Circulaire du 21 octobre 2010 : Amélioration de la prévention des grossesses non désirées et prise en charge des IVG.
- Propositions du Haut conseil de la santé publique (HCSP) en termes d'objectifs de santé publique, avril 2010.
- Note de cadrage : mise en œuvre de l'axe périnatalité et petite enfance du Plan stratégique régional de santé (PSRS).

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Le comportement des femmes face à la maternité a changé : la part des naissances chez les femmes de 30 ans ou plus a augmenté (38 % en 1994, 48 % en 2004, 45 % en 2007). A l'inverse, la proportion de mères de 25 à 29 ans diminue, celle des moins de 25 ans reste stable. L'allongement de la durée des études, la vie en couple plus tardive et l'augmentation du taux d'emploi féminin contribuent à cette évolution. (La santé des femmes en France rapport Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques (DREES) juin 2009)</p> <p>Mortalité périnatale et mortalité infantile : Au niveau national, entre 1985 et 2000, la mortalité périnatale a fortement diminué passant de 10,7 à 6,6 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1000 naissances (données France métropolitaine). Après cette longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale est depuis l'année 2000 sur une pente croissante, le changement de réglementation concernant la définition de l'enfant mort-né intervenu en 2011 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002 mais n'explique pas la totalité de cette évolution. Toutefois l'année 2005 enregistre une baisse (la seule en 7 ans) avec un taux à 10,8 pour 1000. La mortinatalité est également en augmentation</p>	<p>Naissances multiples : Le nombre des naissances multiples est en augmentation continue depuis une vingtaine d'années au niveau national comme au niveau régional. Cette évolution s'explique en particulier par l'augmentation des maternités tardives qui donnent plus souvent lieu à des naissances multiples, en lien notamment avec le recours aux techniques d'aide à la procréation. (La santé des femmes en France rapport DREES juin 2009) La part des naissances multiples est passée de 2,4 % en 2004 à 3,2 % en 2007. (Observatoire régional de la santé (ORS), panorama de la santé et de l'autonomie)</p> <p>Mortalité maternelle : (Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison) Alors que la France se situe en tête des pays européen en matière de natalité et de fécondité, elle reste en matière de mortalité maternelle en deçà des meilleurs : Ce constat qui concerne la période 2001-2006 est le fruit d'un travail mené par l'unité de l'Institut national santé recherche médicale (INSERM) 953. Le taux corrigé de mortalité maternelle est estimé entre 8 et 12 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit annuellement en France 70 à 75</p>

Forces	Faiblesses
<p>depuis 2001 et atteint 9,5 pour 1000 en 2006. (DREES, la santé des femmes en France, juin 2009)</p> <p>Au niveau régional, sur la période 2005-2007, la Franche-Comté compte en moyenne 14 600 naissances vivantes et 127 enfants mort-nés chaque année. Elle enregistre sur la même période, 50 décès annuels d'enfants de moins d'un an (dont 32 décès néonataux et 19 post-néonataux).</p> <p>La région présente un taux de mortalité périnatale de 10,2 pour 1000 naissances y compris les mort-nés, taux inférieur à la moyenne nationale (10,6 pour 1000).</p> <p>Le taux régional de mortalité infantile est plus proche du taux national : 3,5 pour 1000 naissances vivantes (3,6 pour 1000 au niveau national). Comme dans l'ensemble des régions françaises, la mortalité infantile baisse régulièrement depuis plusieurs décennies. Dans la région, le taux de mortalité infantile a diminué de 31 % en 10 ans. (ORS, panorama de la santé et de l'autonomie)</p> <p>Interruptions volontaires de grossesse : Rapporté au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans, le taux de recours à l'IVG est plus faible en Franche-Comté qu'en moyenne nationale, il s'élève à 12,2 /1000 en 2007 pour une moyenne nationale à 14,7 /1000. Mais ce taux a progressé en Franche-Comté passant de 9,5 /1000 en 1995, à 11 /1000 en 2001, à 12,6 /1000 en 2006 et à 12,2 /1000 en 2007, (légère diminution / 2006). Cette progression est également notée au niveau national.</p> <p>Le taux de recours à l'IVG chez les mineures est plus faible en Franche-Comté qu'en moyenne nationale, il s'élève à 11,1 /1000 en 2007 pour une moyenne nationale à 12,5 / 1000. Mais, ce taux a progressé en Franche-Comté passant de 9,1 / 1000 en 2001, à 11,6 / 1000 en 2006 et à 11,1 / 1000 en 2007, (légère diminution / 2006). Cette progression est également notée au niveau national.</p> <p>Une étude spécifique régionale concernant les données Statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) et Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) 2007 a permis d'affiner les données. En Franche-Comté, en 2007, les femmes de 21 à 24 ans sont celles qui ont le plus souvent recours à l'IVG (22,07 pour 1000 femmes de 21 à 24 ans) suivies par les femmes de 18 à 20 ans (20,38 pour 1000 femmes de 18 à 20 ans), puis celles âgées de 25 à 49 ans (9,33 IVG pour 1000 femmes de 25 à 49 ans). Ce classement est comparable à celui observé au niveau national avec cependant des taux moins élevés pour ce</p>	<p>femmes qui décèdent de leur grossesse ou de ses suites.</p> <p>L'âge moyen des femmes décédées de mort maternelle est de 33,3 ans pour la période (l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30 ans). La mortalité maternelle est d'autant plus importante que l'âge augmente, le risque de mort maternelle est ainsi 3 fois plus élevé à 35-39 ans qu'à 20-24 ans, 8 fois plus à 40-44 ans et 30 fois plus au-delà de 45 ans.</p> <p>Selon les périodes, telle ou telle région vient se placer comme celle ayant le taux de mortalité maternelle le plus fort ou le plus faible, à 2 exceptions près : l'île de France et les départements d'outre mer qui enregistrent systématiquement des taux supérieurs à la moyenne nationale.</p> <p>En Franche-Comté, les taux sont sur les 2 périodes inférieurs à la moyenne nationale (7,1 sur la période 2001-2003 pour un taux national à 10,4 et 4,6 sur la période 2004-2006 pour un taux national à 8,7 pour 100 000 naissances vivantes.</p> <p>Prématurité en augmentation comme au niveau national : 6,8 % des naissances en 1998 et 7, 2 % en 2003 (dernière enquête disponible)</p> <p>Conditions de vie des femmes : Les femmes vivent plus souvent seules que les hommes : Comparées aux hommes, les femmes vivent plus souvent seules, avec ou sans enfant à charge. En 2006, 18,8 % des ménages sont constitués de femmes seules contre 14,2 % d'hommes seuls. Les femmes seules sont plus nombreuses à vivre sous le seuil de pauvreté : 18 % contre 16 % pour les hommes. Au niveau national, les ménages sont constitués à 19,5 % de femmes seules et à 13,5 % d'hommes seuls.</p> <p>Les familles monoparentales représentent 7,6 % des ménages. Elles sont composées pour 83 % de femmes seules avec enfants.</p> <p>Consommation de substances psycho-actives, notamment de tabac et d'alcool au cours de la grossesse : L'exposition prénatale à l'alcool peut être responsable d'anomalies malformatives et dysmorphiques et de troubles du développement chez l'enfant à naître. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la forme la plus sévère. Ces effets de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître sont en fait très mal connus par les femmes. L'enquête sur le repérage des syndromes d'alcoolisation fœtale à la naissance dans les maternités, conduite par l'Institut national de veille sanitaire (INVS) entre 2006 et 2008 montre que la surveillance épidémiologique de ce syndrome est difficile, son diagnostic sous</p>

Forces	Faiblesses
<p>qui concerne la Franche-Comté. En infra régional, les données sont contrastées d'un département à l'autre :</p> <p>Le département du Territoire de Belfort enregistre à la fois le taux global de recours à l'IVG le plus élevé de la région et les taux les plus élevés pour toutes les tranches d'âges notamment pour les mineures (17,07)</p> <p>Le département du Jura enregistre le taux le plus bas chez les mineures et les taux les plus élevés de la région avec le Territoire de Belfort pour 2 tranches d'âge (18/20 ans, 21/24 ans).</p> <p>La Haute-Saône enregistre le taux global de recours à l'IVG le plus bas de la région et les taux les plus bas de la région pour les 2 tranches d'âges 21 à 24ans et 25 à 49 ans.</p> <p>Le Doubs ne présente pas de particularités par rapport à la moyenne régionale.</p>	<p>estimé, sa recherche même objet de tabous.</p> <p>La consommation de tabac au cours de la grossesse augmente le risque de prématurité et de malformations. La prévention du tabagisme a fait des progrès depuis 1995, mais on observe une inflexion modeste : 25 % des femmes déclaraient avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du 3^{ème} trimestre de leur grossesse, 22 % en 2003. La consommation de tabac varie très nettement selon la catégorie socioprofessionnelle : 4 ouvrières sur 10 fument pendant la grossesse, contre moins d'une femme cadre sur 10. Avant 25 ans les femmes fument davantage pendant leur grossesse (32,2 %) alors que celle de 25-34 ans ont le même comportement que leurs aînées à l'égard du tabac (19,4 % et 20,3 %).</p> <p>L'accompagnement des parents déficients intellectuels pendant la période périnatale n'est pas suffisamment coordonné et structuré, (évaluation des situations par les professionnels, orientation de la famille, prise en charge).</p>

Actions déjà engagées

Actions "Périnatalité"

Réseau périnatalité de Franche-Comté (RPFC)

Organisation du travail en réseau avec établissements de soins, Protection maternelle et infantile (PMI), libéraux...

Promotion de l'entretien prénatal précoce

Organisation des transferts in utero et néonataux

Organisation du suivi du nouveau né vulnérable

Formations pluri disciplinaires et interinstitutionnelles (addictions, allaitement, entretien prénatal précoce...)

Plans de santé publique 2005-2006-2007, crédits hospitaliers :

Mises aux normes des maternités et services de néonatalogie.

Structuration des transports des mères et nouveau-nés.

Mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce.

Recrutement de psychologues.

Programme de prévention du tabagisme "complicité d'évasion" (2004 à 2006), porté par le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) en Franche-Comté, financé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), dont l'objectif n°3 est de "lutter contre le tabagisme chez la femme enceinte".

Financement d'actions spécifiques à l'attention des femmes enceintes, de journées de formation et de relais de campagnes nationales dans le cadre des crédits GRSP : (2007-2008-2009-2010) :

Financement ANPAA et croix d'or pour des actions à l'attention des femmes enceintes.

Financement en 2009 et 2010 du RPFC et de l'ANPAA, pour des formations interinstitutionnelles et interprofessionnelles sur le thème "grossesse et alcool", en réponse à un appel à projet du référent thématique.

Financement de la journée régionale annuelle de médecine périnatale organisée par le Groupe d'étude en Néonatalogie (GENFC) et le RPFC (Thématiques soins et prévention)

Actions assurance maladie dans le cadre de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009 : offre de service globale dédiée à la maternité

Action d'initiative nationale : "zéro alcool pendant la grossesse" relayée au niveau régional

Action d'initiative nationale : " Maternités sans tabac" relayée au niveau régional



Actions déjà engagées

Actions "Education à la sexualité, Contraception, IVG"

Financement d'interventions en éducation à la sexualité, dans le cadre des crédits du Groupement Régional de santé publique (GRSP).

Programme régional interinstitutionnel d'éducation à la sexualité à l'attention des jeunes en Franche-Comté, initié en 2007, développé depuis 2008, (une formation de formateurs d'intervenants en 2008, puis 15 formations d'intervenants en 2009, 2010 et 2011, interventions auprès des jeunes dans leurs différents lieux de vie)

Point écoute régional IVG contraception mis en place depuis 2000.

Pistes d'orientation

Orientations du domaine stratégique "périnatalité/petite enfance" :

Favoriser l'accès précoce au dépistage et aux soins et réduire les inégalités territoriales.

Soutenir la parentalité

Améliorer l'accompagnement des parents déficients intellectuels pendant la période périnatale par une coordination professionnelle autour de ces situations sur le modèle de la COPA de Besançon (ADAPEI, CG 25, CAMSP) à laquelle pourraient être associés les structures et acteurs de la santé.

Améliorer l'information relative à la sexualité et à la contraception

Améliorer la santé de la femme enceinte et de l'enfant

En lien avec Schéma régional d'organisation des soins (SROS) :

Objectifs "périnatalité"

Pérennisation du réseau périnatalité RPFPC

Proposition systématique d'entretien prénatal précoce à toute femme enceinte (formation de professionnels, temps de sages femmes dédié à cette activité, suivi du nombre d'entretiens sur la région...)

Prévention des addictions (tabac, alcool...) chez la femme enceinte (poursuivre et intensifier la formation des professionnels au repérage et à l'accompagnement des femmes enceintes), en lien avec le plan nutrition.

Structuration et renforcement de la filière de prise en charge psychique et psychiatrique périnatale. (psychologues en centres périnatals, psychiatres référents, structure d'accueil type unité père-mère bébé) : importance dans le cadre de la bien traitante en néonatalogie et petite enfance.

Promotion et soutien de l'allaitement maternel.

Poursuite des soins de développement individualisés ou NIDCAP dans le centre périnatal de niveau 3 et mise en œuvre dans les centres périnatals de niveau 2.

Consolidation du suivi à long terme des prématurés de moins de 33 semaines et des enfants en risque de développer un handicap (articulation et coordination entre établissements de santé, PMI, Centres d'aide médico-sociale précoce (CAMSP), libéraux...)

Dépistage et prise en charge le plus précocement possible des troubles des enfants. (articulation et coordination entre établissements de santé, PMI, santé scolaire, CAMSP, libéraux, Centres médico-psychologiques (CMP), Centres médico-psycho pédagogiques (CMPP) et en lien avec les réseaux RPFPC, DYSEPI, Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (RéPPOP...)

Soutien de l'action des réseaux (RPFPC, DYSEPI, RéPPOP...) qui interviennent dans le repérage, le dépistage et la prise en charge des troubles des enfants.

Orientations "Education à la sexualité, Contraception, IVG"

Promotion de l'information, du conseil et de l'orientation en matière d'éducation à la sexualité, de contraception et d'IVG (en particulier Point écoute régional Contraception-IVG et poursuite du programme régional interinstitutionnel d'éducation à la sexualité à l'attention des jeunes).

Promotion de l'accès à la contraception, y compris contraception d'urgence, en particulier à l'attention des jeunes et des personnes en situation de vulnérabilité/précarité, notamment en centre de planification ou d'éducation familiale.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Promouvoir l'information et l'éducation relatives à la sexualité, à la contraception et à la grossesse et améliorer l'accès à la contraception des personnes mineures ou vulnérables.

1.1. : Développer l'éducation à la sexualité à l'attention de l'ensemble des jeunes de Franche-Comté dans leurs différents lieux de vie.

1.1.1. : Assurer une formation de formateurs d'intervenants au niveau régional.

1.1.2. : Assurer des formations d'intervenants de différentes institutions en lien avec les jeunes.

1.1.3. : Développer des interventions de qualité auprès des jeunes dans leurs différents lieux de vie. (Programme régional interinstitutionnel d'éducation à la sexualité à l'attention des jeunes.)

1.2. : Promouvoir l'information, le conseil, l'orientation et l'accès à la contraception en particulier pour les mineurs et les personnes en situation de vulnérabilité.

1.2.1. : Promouvoir, faire connaître le point écoute régional Sexualité, Contraception, IVG.

1.2.2. : Actualiser le répertoire des structures régionales intervenant dans le domaine de l'éducation à sexualité, de la contraception et des IVG.

1.2.3 : Conforter les professionnels de santé, en particulier les professionnels de santé libéraux dans leur rôle d'information du public et leur faciliter l'accès à des outils pédagogiques.

1.2.4. : Assurer la diffusion auprès des jeunes et des personnes en situation de vulnérabilité du répertoire et des plaquettes d'informations éditées par l'INPES.

1.2.5. : Faciliter l'accès gratuit à la contraception pour les mineurs et personnes en situation de vulnérabilité (consultations, moyens contraceptifs, examens complémentaires).

1.3. : Promouvoir l'information préconceptionnelle auprès de toute femme en âge de procréer, (démarche d'éducation à la santé).

1.3.1. : Apporter en amont de la grossesse, aux femmes en âge de procréer toutes les informations nécessaires au bon déroulement de la grossesse et au bon développement de l'enfant à naître (déterminants de santé, facteurs de risques, vaccinations, alimentation notamment l'importance des folates..), par différentes modalités d'interventions complémentaires (séances d'information collectives ou consultation en santé scolaire et universitaire, auprès de médecins généralistes, auprès de gynécologues obstétriciens, en centres de planification...).

1.3.2. : Promouvoir la consultation préconceptionnelle.

Objectif n°2 : Favoriser le bon déroulement de la grossesse.

2.1. : Identifier les facteurs de risques éventuels et les fragilités psychosociales pour orienter et accompagner la femme enceinte.

2.1.1. : Former les personnels de périnatalité en particulier les sages femmes à l'entretien prénatal précoce.

2.1.2. : Etre en mesure de proposer systématiquement à toute femme enceinte un entretien prénatal précoce.

2.2. : Prévenir les addictions chez la femme enceinte.

2.2.1. : Informer et former les gynécologues obstétriciens, généralistes et sages femmes à la problématique des addictions.

2.2.2. : Informer les femmes en âge de procréer des risques encourus lors de la prise de substances psycho actives.

2.2.3. : Promouvoir l'adhésion des maternités de la région au concept de "Maternité sans tabac".

2.2.4. : Assurer le relais des campagnes nationales (PNNS, zéro alcool....) dans toutes les maternités.

2.2.5. : Informer dans le cadre de la COG assurance maladie "offre de service globale dédiée à la maternité".

2.3. : Structurer et renforcer la filière de prise en charge psychique et psychiatrique périnatale (importance dans le cadre de la bientraitance en néonatalogie et petite enfance).

2.3.1. Assurer un renforcement des moyens (postes de psychologues dans les centres périnataux, psychiatres référents, structures de type unité Père.Mère.Bébé, hospitalisation de jour en psychiatrie périnatale).

2.3.2. Structurer le réseau psychique et psychiatrique périnatal dans le cadre du réseau périnatalité.

2.4 : Coordonner, structurer et renforcer l'accompagnement des parents déficients intellectuels pendant la période périnatale, pour soutenir la parentalité et prévenir précocement l'apparition de troubles ou de retard de développement chez leurs enfants.

2.5. : Assurer la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

2.5.1. : Former des puéricultrices ou sages femmes consultantes en lactation.

2.5.2. : Promouvoir l'allaitement maternel auprès des femmes en respectant leur choix.

Objectif n°3 : Favoriser le développement harmonieux de l'enfant.

3.1. : Développer les soins de développement individualisés ou NIDCAP dans les centres périnataux de niveau 3 ou 2.

3.1.1. : Former le personnel.

3.1.2. : Promouvoir cette prise en charge dans les unités de néonatalogie.

3.2. : Assurer le suivi à long terme des prématurés de moins de 33 semaines et des enfants en risque de développer un handicap.

3.2.1. : Assurer l'articulation et la coordination entre établissement de santé publics et privés, CAMSP, PMI, santé scolaire, CMP, CMPP, libéraux, réseaux (RPFC Dysepi...).

3.2.2. : Soutenir l'action des réseaux qui agissent dans le cadre du suivi de cette population.

3.3. : Dépister précocement les troubles ou pathologies physiques, psychiques ou sensoriels des enfants et faciliter leur prise en charge.

3.3.1. : Assurer l'articulation et la coordination entre établissement de santé publics et privés, CAMSP, PMI, santé scolaire, CMP, CMPP, libéraux, réseaux (RPFC, Dysepi, Réppop...)

3.3.2. : Soutenir l'action des réseaux qui agissent dans le cadre du dépistage et la prise en charge des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensoriels de l'enfant.

Objectif n°4 : Soutenir la parentalité (Cf. fiche petite enfance).

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Les centres périnataux de la région.
- Les libéraux : généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages femmes (notamment en maisons, centres et pôles de santé).
- Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)
- L'Unité Père Mère Bébé de Besançon.
- Le Point écoute régional Sexualité, Contraception, IVG.
- Les réseaux : RPFC (Périnatalité), DysEpi (troubles du langage et épilepsie), RéPPOP Franche-Comté (obésité).
- Les CAMSP, les CMP, les CMPP.
- Les associations :
 - o L'Association Nationale de Prévention en alcoologie et Addictologie (ANPAA) et son réseau de comités (FC-25-39-70-90) au sein de la région.
 - o L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)/pôle de compétence et le réseau des Comité départementaux d'éducation à la santé (CODES).
- La Mutualité sociale agricole (MSA)/l'Association santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT).
- Les organismes de sécurité sociale.
- La Mutualité Française Franche-Comté et son réseau au sein de la région
- Les trois champs de la santé scolaire (Education Nationale, Enseignement Agricole, Enseignement privé)
- La santé universitaire.
- La Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).
- La Direction Interrégionale de la protection Judiciaire de la jeunesse (DIRPJJ) et son réseau au sein de la région.
- Les quatre Conseils Généraux (PMI, y compris les centres de planification ou d'éducation familiale).

4.2. Programmes

- Le programme régional interinstitutionnel d'éducation à la sexualité à l'attention des jeunes.
- Le programme pluriannuel régional de gestion des risques (PPRGDR).
- Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
- Le programme de télémédecine.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Les centres périnatals.
- Les réseaux de santé.
- Les CMP.
- Les libéraux.

5.1.2. Offre médico-sociale

- Les CAMSP.
- LES CMPP.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Avec les 4 Conseils Généraux, la santé scolaire, la santé universitaire, dans le cadre de leurs missions respectives.
- Avec la DRJSCS pour les volets Santé-Jeunesse et Santé-Sports.
- Avec la DIRPJJ
- Avec les organismes de sécurité sociale dans le cadre des COG.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Indicateurs de suivi possibles :

- Indicateurs du programme régional interinstitutionnel d'éducation à la sexualité à l'attention des jeunes.
- Suivi des données en matière de contraception d'urgence.
- Suivi des données IVG.
- Suivi des données concernant les entretiens prénatals précoces.
- Suivi des données SAE et PMSI.
- Suivi des données concernant la prématurité.
- Enquête Elfe nationale.
- Exploitation des données des certificats de santé PMI, santé scolaire, notamment en matière de vaccination.
- Rapports d'activité des réseaux RPFC (Périnatalité), DysEpi (troubles du langage et épilepsie), RéPPOP-FC (obésité).



Fiche SRP

Personnes âgées

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, autisme, personnes handicapées vieillissantes

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Ambulatoire, Médecine, Soins de suite et de réadaptation, Unité de soins de longue durée, HAD.
SROMS	Personnes âgées.

1. Contexte législatif et réglementaire

L'amélioration des conditions de vie et de soins a favorisé l'augmentation de l'espérance de vie. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses mais la Franche-Comté compte proportionnellement une population de plus de 60 ans similaire à celle de la population nationale. Toutefois des actions de prévention adaptées à l'âge et à l'autonomie de la personne devront permettre de retarder ou de freiner l'entrée dans la dépendance d'une part et d'autre part améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Plans et programmes nationaux :

- Plan national "bien vieillir".
- Plan Alzheimer et maladies apparentées.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Une offre de service complète et diversifiée sur la région pour les personnes âgées (structure, services...)</p> <p>Des programmes et actions à destination des personnes âgées, évalués, nombreux et diversifiés pour répondre à leurs besoins quelque soit leur état de santé (de l'autonomie à la plus grande dépendance)...</p> <p>Des actions et dispositifs innovants pour des besoins pas ou mal couverts (Bistrotts aidants, Equipadd, Dispositif sortie d'hospitalisation (SH)...).</p> <p>Des efforts constants pour mutualiser les compétences, les moyens, mieux coordonner et rendre lisible les politiques de maintien à domicile (Groupement d'intérêt économique Ingénierie maintien à domicile des personnes âgées (GIE IMPA) / Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA Franche-Comté)...).</p> <p>Concernant plus spécifiquement les personnes âgées des dispositifs fédérateurs :</p> <p>GIE IMPA - Groupement d'Intérêt Economique "Ingénierie Maintien à Domicile des Personnes Agées" (réunissant Caisse d'assurance retraite et santé au travail (CARSAT Bourgogne-Franche-Comté), Mutualité sociale agricole (MSA Bourgogne et Franche-Comté), Régime social indépendant (RSI Franche-Comté) Ex. Dispositif SH, Bien vieillir à domicile (BVAD), dispositif veuvage...)</p> <p>les déclinaisons des Plans nationaux portées en région :</p> <p>Programme de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA) : déclinaisons d'orientations nationales et initiatives locales</p>	<p>Photographie de la Population de la région¹ :</p> <p>En 2005 = 1 143 000 habitants dont : 21% de plus de 60 ans (20,8% en France)</p> <p>En 2020 = 1 183 000 habitants dont : 27,2% de plus de 60 ans (26,2% en France)</p> <p>Soit une évolution de 6,2 points. Alors qu'au niveau national évolution de 5,4 points.</p> <p>Avec des disparités à l'intérieur des départements. En 2020 :</p> <p>Territoire de Belfort : 24,9% de + de 60 ans</p> <p>Doubs : 25,6% de + de 60 ans</p> <p>Haute-Saône : 29,4% de + de 60 ans</p> <p>Jura : 29,8% de + de 60 ans</p> <p>Equipements¹ :</p> <p>Un taux d'équipement pour PA 2010:</p> <p>Franche-Comté = 107,3 pour 1000 h de + de 75 ans</p> <p>France = 118 pour 1000h de + de 75 ans (en 2008)</p> <p>Actions de prévention et formules de répit</p> <p>Peu de lisibilité dans la région sur la totalité des actions de prévention mise en place du fait de la multitude d'acteurs publics et privés (mais problème global sur toutes les régions).</p> <p>Formules de répit encore peu nombreuses malgré développement accueil de jour et de formules de soutien (cafés des aidants, bistrot aidants, halte-répit Alzheimer...)</p> <p>Formules de répit à imaginer pour le domicile (baluchonnage, accueil de nuit, accueil de jour itinérant...)</p>

¹ Sources : Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté octobre 2010 pages 14 et 70

Forces	Faiblesses
<p>(chute, prévention, nutrition, mémoire, bienveillance à domicile, aide aux aidants, ingénierie...) – meilleure visibilité des actions de prévention sur chaque territoire (maillage) Déclinaison régionale Plan national Alzheimer 2008-2012</p> <p>des Associations d'usagers dynamiques : Franche-Comté Alzheimer, Franche-Comté Parkinson, Aide et Répit Franche-Comté...</p> <p>Les réseaux Réseau Gérontologique Bisontin, Espace Seniors, Confédération de Gérontologie du Territoire de Belfort, Coordination gérontologique du Pays de Montbéliard, réseau Association pour le Développement de la Neuropsychologie Appliquée (ADNA) /RAPIDFR-NAT...</p> <p>Des initiatives spécifiques Institut Régional du Vieillissement (IRV) : animation d'un réseau régional de professionnels, chercheurs, décideurs, dans une démarche pluridisciplinaire transversale (information, développement d'une démarche de prévention...).</p> <p>Pôle Gérontologique Interrégional (PGI) Bourgogne Franche-Comté : fédérer les acteurs publics et privés pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et valoriser la gérontologie en contribuant à l'attractivité du territoire.</p> <p>Initiatives en matière de formation : Master Sociologie "Vieillissement et société", formation pour les aides à domicile en protection de l'autonomie...</p> <p>L'implication de caisses de retraite complémentaires type REUNICA (participation aux actions, soutien financier).</p>	<p>Globalement : manque de lisibilité de l'offre existante et, de ce fait, sous-utilisation ou non utilisation par les usagers des outils et services leur étant destinés...</p>

Actions déjà engagées

Maintien de l'autonomie au travers de programmes et actions diverses (nutrition, chutes, mémoire, santé globale, bilans/consultations, médicaments...)

Bilan bucco-dentaire

Sortie d'hospitalisation

Actions de dépistage (cancers...)

Vaccination (grippe, tétanos...)

Actions ou programmes portés par divers organismes ou institutions :

La CARSAT a un programme d'action sociale pour les assurés dont elle gère les retraites
actions individuelles : aides humaines et matérielles après bilan réalisé au domicile du retraité
actions collectives: échanges avec les autres partenaires de SS dans le cadre de l'attribution de l'Allocation personne âgées (APA)

subventions attribuées à des associations qui œuvrent dans le domaine sanitaire et sociale pour organiser des actions pour répondre aux besoins des retraités en particulier dans le domaine de la prévention de la perte de l'autonomie (personnes âgées GIR5 et 6) personnes handicapées et aidants familiaux

Le GIE IMPA :

Rôle important du GIE IMPA en matière de prévention. Dont tous les régimes de Sécurité sociale font partie.

convention triennale formalisée entre le GIE IMPA et l'ARS (27 septembre 2010) pour co-pilotage du programme PAPA Franche-Comté.

Délégation des actions de prévention en faveur des personnes âgées vers ce GIE. Avec attribution des crédits de prévention.

Le programme PAPA FC :

Mise en place d'une nouvelle organisation en vue d'une mutualisation des moyens, d'un meilleur maillage et coordination en territoire, optimisation des partenariats (coordonnateurs PAPA/Délégués territoriaux ARS...)... pour une offre globale de prévention de qualité adaptée et accessible (garants...).

L'IRV :

Cycle de conférence-débats, de journées à destination du grand public, des aidants de personnes dépendantes et/ou présentant des pathologies spécifiques (prévention dénutrition, maltraitance...)

médiation familiale personnes âgées...

Le PGI :

Enquête besoins et attentes des aidants familiaux...

Association d'usagers :

Conférences-débats, journées de sensibilisation (prévention maltraitance, épuisement aidants...) groupes de parole...

Pistes d'orientation

Stratégie d'accessibilité de l'information pour les professionnels et les usagers à mettre en priorité
Repérage des populations "fragilisées" et ciblage prioritaire des programmes de prévention vers ces populations sur tous leurs lieux de vie

Optimisation des partenariats existants

Meilleur maillage territorial et équité de l'offre de prévention pour les personnes âgées (structuration de la coordination et émergence de personnes relais)

Favoriser la participation des personnes âgées et personnes handicapées aux campagnes de dépistage.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Optimiser et rendre accessible l'offre existante en assurant un meilleur maillage territorial et une équité de l'offre de prévention à destination des personnes âgées (offre de proximité diversifiée et accessible).

- 1.1. : Mieux coordonner l'offre et optimiser les partenariats existants.
 - 1.1.1. : Recenser les acteurs pour clarifier leurs rôles respectifs.
 - 1.1.2. : Renforcer les partenariats avec les divers acteurs de la prévention (IRV, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), PGI Bourgogne Franche-Comté... liens renforcés AM (MSA pour le monde rural, CARSAT, RSI).
 - 1.1.3. : Conforter la restructuration autour d'un seul opérateur de l'offre de service en matière d'action de prévention en direction des personnes âgées.
- 1.2. : Permettre une plus grande lisibilité pour les acteurs de prévention, du soin et du médico-social de l'offre en matière de prévention pour les personnes âgées et les personnes âgées handicapées.
 - 1.2.1. : Elaborer des outils (annuaire) à destination des professionnels de santé et des intervenants du domicile pour faire connaître les acteurs.
 - 1.2.2. : Valoriser les ressources existantes pour répondre aux besoins.

Objectif n° 2 : Proposer, maintenir, développer une offre globale de prévention de qualité et adaptée à l'état de santé et degré de dépendance de la personne âgée pour maintenir ou améliorer la qualité de vie en favorisant le maintien à domicile (prévenir la dépendance et retarder son aggravation) et prévenir la dépression et le suicide.

- 2.1. : Soutenir et développer les actions de suivi et soutien à domicile dans tous les domaines : suivis individualisés nutritionnel, bucco-dentaire, accompagnement aux soins, soutien psychologique, prévention des chutes...
- 2.2. : Mettre en œuvre des actions de prévention spécifiques face à des situations d'urgence ou de rupture (BVAD, dispositif veuvage, DSH... GIE IMPA), mobilisation des autres relais (CG, CLIC...).
- 2.3. : Former le personnel intervenant à domicile au repérage des situations de maltraitance.

Objectif n°3 : Favoriser le maintien ou l'acquisition d'une bonne qualité de vie des Personnes âgées avec une problématique spécifique en adaptant les prises en charge.

- 3.1. : Former les professionnels des établissements et services d'accompagnement à domicile au repérage et à la prise en charge des besoins des personnes handicapées vieillissantes et/ou avec des pathologies particulières (autisme, Alzheimer, parkinson..).
- 3.2. : Proposer des actions de prévention sur les lieux de vie de ces populations (éducation à la santé).
- 3.3. : Développer, soutenir les actions d'éducation à la santé en faveur de ces populations sur les lieux de vie.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Les associations.
- L'IRV.
- Les établissements médico-sociaux.
- Les réseaux.
- Les organismes d'assurance vieillesse : régime obligatoire et complémentaire.
- Le GIE-IMPA. et les organismes de sécurité sociale.
- L'IREPS/Pôle de compétence.
- Les organismes de formation initiale et continue.

4.2. Programmes

- Le PRIAC.
- Le PAPA.
- Le Programme régional de gestion des risques (PRGDR).

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Intégration de la démarche prévention par les acteurs spécialisés du champ sanitaire dans la prise en charge des personnes âgées.

5.1.2. Offre médico-sociale

- Convention à établir ou à consolider entre les différents acteurs pour poser le cadre d'intervention : PAPA FC, GIE IMPA, MSA...
- Prise en compte de la dimension prévention dans les conventions tripartites.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

Partenariat à renforcer en particulier avec :

- les Conseils généraux.
- les Centres communaux d'action sociale (CCAS).

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Fiche SRP

Personnes en situation de handicap

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 2 Objectif 2.1	Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies de l'enfant et de l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, autisme, personnes handicapées vieillissantes

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Soins de suite et de réadaptation.
SROMS	Personnes handicapées.

1. Contexte législatif et réglementaire

L'amélioration des conditions de vie et de soins sont des conditions qui ont favorisé une meilleure prise en charge de nombreux handicaps. La population handicapée a donc évolué : handicap plus lourd, augmentation de l'espérance de vie. Une prise en charge adaptée permettant le maintien en milieu ordinaire ou retardant le plus possible la dépendance des personnes handicapées vieillissantes est le défi des années à venir.

Apporter la plus grande attention à une politique de prévention déclinée dans tous les milieux de vie est l'enjeu du Schéma Régional de Prévention.

Plans et programmes nationaux :

- Plan national bien vieillir.
- Plan en faveur des personnes sourdes et malentendantes 2010-2012.
- Plan handicap visuel 2008-2011.
- Plan autisme.
- Programme MOBIQUAL.
- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Equipement pour personnes handicapées :</p> <p>Un taux d'équipement pour adultes handicapés supérieur au niveau national à savoir :</p> <p>France : 0,66 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans</p> <p>Franche-Comté : 1,08 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans</p> <p>Une région bien dotée en structure de travail protégé.</p> <p>Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) :</p> <p>France : 3,42 places pour 1000 adultes</p> <p>Franche-Comté : 4,05 places pour 1000 adultes de 15 à 49 ans (panorama p73)</p> <p>Accueil en service d'accompagnement à la vie sociale et en services médico-social :</p> <p>Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) :</p> <p>France : 1,05 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans</p> <p>Franche-Comté : 2,16 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (panorama p 74).</p>	<p>Un accompagnement médico-social de type Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD ou Centres médico-psycho pédagogiques (CMPP) est souvent nécessaire parallèlement à la scolarisation. Les délais de prise en charge par ces services sont longs (parfois 2 ans pour les Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAAIS) et Services de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS), 6 mois pour les CMPP)</p> <p>Un manque de structure CMPP est souligné sur Vesoul.</p> <p>Un manque de structures de prises en charge pour autistes de plus de 14 ans et d'adultes est pointé pour l'ensemble de la région.</p> <p>Une insuffisance de formation pour le personnel intervenant à domicile au repérage des signes de maltraitance est notée.</p> <p>la problématique d'embolisation des CAMPS par des suivis "en attente de place de SESSAD "est soulignée.</p> <p>Une pénurie de pédiatre dans les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les services de Protection maternelle et infantile (PMI) est relevée.</p> <p>Une insuffisance de formation et d'information des parents et des aidants est à combler.</p> <p>Les services de prises en charge des personnes handicapées doivent s'adapter au vieillissement de leur population.</p>



Actions déjà engagées

Les actions de prévention mises en place sont destinées à toutes les populations. Toutefois des actions sont probablement organisées à l'attention de ces publics handicapés par nos partenaires et en particulier par les associations mais n'ont pas fait l'objet d'un inventaire particulier.

Pistes d'orientation

Favoriser la participation des personnes handicapées aux campagnes de dépistage : lien avec SROS fiche cancer

Aller sur les lieux de vie en particulier au domicile des personnes handicapées pour développer les actions de prévention et les suivis individualisés (nutrition, accompagnement aux soins, soutien psychologique...)

Organiser l'aide aux aidants (bistrot, groupe de parole...), acteurs indispensables dans la prise en charge à domicile.

Actions en faveur de la prévention de la dénutrition à valoriser.

Permettre aux personnes handicapées d'avoir recours aux soins dentaires (en liaison avec l'Assurance Maladie)

Actions en faveur de l'activité physique adaptée à intensifier

Réflexion en cours sur l'élaboration d'un support méthodologique simple pour des actions d'éducation à la santé sur l'hygiène de vie à destination des enfants et des adolescents.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Promouvoir des programmes de promotion de la santé dans les lieux de vie personnes handicapées.

1.1. : Prendre en compte la dimension prévention dans les établissements.

1.1.1. : Intégrer les programmes de prévention dans les projets d'établissements, services médico-sociaux et foyers de vie.

1.1.2. : Adapter les programmes généraux de prévention (PNNS, éducation à la sexualité, éducation physique) à la population handicapée en fonction du handicap rencontré.

1.2. : Permettre la mise en œuvre d'une politique de prévention à domicile.

1.2.1. : Sensibiliser les familles à la prévention et promotion de la santé à destination de la personne handicapée.

1.2.2. : Former le personnel intervenant à domicile aux problématiques de prévention et de promotion de la santé.

Objectif n° 2 : Repérer précocement les troubles du développement pour mieux agir.

2.1. : Organiser une politique de dépistage en développant les moyens existants.

2.1.1. : Renforcer les missions des CAMPS pour leur permettre d'identifier plus précocement les troubles et suivre les enfants.

2.1.2. : Développer les liens entre les différents acteurs pour dépister précocement (CAMSP, éducation nationale, établissements médico-sociaux, Centre de ressources pour l'autisme (CRA).

2.1.3. : Mutualiser par convention les équipements des établissements pour permettre un dépistage plus rationnel.

2.1.4. : Permettre aux personnes handicapées d'accéder plus facilement aux dépistages organisés (sein, colo-rectal).

2.2. Sensibiliser la population aux différents handicaps pour mieux les gérer.

2.2.1. : Informer les familles sur le développement des enfants pour anticiper le repérage des handicaps (lien avec la périnatalité à renforcer)

2.2.2. : Informer précocement les parents d'enfants handicapés sur le handicap spécifique dont est atteint leur enfant.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Les réseaux.
- Les associations.
- Les établissements médico-sociaux.
- Les établissements de santé.
- Les organismes de sécurité sociale.
- L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)/Pôle de compétence.
- Les organismes de formation initiale et continue.
- Les conseils généraux.
- Mutualité sociale agricole (MSA)/Association santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT).
- Les libéraux en particulier dans le cadre des maisons de santé, pôle et centre de santé.

4.2. Programmes

- PRIAC.
- PAPA.
- PRGDR.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Intégration de la démarche prévention par les acteurs spécialisés du champ sanitaire dans la prise en charge des personnes handicapées.

5.1.2. Offre médico-sanitaire

- Convention à établir entre les différents acteurs pour poser le cadre des coopérations.
- Prise en compte de la dimension prévention dans les conventions avec les établissements et services à domicile.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Partenariat à renforcer avec les conseils généraux.
- Les associations de handicapées.
- CCAS.
- Les organismes de sécurité sociale.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Fiche SRP

Petite enfance de 1 mois à 6 ans

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.3	Renforcer la prévention des maladies infectieuses notamment par la promotion de la vaccination.
Priorité 1 Objectif 1.4	Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception et à la grossesse et à la parentalité.
Priorité 2	Renforcer la prévention et les soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte qui exposent au risque de chronicité.
Priorité 2 Objectif 2.2	Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique et développer une prise en charge pluri professionnelle.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies de l'enfant et de l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 2 Objectif 2.6	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Médecine, Médecine d'urgence, Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale.
SROMS	Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

La petite enfance est délimitée par la période allant de 1 mois de l'enfant à 6 ans.

Plans et programmes nationaux :

- Plan d'élimination de la rougeole et rubéole congénitale en France
- Programme d'action en faveur de la pneumopathie chronique obstructive
- Plan de prévention des accidents de la vie courante
- Plan Autisme 2008-2010
- Plan national de prévention bucco-dentaire
- Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques
- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Population adulte</p> <p>Fécondité dynamique en Franche-Comté : Taux de natalité : 12,7 pour 1000 habitants en 2008 en Franche-Comté. 12,7 pour 1000 habitants en France en 2008 Taux de fécondité : 56,3 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Franche-Comté. 54,1 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2007</p> <p>Les enfants</p> <p>En 2008 : 86877 enfants de moins de 6 ans en Franche-Comté soit 7,5% de la population Part des Naissances multiples en hausse : 2,4 % en 2004 à 3,39 en 2008 en Franche-Comté avec toutefois une diminution en 2009 à 2,63% Prématurité en hausse comme au niveau national : 6,8 % en 1998 et 7,2% en 2003 (dernière enquête disponible)</p> <p>Thématique sensible en Franche-Comté : la vaccination : Franche-Comté région pilote pour la semaine de la vaccination Thématique inscrite dans le programme commun de l'assurance Maladie</p> <p>Les acteurs de la prise en charge</p> <p>Un réseau périnatalité et des réseaux thématiques reconnus (Dysepi, Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (REPOP), addictologie, Gentiane...) 4 Protections maternelles et infantiles (PMI) actives qui travaillent déjà en partenariat avec l'Agence régionale de santé (ARS) Bonne collaboration entre les services de PMI et de santé scolaire (public, privé et agricole) Partenariat bien développé en Franche-Comté entre les PMI et les Caisses d'allocations familiales. Un partenariat développé entre l'ARS et la</p>	<p>Population adulte</p> <p>Familles monoparentales : 7,6 % des ménages dont 83% de femmes seules avec enfant. Taux de chômage des femmes plus important que celui des hommes Méconnaissance de la part des parents des stades de développement de l'enfant Consommation de substances psycho-actives, notamment de tabac et d'alcool au cours de la grossesse : L'exposition prénatale à l'alcool peut être responsable d'anomalies malformatives et dysmorphiques et de troubles du développement chez l'enfant à naître. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la forme la plus sévère. Ces effets de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître sont en fait très mal connus par les femmes. L'enquête sur le repérage des syndromes d'alcoolisation fœtale à la naissance dans les maternités, conduite par l'Institut national de veille sanitaire (INVS) entre 2006 et 2008 montre que la surveillance épidémiologique de ce syndrome est difficile, son diagnostic sous estimé, sa recherche même objet de tabous. la consommation de tabac au cours de la grossesse augmente le risque de prématurité et de handicap. La prévention du tabagisme a fait des progrès depuis 1995, mais on observe une inflexion modeste : 25 % des femmes déclaraient avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du 3^{ème} trimestre de leur grossesse, 22 % en 2003. La consommation de tabac varie très nettement selon la catégorie socioprofessionnelle : 4 ouvrières sur 10 fument pendant la grossesse, contre moins d'une femme cadre sur 10. Avant 25 ans les femmes fument davantage pendant leur grossesse (32,2 %) alors que celle de 25-34 ans ont le même comportement que leurs aînées à l'égard du tabac (19,4 % et 20,3</p>

Forces	Faiblesses
<p>santé scolaire avec la signature de 3 conventions avec le champ de l'enseignement public, le champ de l'enseignement agricole et le champ de l'enseignement privé.</p>	<p>%)</p> <p>Les enfants Repérage trop tardif des troubles du développement psychique ou moteur de l'enfant Taux de couverture du vaccin Rougeole-oreillons-rubéole (ROR) à 24 mois de 87% en 2010 Morcellement des prises en charge de l'enfant Organisation du repérage des pathologies qui exposent au risque de chronicité à développer en milieu scolaire et chez les médecins généralistes pour une meilleure prise en charge</p> <p>Les acteurs de la prise en charge La complexité des structures rend le dispositif peu lisible pour le public et les professionnels. Accueil collectif des enfants d'âge préscolaire : nettement inférieure à la moyenne nationale: 69 places pour 1000 enfants contre 112 au niveau national (moyenne sur 3 dernières années Accueil familial : 765 places pour 826 inscrits Assistante maternelle : 8000 places pour les moins de 6 ans : premier mode de garde. Le nombre d'enfants inscrits auprès des assistantes maternelles est supérieur à la moyenne nationale (190 inscrits pour 1000 enfants contre 68 % en France) Nombreux postes non pourvus dans les EPS : 1-Insuffisance de personnel spécialisé dans certaines disciplines (Electro encéphalogrammes (EEG), Imagerie par résonance magnétique (IRM)...) 2-Dans l'éducation nationale, les examens ne sont pas systématiques à 6 ans en école maternelle faute de médecins au sein des PMI Action précoce des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) insuffisamment développée (prévention, diagnostic et suivi)</p>

Actions déjà engagées

Financement des journées régionales "périnatales " organisées par le Groupe d'étude en Néonatalogie et le réseau périnatalité

Financement de la semaine de la vaccination depuis 2004.

Unité "père-mère-bébé" de Besançon contribue à la cohérence de l'accompagnement médico-psychologique en périnatalité pendant la grossesse et/ou dès la sortie de la maternité et pendant les deux premières années de l'enfant afin de :

- soutenir l'accès à la fonction de mère ou à la fonction de père,
- prévenir l'installation ou soigner les troubles psychopathologiques chez le nourrisson et/ou le jeune enfant,
- prévenir et soigner les troubles du lien parents-enfants,
- prévenir les risques de maltraitance précoce.

Financement sur crédits prévention, FIQCS d'actions dans le cadre au soutien aux associations ou aux réseaux.

Pistes d'orientation

Rendre lisible et concret l'ensemble du dispositif dédié à la prévention et à la prise en charge dans le champ de la petite enfance pour les futurs médecins, les pédiatres, les médecins généraliste et les institutions



Améliorer l'articulation entre les professionnels de structures différentes : PMI, santé scolaire, médecins de ville et établissements de santé pour dépister, prendre en charge et accompagner le plus précocement les enfants ayant des troubles ou pathologies psychiques ou physiques en particulier lorsque le lieu de vie est situé dans une zone blanche et/ou lorsque la famille est en situation de vulnérabilité. (inégalités territoriales et sociales de santé)

Développer les modes de gardes extra-familiales pour les jeunes enfants nés de parents déficients.

Favoriser l'intégration scolaire des enfants ayant une maladie chronique ou un handicap dans le cadre d'un projet d'accueil individualisé et/ou un projet personnalisé de scolarisation

Effectuer, pour les enfants prématurés de 33 semaines, un bilan spécifique relatif aux troubles des apprentissages et de motricité à 5-6 ans en mutualisant un plateau technique existant. (contribution groupe périnatalité du Projet stratégique régional de santé (PSRS))

Sensibiliser les parents sur l'importance de la vaccination

Soutenir l'action des réseaux qui agissent dans le repérage des troubles des enfants (autisme, langage, handicap sensoriel, obésité....)

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Favoriser le développement harmonieux de l'enfant. Priorité 2 du PSRS

1.1. : Assurer le suivi à long terme des prématurés de moins de 33 semaines et des enfants en risque de développer un handicap, (CF fiche périnatalité).

1.1.1. : Assurer l'articulation et la coordination entre établissement de santé publics et privés, CAMSP, PMI, santé scolaire, Centres médico-psychologique (CMP), Centres médico-psycho pédagogique (CMPP), libéraux, réseaux (Réseau périnatalité de Franche-Comté (RPF), Dysepi...)

1.1.2. : Soutenir l'action des réseaux qui agissent dans le cadre du suivi de cette population.

1.1.3. : Effectuer, pour les enfants prématurés de 33 semaines, un bilan spécifique relatif aux troubles des apprentissages et de motricité à 5.6 ans en mutualisant un plateau technique existant (contribution groupe périnatalité du PSRS)

1.2. : Améliorer l'articulation entre les professionnels d'institutions différentes : PMI, santé scolaire, médecins de ville et établissements de santé pour dépister, prendre en charge et accompagner le plus précocement les enfants ayant des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensoriels en particulier lorsque le lieu de vie est situé dans une zone blanche, ou lorsque la famille est en situation de vulnérabilité. (Lien avec fiche handicap).

1.2.1. : Organiser des rencontres thématiques avec les institutions concernées pour échanger sur la fluidité des parcours.

1.2.2. : Soutenir l'action des réseaux qui agissent dans le repérage des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensoriels des enfants (autisme, langage, handicap sensoriel, obésité....)

1.3. : Favoriser l'intégration en milieu ordinaire des enfants ayant des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensoriels ou à risque d'en développer.

1.3.1. : Inciter l'accueil prioritaire en crèche pour les enfants dont les parents présentent une déficience.

1.3.2. : Favoriser l'intégration scolaire des enfants ayant une maladie chronique ou un handicap dans le cadre d'un projet d'accueil individualisé ou d'un projet personnalisé de scolarisation.

Objectif n°2 : Améliorer la formation et l'information des acteurs de la petite enfance.

2.1. : Rendre lisible et concret l'ensemble du dispositif dédié à la prévention et à la prise en charge dans le champ de la petite enfance pour les futurs médecins, les pédiatres, les médecins généralistes et les institutions.

2.1.1. : Organisation des parcours de formation des professionnels avec stages dans les milieux dédiés.

Objectif n°3 : Soutenir la parentalité.

3.1. : Rechercher des vecteurs de transmission des principes de base d'éducation à la santé mais aussi à la parentalité.

3.1.1. : Soutenir le développement sur tout le territoire les unités père-mère-bébé pour une prise en charge globale.

3.1.2. : Soutenir la parentalité de personnes en situation de déficience intellectuelle pour faciliter le développement de leur enfant

3.1.3. : Sensibiliser les parents en particulier au cours des différents entretiens pré, postnatal et examens de l'enfant l'importance de la vaccination.

3.1.4. : Sensibiliser les parents en particulier au cours des différents entretiens pré, postnatal et examens de l'enfant à l'importance d'une alimentation équilibrée.

3.1.5. : Sensibiliser parents et enfants en particulier au cours des différents entretiens pré, postnatal et examens de l'enfant à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Les centres périnataux de la région.
- Le personnel libéral médical et paramédical.
- Les réseaux RPFC, DysEpi (troubles du langage), RéPPOP Franche-Comté.
- Les CAMSP, Les CMP, les CMPP.
- Le Centre de Ressources de l'Autisme (CRA).
- Les Associations nationales de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).
- Les 4 PMI.
- Les 3 champs de la santé scolaire et la santé universitaire.
- L'Instance régionale d'éducation et de promotion à la santé (IREPS)/Pôle de compétence et le réseau des Comités départementaux d'éducation à la santé (CODES).
- Les établissements de santé.
- Les établissements médico-sociaux dédiés à la prise en charge des enfants.
- La Mutualité sociale agricole (MSA)/Association santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT).
- Les organismes de sécurité sociale.
- Les associations.
- La DIRPJJ
- La mutualité française et son réseau

4.2. Programmes

- Le programme régional de gestion des risques (PRGDR).
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
- Programme de télémédecine.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

Dans le champ sanitaire des conventions inter établissements sont à envisager.

5.1.2. Offre médico-sociale

Pour les acteurs du champ médico-social, des collaborations seront nécessaires et devront faire l'objet de protocoles.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Les conventions de partenariat avec l'éducation nationale, l'enseignement agricole et l'enseignement privé devront être renégociées.
- Avec les 4 PMI, des collaborations dans le cadre de groupe de travail pourront permettre d'organiser les échanges.
- L'inscription de certaines actions particulières dans les conventions avec les réseaux seront nécessaires
- Des négociations avec les collectivités pour les places spécifiques d'accueil en crèche sont à envisager.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Fiche SRP

Personnes en situation de précarité/vulnérabilité

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 1	Développer des environnements favorables à la santé de tous.
Priorité 3	Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'usager.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Ambulatoire, Médecine, Missions de service public, Psychiatrie, Périnatalité.
SROMS	Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

De nombreuses études ont mis en évidence les inégalités sociales de santé. Un des enjeux du schéma régional de prévention (SRP), sera donc la définition d'objectifs qui en impactant favorablement les déterminants de santé : environnement physique, environnement social, comportements individuels de santé permettront aux publics, ci-dessous, d'accéder à un meilleur état de santé.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) est un programme qui s'adresse aux plus démunis, programme obligatoire du PRS qui devra prendre en compte les orientations retenues dans le SRP.

En Franche-Comté, il est proposé de prioriser les populations suivantes :

- en milieu urbain : les habitants des quartiers prioritaires : politique de la ville/contrats urbains de cohésion sociale (CUCS)
- en milieu rural : les habitants des zones "blanches", zones où peu, voire aucun porteur de projet n'intervient.
- dans les quartiers et zones précités, une attention particulière devra être portée aux femmes enceintes, aux nourrissons et à leurs familles, aux petits enfants avant la scolarisation et aux jeunes scolarisés.
- les jeunes étudiants en LEP, en CFA et dans les maisons familiales rurales.
- les publics jeunes et adultes inscrits dans un parcours d'insertion socio professionnelle.
- les personnes mal logées, hébergées ou sans logement.
- les gens du voyage : semi-sédentaires et sédentaires.
- les migrants vieillissant en foyer, femmes migrantes nouvellement arrivées sur le territoire.
- les sortants de prison.
- les prostituées.

Revenus

Fin 2008, en Franche-Comté près de 22 % des Franc-comtois âgés de moins de 65 ans vivaient avec un niveau de ressources situé autour du seuil de bas revenus. Près de 40% des ménages allocataires vivaient sous ce seuil. Sans les prestations sociales, 14 % de l'ensemble des ménages CAF auraient basculé dans la pauvreté. De plus, en 2009, 7 % des Francs-comtois âgés de moins de 65 ans vivaient dans un ménage où les revenus du travail ne suffisaient pas à dépasser le seuil de bas revenus. Plus de la moitié des ménages allocataires vivant sous le seuil de bas revenus avaient déclaré être en activité (53, 4%). Dans le contexte de la crise, cette catégorie avait progressé de 25 % en 2009. Au 31 décembre 2008, 28% des demandeurs d'emploi inscrits étaient des chômeurs de longue durée (un an et plus) et parmi eux, 6 % étaient des chômeurs de très longue durée (plus de 3 ans). Entre fin 2007 et fin 2008, la progression du nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quelque soit le temps de travail était de 18 %.

Le Doubs, département le plus jeune, se caractérise par son poids démographique (45% de la population régionale). Ce département concentre 13 des 23 zones urbaines sensibles de la région. La proportion de ménages vivant sous le seuil de pauvreté est de 39,5% (2ème position au niveau régional). Montbéliard enregistre un taux élevé de Rmistes inscrits dans le dispositif depuis 3 ans et plus (50 %). En 2009, au niveau régional, le Doubs enregistrait la plus forte progression des ménages allocataires vivant sous le seuil de bas revenus et ayant déclaré une activité (+ 29 %). L'augmentation des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quelque soit le temps de travail, était très élevée sur la zone d'emploi de Morteau ((+ 40 %).

Le Jura est un département plutôt rural qui se caractérise par une faible densité de population et qui affiche le vieillissement de la population le plus marqué de la région. Les inégalités de revenus y sont moins marquées et, avant 2008, ce département apparaissait relativement préservé sur le plan de la pauvreté. Sa proportion des ménages jurassiens vivant sous le seuil de bas revenus était inférieure à la moyenne régionale (35, 7 %). Toutefois, en 2008, ce département a enregistré la plus forte progression au niveau régional du nombre de ménages allocataires sous le seuil de bas revenus (+ de 14 %). En ce qui concerne le RMI, la proportion des bénéficiaires âgés de 50 ans et plus était une des plus fortes de la région (54, 5 %). Fin 2008, le Jura enregistrait également la hausse la plus importante de la région du nombre de ses demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quelque soit le temps de travail (+ 20 %), la zone d'emploi de Saint-Claude était particulièrement touchée par cette augmentation.

La Haute-Saône est également un territoire rural à faible densité de population qui connaît toutefois une croissance importante de la population depuis 1990, notamment dans les communes du sud du département, à proximité de l'aire urbaine de Besançon. Face à une population relativement âgée, les jeunes de Haute-Saône sont dans une situation difficile et représentent une proportion importante des demandeurs d'emploi immédiatement disponibles. Au 31 décembre 2008, ce département avait une proportion de ménages vivant sous le seuil de bas revenus de 39, 2 %. Le taux de bénéficiaires du RMI inscrits dans ce dispositif depuis 3 ans et plus était de 51 % à Vesoul. La Haute-Saône enregistrait aussi la proportion de la région la plus importante de Rmistes âgés de 50 ans et plus (56, 5 %). Fin 2008, la Haute-Saône était le 2ème département de la région où le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quelque soit le temps de travail, a connu une hausse importante en un an (+ 19 %). La part des chômeurs de longue durée et de très longue durée représentait respectivement plus de 30 % et plus de 8 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi inscrits dans la zone d'emploi de Lure-Luxeuil.

Le Territoire de Belfort est le plus petit département français après ceux de la région parisienne. Fortement urbanisé, ce département qui comprend trois ZUS, dispose d'une population plutôt jeune et d'un parc de logements sociaux particulièrement important. Ce département est fortement touché par la précarité. La proportion de ses ménages vivant sous le seuil de bas revenus est la plus importante de la région (43, 9 %) et il enregistrait également en 2008 la plus importante hausse du nombre de ménages allocataires vivant sous le seuil de bas revenus (+14%). Belfort a un taux élevé de bénéficiaires du RMI entrés dans ce dispositif depuis 3 ans et plus. En 2009, le Territoire de Belfort enregistrait une forte hausse des ménages allocataires vivant sous le seuil de bas revenus et ayant déclaré une activité (+26%).

Pour conclure ce bref aperçu, si en Franche-Comté la pauvreté se concentre dans les zones urbaines, elle s'installe durablement dans les zones rurales.

Aperçu concernant les quartiers prioritaires : Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS)

Doubs

- Besançon : 1 C.U.C.S. portant sur 8 quartiers dont un classé en priorité 1, cinq en priorité 2 et deux en priorité 3.
- Pays de Montbéliard Agglomération: 1 C.U.C.S. décliné en un contrat intercommunal + 7 contrats (Pays de Montbéliard Agglomération (PMA) regroupe 29 communes, 7 communes bénéficient d'un contrat). 11 quartiers sont concernés donc 5 classés en priorité 1, quatre en priorité 2 et deux en priorité 3.
- Pontarlier : 1 C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 3.

Jura

- Lons-le-Saunier : un C.U.C.S. portant sur deux quartiers contigus classés en priorité 2.
- Dole : un C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 1.
- Saint Claude : un C.U.C.S. portant sur deux quartiers classés en priorité 2.
- Morez : un C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 2.

Haute-Saône

- Vesoul : un C.U.C.S. portant sur trois quartiers dont deux en priorité 3 et un en priorité 2
- Gray : un C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 3.
- Héricourt : un C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 2
- Lure : un C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 3.
- Luxeuil : un C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 3.
- St Loup/Semouse : un C.U.C.S. portant sur un quartier classé en priorité 3.

Territoire de Belfort

- Belfort/Offemont : un C.U.C.S. portant sur trois quartiers dont deux classés en priorité 1 et un en priorité 2.

Dans la plupart des CUCS précités, des actions santé sont conduites soit dans le cadre d'un ASV (Atelier Santé Ville) (Belfort, Vesoul, Besançon), soit indépendamment d'un ASV. Les villes de Pontarlier, Morez et St Loup/Semouse n'avaient quant à elles pas développé de volet santé spécifique dans le cadre d'un CUCS.

Aperçu concernant les publics mal logés, hébergés ou sans domicile :

Au 15 décembre 2008, la Franche-Comté accueillait 1299 personnes dont 411 enfants accompagnés d'au moins un adulte (places permanentes des structures pour adultes et pour familles). Le Doubs se plaçait très nettement à la 1^{ère} position, arrivaient en seconde et 3^{ème} position le Jura et la Haute-Saône, en dernière position, le Territoire de Belfort.

53 dispositifs d'Accueil hébergement insertion (AHI) sont répartis sur le territoire régional. Les personnes présentes dans les dispositifs étaient des adultes pour 70 % et des mineurs pour 30 %. La répartition hommes/femmes était de 60/40. La moyenne d'âge était de 37 ans pour les adultes et de 8 ans pour les enfants. Plus de 60 % étaient entrés au sein d'un dispositif AHI en 2008 et 80 % logeaient en Franche-Comté. Globalement, il y avait peu de familles monoparentales et de couples sans enfants.

Trois types de publics mal connus avaient été repérés au cours des diagnostics départementaux réalisés en vu des PDAHI : les victimes de violences conjugales, le public en sortie de services psychiatriques et les jeunes de 18-25 ans en errance.

Les problématiques santé concernant ce public sont notamment :

- En termes d'état de santé

Le parcours de vie de ces publics impactant leur état psychologique.

Des pathologies psychiatriques diagnostiquées nécessitant un traitement médicamenteux.

Des maladies chroniques, tel le diabète nécessitant une éducation thérapeutique

Des pathologies diagnostiquées trop tardivement (tel le cancer).

Des problèmes bucco-dentaires.

Une malnutrition

Des problèmes d'addiction alcool et, notamment pour les jeunes de moins de 25 ans poly-toxicomanie

- En termes d'accès aux soins

Les hospitalisations sont de plus en plus courtes, relayées par des prestations de soins ou d'hospitalisation à domicile, d'hôpital de jour et des prescriptions de soins à réaliser en ambulatoire.

- En termes de comportement individuel

Une méconnaissance ou un déni de leur état de santé.

Une absence de recours autonome au système de santé.

Une non observance des traitements.

Aperçu concernant les gens du voyage :

- En termes d'état de santé

Des pathologies diagnostiquées tardivement,

Des problèmes bucco-dentaires

Une malnutrition

- En termes d'accès aux soins

Compte tenu du mode de vie des grands voyageurs et des semi-sédentaires :

Absence de médecin traitant référent,

Difficultés d'accès aux consultations ophtalmologiques et aux soins dentaires

Difficultés de prise en charge de maladies chroniques nécessitant une éducation thérapeutique et un suivi médical régulier

Difficultés d'accès à des bilans de santé

- En termes d'aptitude individuelle

Une méconnaissance ou un déni de leur état de santé

Une méconnaissance du système de santé

Problèmes de lettrisme

Aperçu concernant les sortants de prison :

En termes de continuité des soins pour les sortants de prison n'ayant pas de domicile,

Absence de médecin traitant référent

Dossier du service de probation et d'insertion pénitentiaire (SPIP) ne contient pas de données médicales stricto sensu.



Aperçu concernant les migrants :

En Franche-Comté, les 2 principaux organismes accueillant les travailleurs migrants sont : AMAT dans Pays de Montbéliard Agglomérations et ADOMA (ex-Sonacotra) à Besançon et Belfort.

Sur Besançon :

FTM (Foyer pour Travailleurs Migrants) Trépillots : 62 hommes étrangers ou d'origine étrangère de plus de 60 ans, soit 47 % de la capacité totale d'accueil du foyer.

RS (Résidence sociale) Clémenceau : 20 personnes étrangères ou d'origine étrangère de plus de 60 ans dont 3 femmes, soit 26% de la capacité totale d'accueil de la résidence.

Sur Belfort :

RS Château d'Eau : 54 hommes étrangers ou d'origine étrangère de plus de 60 ans, soit 66 % de la capacité totale d'accueil de la résidence.

FTM Remparts : 32 hommes étrangers ou d'origine étrangère de plus de 60 ans, soit 52 % de la capacité totale d'accueil du foyer.

Sur le pays de Montbéliard agglomération, les foyers pour migrants accueillent en 2009, 1161 résidents dont une majorité d'hommes (1082), la part des femmes accueillies se situe à 7% (soit 79 femmes). 52 % des résidents sont étrangers, majoritairement originaires du Maghreb (Algérie et Maroc) et des pays de l'UE (Pologne, Portugal, Slovaquie). Les publics traditionnels, résidents étrangers âgés de plus de 60 ans (329 personnes), représentent 28% des résidents accueillis (comme en 2008). Leur nombre a régressé de façon plus importante encore en 2009 : moins 12 % (329 personnes contre 372 en 2008). La plupart d'entre eux ont fait le choix de demeurer en foyer de façon permanente ou en opérant des allers et retour entre le pays d'origine et leur logement. La majorité de ces migrants âgés réside sur le site d'Audincourt.

Les problématiques santé concernant ce public sont notamment :

- Migrants vieillissants en foyer :

En termes d'aptitude individuelle

Difficultés dans la compréhension de leur pathologie, des consignes soignantes, dans l'observance des traitements.

- Femmes migrantes nouvellement arrivées sur le territoire :

En termes d'aptitude individuelle

Méconnaissance du système de santé. Difficultés dans l'appropriation des messages de prévention et d'éducation à la santé, notamment sexualité et contraception.

Aperçu concernant les prostitué(e)s :

Une rencontre avec l'association "Le Nid" est prévue prochainement afin d'évoquer les problématiques santé de cette population.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Leviers dans le domaine sanitaire</p> <p>Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) CHRU : 1 PASS généraliste CH Pontarlier : 1 PASS périnatalité CHBM : 1 PASS généraliste sur le site de Belfort, 1 PASS généraliste sur le site de Montbéliard CH Dole : 1 PASS généraliste et consultations dentaires CH Gray : 1 PASS généraliste Association Hospitalière de St Rémy : 1 PASS psychiatrie-site Montbéliard Coordination Régionale des PASS assurée par la PASS du CHU</p> <p>Leviers dans le domaine ambulatoire</p> <p>22 Réseaux de santé/Programmes d'éducation thérapeutiques</p> <p>Unité Père/Mère/bébé Planoise</p> <p>Equipe mobile de psychiatrie Ex : Infirmiers psychiatriques du CHS de Novillars intervenant avec les travailleurs sociaux auprès des plus exclus</p> <p>Regroupements des professionnels de santé : Maisons de santé avec repérage des projets de santé pouvant apporter une plus-value aux publics auxquels s'adressent le PRAPS (ex : maison de santé roche lez Beaupré médecin avec DU gérontologie et médecin avec DU gynécologie. Projet couvrant deux des cinq domaines stratégiques du PSRS : handicap et vieillissement, périnatalité et petite enfance). Pôles de santé Belfort Centres de santé</p> <p>Leviers dans le domaine médico-social</p> <p>Lits Halte Soins Santé (LHSS) Création en 2010 de ce dispositif en Franche-Comté. 9 lits à Besançon adossés au CHRS «le Forum» portés par le CCAS de Besançon. 4 lits à Montbéliard adossés également à un CHRS et portés par le CCAS de Montbéliard 4 lits bientôt sur Pontarlier</p> <p>Structures d'addictologie 10 CSAPA dont un seul généraliste, 4 CAARUD.</p>	<p>Absence de PASS à Lons et à Vesoul.</p> <p>Absence de visibilité de l'activité de la PASS psychiatrie</p> <p>Prise en compte du statut social des patients à développer pour assurer un meilleur suivi thérapeutique.</p> <p>Besoin de renforcement de compétences psychiatriques en appui des structures AHI sur le territoire de santé.</p> <p>Concentration du dispositif sur le Doubs. Besoins existant sur d'autres départements. Pas de nouveaux crédits en 2012.</p>



Forces	Faiblesses
<p>Création de consultations avancées au CHRS "le Roseau"</p> <p>Appartements de coordination thérapeutique 5 places seront créés dans le Doubs</p> <p>GEM (Groupement d'Entraide Mutuel) GEM destiné aux personnes sans domicile sur Besançon porté par CCAS</p> <p>Autres dispositifs Dispositifs de lutte contre les maladies infectieuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centres de lutte antituberculeux (CLAT). - Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) - Dispositifs de vaccination sur les villes de Besançon et de Montbéliard. <p>Associations œuvrant dans le social/soins (AIR, Boutique Accueil de Jour, Collectif Inser'toit, Médecins du monde, Cabinet dentaire humanitaire)</p> <p>CCAS et Villes</p>	<p>Accompagnement et les soins, presque inexistant, en milieu rural pour les personnes présentant une conduite addictive et sur le renforcement des liens entre CAARUD et UCSA pour optimiser la politique de réduction des risques en milieu carcéral.</p> <p>Harmonisation de la lutte contre la tuberculose et de la politique vaccinale à renforcer sur la région.</p> <p>Doubs : aucune action sur les secteurs de Pont de Roide, Saint Hyppolite. Jura : aucune action sur les secteurs de Salins, Arbois, Poligny, Mouchard, Champagnole. Haute-Saône : aucune action sur les secteurs de Lure, Gray, Luxeuil et l'ensemble du territoire hormis Vesoul. En Haute-Saône, la situation est apparue préoccupante. En effet, cette absence d'actions de prévention destinées aux personnes en situation de précarité s'ajoute à un problème de démographie médicale.</p> <p>Manque de lisibilité des actions portées par certains CCAS, notamment en termes de stratégie. Manque d'appui institutionnel pour accompagner certains projets émergeant de villes connaissant des problématiques socio-économiques (ex : Saint-Claude)</p>

Actions déjà engagées

Ateliers santé ville (ASV) dans le cadre des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) (3 à Besançon, 1 à Belfort, 1 à Vesoul)

Ateliers santé jeunes et adultes en parcours d'insertion portés par les CODES/IREPS

Dans le cadre des parcours d'insertion socioprofessionnelle, développer, harmoniser et conforter sur l'ensemble de la région la prise en compte de la dimension santé des jeunes de 16 à 25 ans en difficulté.

Accompagnement santé individualisé (CODES 25)

M'T Dents (CPAM)

Paroles en tête (Rés'Ado)

Nutrition/Précarité (CHRU)

Unité père/mère/bébé de Planoise

Autres actions (cf. : crédits prévention 2011)



Pistes d'orientation

Améliorer la planification et l'évaluation des actions.
Associer les publics en tant que citoyens usagers à la démarche.
Réunir les conditions permettant d'améliorer l'équité en termes de couverture territoriale.
Assurer la construction et la pérennisation sur le terrain d'un réseau pluridisciplinaire et au niveau régional interinstitutionnel.
Etre en mesure de remonter au niveau national les besoins et les caractéristiques propres à la région.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Augmenter l'espérance de vie en bonne santé des publics en situation de précarité.

- 1.1. : Favoriser l'accessibilité à la prévention et à la promotion de la santé en milieu rural :
 - 1.1.1. : Développer l'accessibilité de l'offre, itinérante ou antennes locales, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé en milieu rural.
 - 1.1.2. : Sensibiliser et mieux informer les professionnels de santé installés en milieu rural sur les dispositifs et structures existants dans le domaine de la prévention et du dépistage.
- 1.2. : Activer les potentialités d'un environnement médico-social favorable à la santé.
 - 1.2.1. : Renforcer et formaliser la mise en œuvre d'une stratégie commune interinstitutionnelle de promotion et de prévention de la santé dans le cadre de la politique de la ville.
 - 1.2.2. : Améliorer et formaliser l'opérationnalité d'un travail en réseau pluridisciplinaire entre structures AHI/IREPS/Réseaux de santé/PASS.
- 1.3. : Renforcer les compétences individuelles favorables à la santé.
 - 1.3.1. : Développer l'aptitude et les connaissances personnelles nécessaires à l'adoption de comportements favorables à la santé au sein des parcours d'insertion socio professionnels, des structures AHI, des foyers accueillant des migrants.
 - 1.3.2. : Mettre à disposition des jeunes scolarisés en milieu rural, les outils et actions nécessaires au développement de comportements favorables à la santé.
 - 1.3.3. : Développer les "Ateliers Santé", notamment au sein des quartiers prioritaires non pourvus.
 - 1.3.4. : Développer, au sein des quartiers prioritaires et en zones rurales, les dispositifs qui offrent au bébé et à sa famille un environnement favorable à la promotion de leur santé.

Objectif n°2 : Développer l'efficacité des programmes de prévention et de promotion de la santé conduits auprès des personnes en situation de précarité.

- 2.1. : Ancrer, sur le territoire de santé, les modalités organisationnelles d'une collaboration interinstitutionnelle efficace.
 - 2.1.1. : Formaliser les collaborations entre DRJSCS et ARS.
 - 2.1.2. : Intégrer des actions destinées à ces publics au sein des contrats locaux de santé.
- 2.2. : Développer l'appropriation des questions de santé par ces publics.
 - 2.2.1. : Associer, en tant que citoyens usagers, ces publics à la construction des projets qui leur sont destinés et à leur évaluation.
 - 2.2.2. : Sensibiliser les travailleurs sociaux et les soignants à une culture commune.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- IREPS/CODES.
- CCAS/Villes.
- Associations du champ social et santé (AHSRA, AIR, Collectif Inser'toit, Boutique accueil de jour, AIDES, NID, médecins du monde, cabinet dentaire humanitaire...).
- Structures AHI.
- CPAM.
- CMS.

4.2. Programmes

- PRAPS.
- PDALPD/PDAHI.
- Schémas départementaux des gens du voyage.
- PRIPI.
- Politique de la Ville.
- Déclinaison régionale plan national de l'alimentation.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Les professionnels de santé libéraux.
- Les établissements de santé (PASS).
- Les réseaux de santé.
- Les CMP.

5.1.2. Offre médico-sociale

- Les LHSS.
- Les ACT.
- Les structures addictologie.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- DRJSCS.
- DRAAF.
- DDCSPP.
- Préfecture de région.
- Conseils généraux.
- Conseil Régional.
- Rectorat.
- Organismes de sécurité sociale (Régime général, RSI, MSA).

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Indicateurs de suivi possibles :

- Réalisation grille d'appréciation des actions (ARS/PRAPS)
- Formalisation d'une coordination interinstitutionnelle
- Participation des usagers à l'élaboration des actions
- Formalisation de réseaux pluridisciplinaires.
- Nombre de CLS incluant promotion/prévention pour ces publics.
- Nombre de nouveaux ASV.
- Nombre d'Ateliers santé jeunes. Nb Ateliers santé adultes.
- Nombre d'actions conduites auprès des publics ciblés.
- Nombre d'actions conduites dans les zones non couvertes à ce jour.

Fiche SRP

Personnes placées sous main de justice dont les détenus

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 1 Objectif 1.3	Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrances psychiques notamment pour prévenir les risques de suicide

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Médecine, Soins aux détenus.
SROMS	Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

Plan national d'actions stratégiques 2010-2014 avec 5 mesures phare:

- Renforcer la prévention du suicide en détention.
- Agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues.
- Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues.
- Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues.
- Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques (RDR) infectieux en milieu carcéral.

Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Structures :</p> <p>Direction Interrégionale des Services Pénitentiaire (DISP) de rattachement : STRASBOURG</p> <p>Un centre de semi liberté autonome, à Besançon</p> <p>6 maisons d'arrêt de capacité moyenne (Besançon/ 276 places théoriques) ou réduite (Lons/ 41 places, Vesoul/50, Lure/75 places, Belfort/34 places, Montbéliard/41 places)</p> <p>1 quartier pour mineurs à la maison d'arrêt de Besançon (20 places)</p> <p>Accueil d'une population exclusivement masculine.</p> <p>Dans chaque maison d'arrêt : il existe une Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) constituant une unité fonctionnelle de l'établissement hospitalier de rattachement.</p> <p>La dispensation des soins en milieu pénitentiaire et la coordination du programme de prévention et d'éducation pour la santé à l'attention des détenus sont de la compétence de l'UCSA.</p>	<p>Des maisons d'arrêt en général occupées au-delà de la capacité théorique. (539 places théoriques en détention classique et semi liberté pour l'ensemble de la région).</p> <p>Le personnel UCSA n'a pas une bonne connaissance des orientations des politiques de santé qui peuvent être financées.</p> <p>Le personnel UCSA manque de formation pour la mise en place et la conduite de projet en matière de prévention.</p> <p>Un manque de lisibilité par rapport aux intervenants potentiels sur le domaine de la prévention, promotion de la santé est soulevé par les personnels.</p>

Actions déjà engagées

Education pour la santé prise en charge par les UCSA. Les thématiques les plus fréquemment citées sont le tabac, l'alcool, les toxicomanies, la nutrition.

Politique de réduction des risques appliquée dans les UCSA mais se limite à la mise à disposition de préservatifs et de l'eau de javel.

Dépistage des hépatites, du Virus immunodéficientaire humain (VIH), des Infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose proposé à tous les entrants.

Dépistage du cancer colorectal proposé dans les UCSA de Besançon et Lons le saunier.

En 2010, mise en place de consultations en alcoologie dans chaque UCSA, (lien avec le Schéma régional d'organisation des soins : SROS)

Mise en place d'un travail en partenariat UCSA et structures médico-sociales d'addictologie (centres de soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et Centres d'accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)) variable selon les UCSA pour favoriser la prévention et le dépistage des addictions.

Participation des professionnels de santé aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) :



Actions déjà engagées

prévention et repérage du risque suicidaire par les différents intervenants des maisons d'arrêt: Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), éducateurs de la PJJ du quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Besançon, psychologue du service territorial éducatif de milieu ouvert et d'insertion (STEMOI), directeur et surveillants de la maison d'arrêt concernée et personnels de l'UCSA.

Action d'éducation à la santé développée au quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Besançon autour des consommations de substances psycho-actives et des conduites à risques menée conjointement par l'ANPAA et les éducateurs de la PJJ

La mission confiée à l'Instance régionale d'éducation et de promotion à la santé (IREPS) en 2011 par l'Agence régionale de santé (ARS) pour réaliser un état des lieux des activités d'éducation, de promotion et de prévention de la santé mises en œuvre dans les six maisons d'arrêt.(cofinancement DISP et ARS) .

Pistes d'orientation

Développer les actions de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques en milieu carcéral sur certains domaines selon l'ordre suivant : addictions, suicide, bucco-dentaire, violences, nutrition, sommeil et rythme de vie.

Renforcer la prévention du suicide en détention.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Améliorer la prévention et la promotion de la santé en milieu carcéral et développer la politique de réduction des risques.

1.1. : Développer les actions de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques en milieu carcéral.

1.1.1. : Afin de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé, mettre en place des actions de promotion de la santé adaptées aux priorités de santé repérées pour la population carcérale franc-comtoise selon l'ordre suivant :

les addictions,
la dépression, le mal être, la santé mentale,
l'hygiène bucco-dentaire,
les violences,
l'alimentation, le sommeil et les rythmes de vie,

pour ce qui concerne les détenus mineurs de la maison d'arrêt de Besançon les actions d'éducation à la sexualité doivent être poursuivies.

1.1.2. : Mettre en place une politique de réduction des risques infectieux liés à certaines activités (addictions, tatouages, piercings, pratiques sexuelles...).

1.1.3. : Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues, notamment concernant le dépistage des cancers.

1.1.4. : Poursuivre les actions de dépistage des IST, de lutte contre la tuberculose, de vaccination à l'attention des personnes détenues.

1.2. : Renforcer la prévention du suicide en détention.

1.1.1. : Sensibiliser et former les personnels au dépistage du risque suicidaire.

1.1.2. : Optimiser la communication et la collaboration entre les différents intervenants en milieu pénitentiaire (administration pénitentiaire, personnel de l'UCSA, intervenants extérieurs), afin d'améliorer l'efficacité des interventions.

1.1.3. : Participer régulièrement aux réunions de Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) avec tous les partenaires concernés (administration pénitentiaire, personnel de l'UCSA, PJJ).

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Les personnels de l'UCSA : volet somatique, volet psychiatrique.
- Le personnel pénitentiaire, SPIP, Infirmière de la Direction interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DIRPJJ).
- Les éducateurs PJJ référents du quartier des mineurs de la Maison d'arrêt de Besançon.
- L'IREPS/pôle de compétence et le réseau des Comités d'éducation à la santé (CODES).
- Les réseaux de santé en addictologie, (réseau Addictologie Nord Franche-Comté, Association des intervenants jurassiens en addictologie (ADIJA), réseau bisontin d'alcoologie, réseau 25, REPIT 70), le Réseau ville hôpital hépatite C (REVHOC).
- L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).
- Les structures médicosociales en addictologie : CSAPA, CAARUD.
- Les SLAT, CDAG, CIDDIST, ADECA.

4.2. Programmes

- Programme de télémédecine.
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).
- Programme spécifique développé par la DISP.
- Programme de prévention et d'éducation pour la santé à l'attention des détenus élaborés dans chacune des 6 maisons d'arrêt de la région sous la responsabilité de l'UCSA.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- La coordination du programme de prévention et d'éducation pour la santé à l'attention des détenus est réglementairement de la compétence de l'UCSA.

5.1.2. Offre médico-sociale

- Les réseaux d'addictologie, les structures médicosociales d'addictologie (CSAPA, CAARUD) peuvent être des acteurs de prévention en milieu carcéral.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Avec la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaire (DISP) de Strasbourg

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Indicateurs de suivi possibles :

- Nombre de personnel formé à la prévention du suicide
- Nombre d'actions en promotion de la santé
- Nombre de dépistages
- Nombre de protocoles ou conventions d'intervention dans les UCSA / maisons d'arrêt.

Fiche SRP

Santé mentale

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Périnatalité, Psychiatrie.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

L'article L 3221-1 du code de la santé publique détermine que la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion sociale.

La santé mentale est une thématique transversale à tous les âges de la vie et prend une dimension différente selon que la pathologie est passagère ou suit l'individu tout au long de son parcours de vie, selon qu'elle est prise en charge régulièrement ou non et selon le regard posé par les proches sur le comportement.

La complexité du système de santé mentale s'organise autour de structures, partenaires, associations relevant du champ sanitaire, social et médico-social.

La frontière entre prévention et soin est parfois difficile à poser.

Plans et programme :

- Plan psychiatrie et santé mentale.
- Plan santé jeunes.
- Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Réorganisation de l'offre en particulier sur le nord Franche-Comté pour permettre un meilleur maillage territorial.</p> <p>Amélioration à l'accessibilité de l'offre de premier recours en psychiatrie (Centres médico-psycho pédagogiques (CMPP)) avec toutefois des zones non couvertes</p> <p>Amorce du développement de la géronto-psychiatrie avec création d'équipes mobiles spécialisées sur le nord Franche-Comté et sur une partie du Jura</p> <p>Existence d'un groupe régional pour le repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent, actif et transversal.</p> <p>Une maison des adolescents dynamique sur Besançon</p> <p>Un Centre d'Accueil des Victimes d'Abus Sexuels et de Maltraitements (CAVASEM) implanté à Besançon</p> <p>Un Centre de Ressources de l'Autisme (CRA) Mise en place d'une unité père-mère-bébé.</p> <p>Un dynamisme certain innovant depuis le premier Schéma régional d'organisation des soins (SROS) ayant permis des articulations solides mais restreintes géographiquement entre le sanitaire le médico-social et le social notamment sur la ville de Besançon:</p> <ul style="list-style-type: none">- Atelier santé de proximité pour faciliter les parcours de soins des personnes démunies dans la rue- Equipes mobiles de prévention intersectorielle- Unité médico-éducative pour adolescents (UMEA)- Vivre en ville <p>Une réflexion engagée sur le concept de psychiatrie citoyenne</p>	<p>Démographie médicale déficitaire, représentant un frein aux activités générales et notamment de liaison et d'articulation avec une aggravation attendue dans les mois qui viennent</p> <p>Insuffisance de communication sur le système de santé mentale vers les professionnels mais aussi vers la population (usagers, familles, aidants, élus, institutions)</p> <p>Insuffisance persistante du maillage territorial, sur certaines zones de la région (Haut-Doubs) en particulier pour les CMP (Mouthe, Levier, Ornans) mais aussi -Activité en psychiatrie infanto-juvénile absente sur Maiche et Pont de Roide. Fermeture de l'hôpital de jour de Morteau</p> <p>Une psychiatrie d'urgences encore en grande difficultés</p> <p>Difficultés à développer des équipes mobiles de prévention intersectorielles (EMPI) pour aller au devant des publics défavorisés en crise</p> <p>Les EMPI ne vont pas au devant des publics mineurs</p> <p>Malgré l'implantation de la maison des adolescents (MDA) à Besançon et les projets de MDA à Dole et dans l'aire urbaine, il y a une difficulté de couverture égale du territoire.</p> <p>Difficultés à développer de façon homogène sur le territoire les articulations entre prévention, sanitaire et médico-social</p> <p>Difficultés à développer de façon homogène sur le territoire les relais entre prévention, soins psychiatriques et soins somatiques</p> <p>Manque d'information du public sur les troubles mentaux et la souffrance psychique</p>



Actions déjà engagées

Mise en place d'un groupe régional pour le repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent.

Un "guide de santé mentale et psychiatrie pour les usagers" a été créé en Franche-Comté il y a quelques années

Elaboration du classeur " Répertoire des intervenants auprès des jeunes en souffrance psychique pour la Franche-Comté" en partenariat avec les Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) et Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES).

Création de deux nouvelles EMPI sur Dole et Lons

Projet d'une nouvelle maison des adolescents sur Belfort

Sur la région association dynamique : l'Union nationale des amis et familles de personnes malades et handicapées psychiques (UNAFAM)

13 Groupement d'entraide mutuelle (GEM) sur la région

Quelques actions d'éducation thérapeutique à la prise médicamenteuse

Formations au repérage de la crise suicidaire en milieu scolaire organisé pour les 3 champs de l'enseignement (public, agricole, privé) depuis la fin de l'année 2010.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Faciliter, susciter tous les dispositifs d'articulations interinstitutionnelles, pluri professionnelles sur l'ensemble du territoire ou outils visant à rendre accessible les dispositifs de prévention et de soins en santé mentale.

- 1.1. : Créer ou rendre opérationnels les outils existants ou valoriser ceux qui existent.
 - 1.1.1. : Soutenir les actions du groupe régional de repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et chez l'adolescent.
 - 1.1.2. : Développer les formations au repérage de la crise suicidaire en milieu scolaire, universitaire et pénitentiaire.
 - 1.1.3. : Favoriser l'élaboration de support de communication et d'information en direction du grand public et des professionnels sur le domaine de la prévention en santé mentale.

- 1.2. : Organiser la prise en charge précoce des personnes isolées ou des familles en difficulté psychique.
 - 1.2.1. : Conforter la place de l'unité père-mère-bébé (voir fiche petite enfance et périnatalité).
 - 1.2.2. : Prévenir la rupture du lien mère-bébé en soutenant la création d'hôpital de jour en psychiatrie en continuité d'unité père-mère-bébé.
 - 1.2.3. : Soutenir la création de maisons des adolescents.
 - 1.2.4. : Développer les équipes mobiles de prévention intersectorielles (EMPI) pour aller au devant des publics défavorisés.

Objectif n°2 : Promouvoir une politique de communication préventive sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques.

Objectif n° 3 : Promouvoir une politique de développement professionnel continue sur la santé mentale.

- 3.1. : Former les personnels en contact épisodique avec des personnes en difficulté psychiatrique ou psychique.
 - 3.1.1. : Soutenir la formation des personnels de la justice, du social et de l'enseignement sur les troubles mentaux pour faire évoluer les comportements.
 - 3.1.2. : Ouvrir les formations universitaires transversales pluri professionnelles pour développer une culture commune.
- 3.2. : Former les patients et leurs familles.
 - 3.2.1. : Faciliter la démocratie sanitaire en santé mentale en structurant des temps, des lieux d'échanges, des plates-formes de coordination.
 - 3.2.2. : Développer les programmes d'éducation thérapeutique dans les établissements médico-sociaux.



4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- Etablissements de santé.
- Université.
- Personnel de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA).
- Personnel pénitentiaire
- Personnel de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Instance régionale d'éducation et de promotion à la santé (IREPS)/pôle de compétence et réseau des CODES.
- Réseaux de santé.
- Associations.
- Mutualité sociale agricole (MSA)/Association santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT).
- Organismes de formation continue des professionnels de santé.
- CCAS.
- Conseil régional et les conseils généraux.

4.2. Programmes

- Programme régional d'accès et de prévention aux soins (PRAPS).
- Programme de formation au repérage de la crise suicidaire en milieu scolaire.
- PRIAC.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Le personnel des structures sanitaires.
- Les réseaux addictologie sont concernés par le repérage des troubles mentaux engendrés par la prise de substances licites et illicites.

5.1.2. Offre médico-sociale

- Le personnel des structures médicosociales.
- Le secteur social dans le cadre de la politique d'accès aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- La Direction Interrégionale des Services Pénitentiaire (DISP) de Strasbourg
- La Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DIRPJJ) du Grand Est
- L'Education nationale.
- La DRAAF pour le champ de l'enseignement agricole.
- La DDCSPP.
- L'enseignement privé.
- La santé universitaire.
- Les conseils généraux et le Conseil régional.



6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Fiche SRP

Santé au travail

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.5	Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Médecine, Prise en charge des personnes cérébrolésées, Psychiatrie.
SROMS	Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

L'employeur est l'acteur majeur de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. Il est important en effet de rappeler que le code du travail impose une obligation de prévention des risques professionnels à la charge et sous la responsabilité de l'employeur, qui doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement - y compris les travailleurs temporaires. Cette politique de prévention des risques en milieu de travail passe obligatoirement par une évaluation des risques auxquels sont exposés les salariés et par leur recensement dans un Document Unique d'Evaluation des Risques. Ce document, actualisé régulièrement par l'employeur, doit servir de base à la mise en œuvre des mesures correctives et des démarches de prévention dans l'entreprise.

Des principes généraux de prévention définis par la réglementation découlent les points suivants. L'employeur doit :

- adapter le travail à l'homme ;
- combattre les risques à la source ;
- tenir compte de l'état de l'évolution de la technique ;
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants ;
- prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

L'employeur doit obligatoirement s'appuyer pour ce faire sur des ressources internes (représentants du personnel, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail - CHSCT...) et sur le médecin du travail, qui disposent, de par le code du travail, de moyens d'action et de pouvoirs pour la mise en place de toute démarche de prévention.

Par ailleurs, l'employeur doit prendre en compte les observations « des préventeurs institutionnels » qui interviennent en matière de santé au travail, tel que l'inspection du travail et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), et peut également suivre celles de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), des Agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT)...

Les principaux acteurs locaux de la santé au travail sont (sans ordre hiérarchique) outre les employeurs : la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) pour les salariés du régime général, la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les agriculteurs, les services de santé au travail et les médecins du travail, le Centre de consultation de pathologies professionnelles (CCPP)² et l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT).

Plans nationaux et régionaux :

Le Plan santé travail 2 (PST2) couvrant la période 2010-2014 affiche quatre axes majeurs que sont :

1. développer la production de la recherche et de la connaissance en santé au travail dans des conditions de pérennité, de visibilité et de rigueur scientifique, et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés ;
2. développer les actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique, notamment cancérigène, mutagène ou reprotoxique (CMR) et neurotoxique, et des troubles musculo-squelettiques ;

² Les CCPP ont vocation à : diagnostiquer des pathologies et maladies professionnelles, à rechercher les nuisances professionnelles, à évaluer des risques pour la santé, à participer à l'évaluation de l'aptitude au travail, à contribuer au reclassement professionnel et au maintien dans l'emploi.



3. renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de moins de 50 salariés, souvent dépourvues de représentation du personnel, mieux les informer des enjeux de la prévention et leur procurer les outils indispensables et adaptés ;
4. renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires, tant au niveau national que dans les régions et assurer, au travers de la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail, la place de ces acteurs dans la stratégie de prévention.

Le Plan santé au travail 2010-2014³ affirme que : "le développement de la santé et du bien-être au travail et l'amélioration des conditions de travail constituent un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir. Ils passent par la mise en œuvre effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels, à réduire les accidents et maladies professionnelles, à prévenir l'usure au travail et la dégradation de la santé, ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi".

C'est donc un enjeu fort de santé publique auquel la Franche-Comté n'échappe pas. En région, le Plan régional de santé au travail (PRST 2), piloté par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), constitue le cadre des actions conduites. L'ensemble des acteurs du domaine y est impliqué.

Le Plan régional de santé au travail (PRST2) en déclinaison du plan national propose également quatre axes :

1. améliorer la connaissance en santé au travail ;
2. poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels
3. encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises notamment les PME et TPE ;
4. pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une effectivité du droit.

2. Diagnostic régional

Depuis plusieurs années, en France, le nombre d'accidents du travail stagne à un niveau élevé d'environ 700 000⁴ par an ; les maladies professionnelles⁵ ne cessent d'augmenter et concernent pour le seul régime général plus de 45 000 salariés, alors même qu'elles ne recouvrent pas l'ensemble des pathologies professionnelles. Enfin, plus de deux personnes meurent par jour d'un accident du travail ou des suites d'une maladie professionnelle.

En Franche-Comté, le nombre d'accidents du travail était stable depuis plusieurs années, autour de 12 500⁶ par an ; ce chiffre tend à diminuer depuis 2009 pour atteindre 10 800, dont 574 graves. En revanche, 824 maladies professionnelles avec arrêt étaient comptabilisées en 2009 ; stables entre 2005 et 2008, elles ont fortement augmenté entre 2008 et 2009 (+26 %). Par ailleurs, 1 209 accidents du trajet avec arrêt étaient comptabilisés dans notre région en 2009 (en hausse de 15 % en regard de 2008). Rapportés au nombre de salariés considérés, ces chiffres convertis en taux sont très similaires aux taux nationaux. La Franche-Comté ne se distingue pas ou peu du national sur cette question.

³ Plan Santé au Travail 2010-2014. www.travail-emploi-sante.gouv.fr

⁴ Le Plan Santé au Travail 2010-2014.

⁵ Une pathologie professionnelle résulte de l'exposition à un risque, auquel est exposée une personne à son poste de travail. En France, Pour être considérée comme une maladie professionnelle et être prise en charge par la Branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général ou la Mutualité sociale agricole pour le régime agricole, la pathologie doit être présente dans le tableau des 118 maladies professionnelles reconnues par le législateur. De nouvelles affections sont ainsi périodiquement ajoutées à cette liste, mais le processus de reconnaissance de maladie professionnel est relativement lent et complexe.

⁶ Statistiques 2005 à 2009 Accidents du travail, maladies professionnelles, accidents du trajet. CARSAT Bourgogne / Franche-Comté, 2010



Concernant les pathologies professionnelles, que ce soit en région ou au national, trois grands types de risques sont identifiés :

- le risque de pathologies liées à l'exposition aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). Près de 13 % de la population active, principalement dans l'industrie, est aujourd'hui exposée à au moins un cancérigène ;
- le risque de troubles musculo-squelettiques (TMS). Ce dernier regroupe plusieurs pathologies des tissus mous liées à la répétitivité des gestes, à l'augmentation de leur fréquence, aux efforts excessifs, aux postures inconfortables maintenues longtemps... Ce sont les maladies professionnelles les plus courantes (70 %) et en augmentation continue depuis plusieurs années. Leur coût a dépassé celui des cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante. Les régions Bourgogne et Franche-Comté comptabilisent 2026 affections péri-articulaires en 2009 soit 79 % des maladies professionnelles avec arrêt enregistrées, en augmentation de 3 % en regard de l'année précédente ;
- les risques psychosociaux, souvent résumés sous le terme de souffrance au travail. Ils recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variée. Ils mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. Ils ont un impact sur le fonctionnement et l'économie des entreprises. Leur augmentation récente doit attirer notre vigilance. Le développement des démarches préventives et de prise en charge de ces risques est indispensable.

Forces	Faiblesses
Compétences et engagements des professionnels de terrain	Complexité structurelle et de la problématique Multiplicité des acteurs Mauvaise connaissance du qui fait quoi Sous déclaration des maladies professionnelles et sous estimation des pathologies et risques professionnels Faiblesse des ressources et moyens et leur éparpillement Pénurie de médecin du travail

Actions déjà engagées

Principales actions financées par le Groupement régional de santé publique (GRSP) depuis 2007 :

En 2007, première année de financement par le GRSP d'actions de Prévention des risques en milieu du travail, un seul dossier sur trois a fait l'objet de financement. Il s'agit de celui sur la prévention des TMS par des formations « gestes et postures » auprès d'assistantes maternelles.

En 2008, 3 dossiers ont été déposés au titre des risques professionnels, mais ces demandes de subvention concernaient exclusivement des questions d'addiction et ne relevaient pas des axes prioritaires du Plan régional de santé publique (PRSP)/GRSP. Ils n'ont pas été financés par le GRSP.

En 2009, 3 dossiers ont également été déposés, dont 2 présentant une réelle réflexion collective de prévention en santé au travail, associant l'ensemble des acteurs concernés et retenant une approche globale et collective du risque. Ces deux dossiers ont recueilli des avis très favorables des instructeurs, mais les impératifs budgétaires ont regrettamment conduit au financement, partiel, d'un seul d'entre eux.

En conclusion, un faible nombre de dossiers ont été déposés au titre de l'axe « Prévention des risques en milieu du travail », lors des appels à projet du GRSP. Au cours des deux premières années les dossiers ne relevaient pas des axes prioritaires du PRSP et ne répondaient que partiellement aux impératifs des démarches de prévention en milieu professionnel. En 2009, suite à une demande formulée auprès du secrétariat du GRSP d'élargir le champ des porteurs de projet potentiels à des acteurs intervenant véritablement en santé au travail (organisations professionnelles et syndicales, services de médecine du travail...), de nouveaux types de dossiers ont émergé. Ces derniers tenaient compte des objectifs d'intervention du PRSP, et ont su articuler les impératifs de prévention en santé au travail avec les objectifs de santé publique.

Actions menées par d'autres acteurs institutionnels et financées sur d'autres fonds :



Actions déjà engagées

Concernant la prévention des risques Cancérigènes, Mutagènes, Reprotoxiques (CMR) et TMS :

Les services d'inspection du travail de la région ainsi que les contrôleurs et ingénieurs de la CARSAT Bourgogne Franche Comté interviennent quotidiennement dans les entreprises, sur les questions de santé et sécurité au travail. La CARSAT a réalisé en 2010 plus de 3 200 interventions concourant à la prévention des risques professionnels dans 1 895 établissements de Franche-Comté. Ainsi, soixante-seize contrats de prévention ont été signés avec des entreprises. Les thèmes de la prévention des TMS et du risque CMR font partie des axes prioritaires de ces deux services, et ce depuis plus de 5 ans.

Pareillement, les services de santé au travail, qu'ils soient d'entreprises ou interentreprises, interviennent également au quotidien auprès des salariés et des employeurs sur les questions de santé au travail. Les problématiques de lutte contre les CMR et les TMS font également partie de leurs axes majeurs d'intervention.

De manière plus spécifique, plusieurs démarches et manifestations d'ampleur ont été conduites ces dernières années dans la région par la DIRECCTE, la CARSAT, la MSA et l'ARACT sur les TMS et le risque CMR : organisation de colloques sur la prévention du risque TMS depuis 2007, document d'aide aux entreprises sur la prévention des TMS, organisations de colloques sur la prévention du risque CMR, guide d'aide à la substitution, colloque sur la réglementation européenne Reach.

Concernant la prévention des risques spécifiques au milieu agricole :

De nombreuses actions de prévention sont conduites, par la MSA, sur les risques spécifiques en milieu agricole. Ces actions sont financées notamment par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire agricole (FNPEISA) et le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) :

la mise en place du réseau de santé PAPPA (Pathologies Pulmonaires Professionnelles Agricoles), qui s'est étendu au RSI (régime des indépendants), avec la CARSAT comme partenaire, sur la prévention et la prise en charge des pathologies respiratoires professionnelles ;

une action sur le volet secourisme est menée par l'ASEPT (Association de Santé d'Éducation et de Prévention sur les Territoires en Franche-Comté). Les services prévention des risques professionnels des caisses de MSA forment des secouristes au sein des entreprises agricoles (les salariés). Actuellement, 13 moniteurs régionaux interviennent dans les entreprises et les formations agricoles les plus à risques. Toutefois, cette formation est réservée aux risques professionnels encourus par les salariés agricoles ; or, au vu des statistiques préoccupantes relatives aux accidents du travail des exploitants et aux accidents de la vie courante (20 000 décès par an), la MSA a également souhaité s'investir dans la prévention de ceux-ci. Il a été développé un projet visant à recruter des femmes et des hommes bénévoles pour devenir moniteur de secourisme et ainsi former des secouristes en milieu agricole et rural.

Concernant le risque routier lié au travail :

La MSA de Franche-Comté a développé un binôme Risque Routier (Médecin du Travail-Conseiller dePrévention) pour intervenir dans des entreprises comme le contrôle laitier par exemple. Leurs thèmes d'intervention sont d'inciter les salariés à réfléchir sur les comportements au volant et les causes de distraction (téléphone portable, médicaments et troubles de la vigilance, fatigue, enfants non attachés, hyménoptères dans l'habitacle...), de montrer aux participants le temps d'élimination de l'alcool par l'organisme et d'informer sur les gestes de première urgence en cas d'accident.

Des Colloques régionaux sur la prévention du risque routier (dont l'un centré sur les 2 roues), ont été organisés par la CARSAT et/ou la DIRECCTE, et pour l'un en partenariat avec la sécurité routière, les services de santé au travail et l'Université technologique de Belfort Montbéliard (UTBM).

Concernant les risques psycho-sociaux :

Un Colloque régional a été organisé par la CARSAT et la DIRECCTE le 24 septembre 2008 sur la prévention des risques psychosociaux en milieu du travail à Besançon.

Les rencontres régionales sur le stress au travail se sont déroulées le 16 juin 2009, dans le cadre d'un partenariat entre FACT (ARACT Franche-Comté) et la DIRECCTE. Cette manifestation, axée sur la prévention du stress, était destinée principalement aux acteurs de l'entreprise.



Actions déjà engagées

Plusieurs actions ont été initiées et financées par la MSA sur le stress et le suicide en agriculture : groupes de parole, réunions d'information, groupe de travail entre la MSA et les sociologues de la faculté de Besançon (Pr. Jacques Jouvenot) sur "suicide, transmission et sante au travail"...

Pistes d'orientation

La **première** est de sensibiliser les médecins généralistes aux risques et aux pathologies professionnelles (y compris risques psychosociaux), en particulier en renforçant les liens avec le Centre de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) et les médecins du travail.

L'ARS se propose de mettre en place et d'animer un groupe de réflexion entre médecins généralistes, médecins du travail, le CCPP du CHRU de Besançon et la DIRECCTE afin :

- d'identifier les besoins de connaissance et d'information des médecins généralistes concernant les pathologies professionnelles, les acteurs de ce domaine et la reconnaissance des maladies professionnelles ;

- de dégager des pistes d'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes sur la question de la santé au travail (reconnaissance des maladies professionnelles en particulier) ;

- de formaliser au travers d'une charte les relations entre ces professionnels (médecins généralistes, médecins du travail, CCPP).

Le médecin généraliste n'est évidemment pas appelé à remplacer le médecin du travail, mais doit être en capacité d'orienter son patient en tant que de besoin vers ses confrères de la médecine au travail ou de la CCPP.

La **deuxième** est le maintien dans l'emploi de personnes qui pour des raisons de santé, sont en situation de vulnérabilité par rapport au travail, afin de leur éviter une désinsertion professionnelle. Trois axes peuvent être cités :

les travailleurs victimes de troubles musculo-squelettiques (TMS), lombalgies communes chroniques (LCC) et risques psycho-sociaux (RPS) constituent une population prioritaire et pourront être pris en charge par le Centre de consultation de pathologies professionnelles. Dans ce cadre, l'ARS soutient le projet de retour thérapeutique au travail des travailleurs victimes de TMS ou de LCC, développé au sein du pôle « Autonomie Handicap » du CHRU de Besançon. Elle mettra en place et animera un groupe de suivi et d'évaluation multi partenarial de ce projet tel que demandé par le ministre en charge de la Santé et du Travail ;

- une attention devra être également portée à la réinsertion socioprofessionnelle des personnes cérébrolésées ainsi qu'à celles des personnes souffrant de troubles mentaux, par le biais de structures et services adaptés ;

- de même, la réflexion sur le passage à temps partiel et l'adaptation des rythmes de travail pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) devra être conduite.

La **troisième** est de contribuer à la prévention de la santé au travail dans les établissements de santé ou médico-sociaux (hôpitaux, EHPAD...), sous la responsabilité directe ou indirecte de l'ARS. Finalité en soi, c'est également une condition nécessaire de la qualité des soins délivrés et de la bientraitance aux usagers.

L'ARS est responsable de l'allocation des budgets des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail à destination des établissements de santé. Ces budgets sont alloués suite à des appels à projets émanant des établissements et sélectionnés par l'ARS, au regard de directives nationales. Pour l'année 2011, les projets liés aux risques de TMS et RPS sont considérés comme prioritaires.

Les travaux réalisés dans le cadre du Schéma régional d'organisation médico-social ont fait remonter des difficultés en termes de risques professionnels dans le domaine des structures et services pour personnes âgées, appelant le développement d'une réelle logique de prévention dans ce champs du médico-social. Le recul de l'âge d'entrée dans les structures d'hébergement et le développement plus important du service à domicile (soins, aides, etc.) sont des composantes fortes à prendre en compte dans la démarche. La mise en place d'un groupe de réflexion sur cette question avec des partenaires comme l'ARACT est envisagée.

Pistes d'orientation

La **quatrième** concerne la formation des médecins du travail. En effet, l'ARS, assurant la présidence du Comité régional de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (CRONDPS), propose en partenariat avec le Doyen de la Faculté de Médecine les effectifs de médecins à former pour les 5 ans à venir au Comité régional qui les discute et les valide. Ces propositions régionales sont alors remontées au national (ONDPS et ministère) pour validation. Le comité régional a conforté la formation des médecins du travail pour les 5 ans à venir et deux médecins seront formés par an dans cette spécialité.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Sensibiliser les médecins généralistes aux risques et aux pathologies professionnelles (y compris risques psychosociaux), en particulier en renforçant les liens avec le Centre de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) et les médecins du travail.

1.1. : Mettre en place et animer un groupe de réflexion entre médecins généralistes, médecins du travail, CCPP du CHRU de Besançon et DIRECCTE afin :

1.1.1. : D'identifier les besoins de connaissance et d'information des médecins généralistes concernant les pathologies professionnelles, les acteurs de ce domaine et la reconnaissance des maladies professionnelles ;

1.1.2. : De dégager des pistes d'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes sur la question de la santé au travail (reconnaissance des maladies professionnelles en particulier) ;

1.1.3. : De formaliser au travers d'une charte les relations entre ces professionnels (médecins généralistes, médecins du travail, CCPP).

1.2. : Travailler avec le CHU à la mise en œuvre des pistes d'amélioration retenues sur les formations initiales et continues.

Objectif n°2 : favoriser le maintien dans l'emploi des personnes qui, pour des raisons de santé, sont en situation de vulnérabilité par rapport au travail, afin de leur éviter une désinsertion professionnelle. Trois axes peuvent être cités :

2.1. : Soutenir le projet de retour thérapeutique au travail des travailleurs victimes de TMS ou de LCC, développé au sein du pôle « Autonomie Handicap » du CHRU de Besançon et mettre en place et animer un groupe de suivi et d'évaluation multi partenarial de ce projet tel que demandé par le ministre en charge de la Santé et du Travail ;

2.2. : Développer les structures et services adaptés pour la réinsertion socioprofessionnelle des personnes cérébrolésées ainsi que des personnes souffrant de troubles mentaux ;

2.3. : Conduire une réflexion sur le passage à temps partiel et l'adaptation des rythmes de travail pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en établissement et service d'aide par le travail (ESAT).

Objectif n°3 : Contribuer à la prévention de la santé au travail dans les établissements de santé ou médico-sociaux (hôpitaux, EHPAD...), sous la responsabilité directe ou indirecte de l'ARS.

3.1. : Mettre en place un groupe de réflexion sur les risques professionnels dans le domaine des structures et services pour personnes âgées avec les partenaires comme l'ARACT et la DIRECCTE.

Objectif n°4 : Augmenter le nombre de médecins du travail formés dans la région.

4. Acteurs/Programmes

4.1 Acteurs régionaux

- Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ;
- Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) pour les salariés du régime général ;
- Mutualité sociale agricole (MSA) pour les agriculteurs ;
- Services de santé au travail (SST) et les médecins du travail ;
- Centre de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) ;
- Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ;
- Employeurs ;
- Organisations patronales et syndicales.

4.2 Programmes

Le plan régional santé travail 2011-2015 réalisé par la DIRECCTE a été validé par la DGT début 2011.

5. Transversalité

En tant que membre du comité régional de prévention des risques professionnels piloté par la DIRECCTE, l'ARS participera aux groupes de travail mis en place par ce comité dans le cadre du plan régional de santé au travail, en particulier sur les TMS-RPS et sur la réalisation d'un état des lieux de la santé au travail en Franche-Comté.

6. Evaluation / Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

VAGUSAN

Veille, Alerte, Gestion des Urgences SANitaires

Introduction

Les changements de mode de vie, l'augmentation de la circulation des personnes et des biens à travers le monde, le vieillissement de la population, les changements climatiques, l'évolution spontanée des agents pathogènes mais aussi le développement des techniques médicales et l'apparition de résistance aux antimicrobiens sont responsables de l'émergence constante ou de l'expression de nouveaux agents pathogènes et de leur diffusion au sein des populations. La pandémie d'infection à VIH, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère en 2003 ou, plus récemment, la pandémie grippale A (H1N1), ont montré clairement que les risques émergents infectieux constituent une menace globale nécessitant une approche coordonnée au niveau international en s'appuyant sur des systèmes nationaux efficaces et réactifs.

A côté des maladies infectieuses, les risques liés à l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou humaine, sont eux aussi en constante évolution. L'épisode de canicule au cours de l'été 2003 a montré que les pathologies liées à l'environnement pouvaient entraîner une surmortalité importante dans une période courte, nécessitant la mise en place d'outils d'alerte à visée environnementale et un suivi quotidien d'indicateurs généraux tels que les admissions hospitalières et la mortalité.

Depuis le 11 septembre 2001, l'augmentation du risque d'attentat mettant en jeu des substances Nucléaires, Radiologiques, Biologiques ou Chimiques (risque NRBC) amène à intégrer cette nouvelle menace dans la conception des systèmes d'alerte épidémiologique. Dans un souci de détection précoce, des systèmes de surveillance syndromique, collectant des données non spécifiques telles que les recours aux services d'urgence, ont été développées et un réseau de laboratoires de référence mis en place.

L'évolution des sciences et des techniques offre aujourd'hui aux professionnels de santé des moyens plus performants pour la détection précoce de menaces sanitaires que ce soit dans le domaine de la biologie (diffusion des méthodes de biologie moléculaire, de tests immunologiques, typages de souches), de l'environnement (développement de la bio-surveillance des expositions et des effets, interface de données environnementales et sanitaires au sein de systèmes d'information géographique) ou par l'accès direct à une vaste quantité d'informations concernant la santé d'une population via le réseau Internet.

La prise en compte de ces risques sanitaires et des situations exceptionnelles s'appuie sur une organisation de la veille sanitaire incluant :

- des systèmes de surveillance qui reposent sur la collecte régulière d'information structurée avec productions d'indicateurs définis a priori,
- un dispositif de veille permettant le recueil et l'analyse de signaux divers.

Les systèmes de surveillance s'adressent aux risques connus, identifiés comme prioritaires. Il peut s'agir d'indicateurs produits par un système de surveillance ou d'alerte, y compris les vigilances, collectant des données soit sur l'état de santé d'une population, soit sur des milieux de vie ou des produits : maladie appartenant à une liste de déclaration obligatoire, franchissement d'un seuil d'incidence ou concentration d'un polluant dans un milieu, ...

Le dispositif de veille permet le recueil d'événements inhabituels de santé pouvant représenter une menace pour la santé publique et non pris en compte par les systèmes de surveillance reposant sur la collecte d'indicateurs. Il peut aussi s'agir d'événements de toute nature ou origine associés à une menace pour la santé publique : présentation clinique anormale d'un patient admis dans un hôpital, plainte d'un riverain d'un site pollué, nombre anormalement élevé d'une pathologie dans une collectivité, ...



L'objectif principal de la veille et sécurité sanitaire est de permettre une réponse rapide et adaptée sous forme de mise en œuvre de mesures d'investigation/gestion afin de limiter l'impact de la menace détectée sur la santé des populations concernées. L'articulation entre la veille, l'alerte, la gestion des alertes et la gestion des situations exceptionnelles implique la mise en place d'une organisation et de procédures standardisées en distinguant différentes étapes :

- recueil de signaux de différentes natures (sanitaires et/ou environnementaux),
- vérification du signal,
- analyse de données sanitaires et/ou environnementales,
- mise en œuvre de moyens de diagnostic étiologique,
- investigation des situations, notamment d'épisodes épidémiques,
 - mise en place de mesures de gestion dont l'information auprès des professionnels de santé et du grand public,
- transmission de messages d'alerte au niveau adapté (local, régional et/ou national),
- évaluation sous forme de retour d'expérience voire d'amélioration de la procédure.

Les ARS ont pour mission d'organiser la veille et de contribuer à la réponse aux urgences et à la gestion des situations de crise. Ainsi, elles reçoivent des signaux sanitaires en provenance des services de l'Etat, des collectivités territoriales, de leurs établissements publics, des établissements de santé publics et privés, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des services de secours ainsi que de tout professionnel de santé. Ce dispositif de veille et de sécurité sanitaire et environnementale s'articule, au niveau régional, autour d'une plate-forme fonctionnelle de veille et d'urgences sanitaires. En Franche-Comté, cette plate-forme regroupe le Centre Opérationnel de Réception et d'Orientation des Signaux Sanitaires, les gestionnaires des signaux sanitaires et/ou environnementaux (médecins, pharmacien, infirmières, ingénieurs, techniciens sanitaires) ainsi que les épidémiologistes de la Cellule de l'InVS en REgion (Cire) Bourgogne-Franche-Comté, apportant, au besoin, un appui technique (investigations épidémiologiques complexes, évaluation quantifiée des sols pollués, ...).

Tous ces professionnels de la veille et sécurité sanitaire travaillent avec des partenaires locaux (professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, DDCSPP, PMI, services préfectoraux, ...), régionaux (professionnels de santé, réseaux de professionnels de santé, DREAL ...), interrégionaux ou nationaux (DGS, AFSSAPS, ASN, InVS, établissement français du sang, ...).

Afin d'optimiser la détection et la gestion/investigation des alertes sanitaires, il est essentiel qu'un volet du schéma régional de prévention (SRP) dédié à la veille, alerte, gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) soit formalisé et inscrit dans le programme régional de santé pour 5 ans. Ce volet VAGUSAN, qui prend en compte les problématiques de la région Franche-Comté, est à décliner avec l'ensemble des différents partenaires de l'ARS.

Fiche SRP VAGUSAN

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.2	Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SROS	Ambulatoire, Médecine, Urgences.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte législatif et réglementaire

Champ

Il recouvre les risques sanitaires, environnementaux et infectieux (infections liées aux soins, pandémie grippale) et leur réponse en cas d'alerte voire de crise.

Contexte

- Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté.
- Bilan Plan régional santé environnement (PRSE 1).
- Plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (PRAGSUS).
- Schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR).
- Bilan du Plan stratégique régional de santé (PSRS) : domaine stratégique "risques sanitaires".
- Bilans d'activité 2010 de la Direction de la Veille, Sécurité, Sanitaire et Environnementale (DVSSE).
- Code de la santé publique (articles R.5121-150 et suivants).
- Rapport annuel d'activité 2009 du Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) de Besançon.
- Comité de suivi des CRPV de juin 2009.

2. Diagnostic régional

Forces	Faiblesses
<p>Mise en place d'une plateforme régionale de la veille et des urgences sanitaires :</p> <p>Avec des professionnels entièrement dédiés à cette mission.</p> <p>Un numéro de téléphone, fax et mail uniques.</p> <p>Création d'une plaquette de présentation par la Direction déléguée veille, sécurité sanitaire et environnementale de l'ARS (DVSSE)</p> <p>Permanence fonctionnelle 7j/7 et 24/24H, 365j/an :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en jours ouvrés : Centre opérationnel de réception des signaux sanitaires (COROSS) et gestionnaires - en astreintes : dispositif d'astreinte régional avec procédures harmonisées. <p>Plate-forme avec espace informatique partagé entre tous les gestionnaires de signaux permettant le suivi, le traitement, le partage concomitamment des signaux.</p> <p>Mise en place d'un tableau de suivi des alertes permettant de réaliser des bilans trimestriels.</p> <p>Veille sanitaire :</p> <p>Formalisation du circuit de l'information et du signal avec :</p> <p>Mise en place d'une procédure interne DVSSE d'orientation des signaux sanitaires.</p> <p>Protocole Préfets/ Direction Générale ARS.</p>	<p>Structure récente depuis la création de l'Agence régionale de santé (ARS)</p> <p>Dispositif d'astreinte à consolider en fonction de l'évolution de la réglementation nationale à venir</p> <p>Données non sécurisées.</p> <p>Certaines procédures internes de partage de travail entre les gestionnaires à préciser.</p> <p>Nécessité de répertorier tous les signaux arrivés au COROSS pour vision exhaustive de la typologie des signaux et de l'activité du COROSS.</p> <p>Montée en charge progressive du COROSS (structure récente)</p>



Forces	Faiblesses
<p>Circulaire du 17/06/2010 entre la Direction générale de la santé (DGS) et les ARS sur la remontée des informations au Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)</p> <p>Existence de systèmes de surveillance/signalement spécifiques ou non : SURSAUD (surveillance sanitaire des urgences et des décès) : exhaustif</p> <p>Services d'urgences hospitaliers</p> <p>SOS médecins Doubs</p> <p>Infocentre</p> <p>Réseaux des cliniciens : syndrome hémolytique et urémique (SHU) pédiatrique, grippe, maladie de Creutzfeld-Jakob (MJC), crises d'asthme.</p> <p>Unification des réseaux Groupes régionaux d'observation de la grippe (GROG) et sentinelles Maladies à déclaration obligatoire</p> <p>Infectio-vigilance : bien identifiée dans les établissements de santé. Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN)</p> <p>Surveillance santé environnementale : Contrôle qualité de l'eau (Alimentation en eau potable (AEP)/baignades)</p> <p>Pollens et qualité de l'air (ATMO)</p> <p>Systèmes de surveillance de la morbidité et de la mortalité potentiellement liées à des facteurs environnementaux : système d'alerte canicule et santé, surveillance des intoxications au monoxyde de carbone, surveillance des intoxications humaines (dans le cadre de la toxicovigilance) dont le saturnisme.</p> <p>Contrôle des établissements de santé/établissements médico-sociaux vis à vis du risque légionelles (Réseaux d'eau chaude sanitaire (ECS)).</p> <p>Pharmacovigilance et autres vigilances réglementées Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (cosmétovigilance, matériovigilance, etc.)</p>	<p>Peu de certification électronique des décès</p> <p>Fiabilité (exhaustivité, qualité) non évaluée des données saisies par les établissements.</p> <p>Maladie suivie : uniquement la grippe</p> <p>Sous-déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoires (MDO)</p> <p>Dispositif de signalement peu fonctionnel par manque de médecins au sein des Equipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH).</p> <p>Vulnérabilité des ressources en eau Franche-Comté : réseau karstique, unité de distribution de petite taille et nombre de captage important</p> <p>Sur-incidence (?) du taux de légionellose observée également en Franche-Comté.</p> <p>Mauvaise lisibilité des professionnels du circuit du signalement des effets indésirables à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFFSAPS) (sur ce qu'ils doivent remonter et ce qu'ils ont remonté) Taux de signalement des professionnels libéraux faible (15% en 2008)</p>



Forces	Faiblesses
<p>Hémovigilance</p> <p>Agence de sûreté nucléaire (ASN)</p> <p>Gestion des alertes : Harmonisation des procédures avec rédaction de fiches réflexes de la réception du signal jusqu'au traitement : fiches réflexes partagées au sein de l'ARS pour, au niveau : sanitaire : infection invasive à meningocoque (IIM), rougeole, gale et évènement infectieux en établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD) ; sanitaire et environnementale : légionellose et TIAC ; environnemental : gestion des dépassements de cyanobactéries dans les eaux de baignades, procédure de gestion de la consommation de poissons en présence de cyanobactéries, gestion de la non-conformité microbiologique des eaux potables.</p> <p>Situations de risque exceptionnel : Mise en place d'une Cellule Régionale Défense Sécurité. Participation aux exercices des Préfectures.</p> <p>Révision du plan canicule en 2010 (y compris les fiches actions ARS et rôle de la Cellule de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE))</p> <p>Existence de plans blancs élargis dans 2 départements</p> <p>Formation du personnel ARS : Formation du personnel de la DVSSE.</p> <p>Formation socle commun de tout le personnel prenant des astreintes (administratif, médecin, ingénieur).</p> <p>Communication autour d'une alerte : Outil à diffusion rapide d'une alerte (télé-alerte) auprès des professionnels de santé, des établissements de santé et établissements médico-sociaux.</p> <p>Rédaction de communiqués de presse type : rougeole IIM</p>	<p>Depuis 2010, 50 déclarations d'effets indésirables graves donneurs en croissance exponentielle</p> <p>Convention cadre nationale en attente.</p> <p>Partage de ces fiches réflexes avec les partenaires intervenant sur les mêmes les thématiques et identifier avec eux qui fait quoi.</p> <p>Il n'existe pas de fiche réflexe pour l'ensemble des maladies transmissibles.</p> <p>Absence d'harmonisation sur les paramètres (uniquement microbiologiques) de qualité de l'eau. Instructions insuffisantes du niveau national pour la gestion de dépassement en cyanobactéries.</p> <p>Révision des procédures de gestion des risques exceptionnels sous la compétence des Préfets.</p> <p>Absence de plan blanc élargi (PBE) régional.</p> <p>Evaluation du dispositif d'astreinte après un an de fonctionnement.</p> <p>Mise à jour permanente des annuaires : défaut des adresses mail et fax des professionnels de santé. Procédures de diffusion auprès des professionnels de santé non rédigées. Procédures de diffusion auprès du grand public non rédigées.</p> <p>Rédaction de communiqué de presse type pour les alertes les plus fréquentes.</p>



Forces	Faiblesses
<p>Information/formation des professionnels de santé (sensibilisation) : Diffusion du point épidémiologique Support d'information commun "BALISE"</p> <p>Journées de partage d'expérience Colloque veille et alertes En coordination avec l'ARS de Bourgogne.</p>	<p>Evaluation du journal hebdomadaire Aucune évaluation faite sur le public cible (intérêt, adaptation niveau régional?). Absence d'un document de retour d'information des maladies obligatoires/ alertes de l'année</p> <p>Peu de sensibilisation initiale et continue des professionnels de santé à la veille et sécurité sanitaire et environnementale.</p>

Actions déjà engagées

Mise en place d'une plateforme régionale de la veille et des urgences sanitaires :

Renforcer la communication sur l'existence de cette plate-forme en diffusant la plaquette de présentation de la DVSSE.

Permanence fonctionnelle 7j/7 et 24/24H, 365j/an : formation des cadres d'astreinte 2010.
 Travail d'harmonisation des procédures régionales : rencontre des partenaires.

Plate-forme avec espace informatique partagé entre tous les gestionnaires de signaux permettant le suivi, le traitement, le partage concomitamment des signaux :

Demande d'autorisation à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) en vue de l'utilisation d'ORAGES avec un hébergeur agréé.

Une critérisation des signaux devant faire l'objet de l'ouverture d'une fiche alerte pour le département santé environnement (DSE) de l'ARS a déjà été réalisé.

Mise en place d'un outil de suivi des signaux et de l'activité du COROSS à enrichir quotidiennement, non automatisé.

Existence de systèmes de surveillance/signalement spécifiques ou non : information des professionnels de santé pour inciter à déclarer les MDO (ex : rougeole).

Surveillance santé environnementale :

Pollens et qualité de l'air (ATMO) : protocole en cours de finalisation entre ARS/Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) pour mieux suivre les tours aéro-réfrigérantes, leur disposition géographique sur le territoire et avoir connaissance des données des autocontrôles anormaux.

Contrôle des établissements de santé/établissements médico-sociaux vis à vis du risque légionelles (Réseaux d'eau chaude sanitaire (ECS)) : étude épidémiologique par l'InVS en cours sur la moitié Est de la France par rapport à la moitié Ouest.

Diagnostic des réseaux d'eaux chaudes sanitaires des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées par un prestataire (Office français d'ingénierie sanitaire : OFIS) sur la Haute-Saône.

Pharmacovigilance : sensibilisation des professionnels de santé des établissements et des libéraux par le Centre régional de pharmacovigilance (CRPV).

Gestion des alertes environnementales : rencontre des partenaires déjà engagée avec DREAL pour le DES.

Situations de risque exceptionnel :

Protocole de fonctionnement de la cellule régional d'appui en cas de crise.

Travail de recensement des plans blancs à réviser.

Formation du personnel ARS :



Actions déjà engagées

Plan de formation : individualisé pour le personnel participant au dispositif de gestion des situations d'urgence.

Mise en place de retour d'expérience (cas groupés de légionellose en Haute-Saône).

Communication autour d'une alerte :

Groupe de travail animé par le Département observation, statistiques et analyses (DOSA) de l'ARS sur la mise en place et mise à jour d'annuaires partagés au sein de l'ARS (établissements de santé, établissements médico-sociaux, professionnels de santé ...)

Information/formation des professionnels de santé (sensibilisation) :

Retour d'information lors de TIAC.

Développement des partenariats avec la faculté de médecine et pharmacie.

Coordination ARS Bourgogne-Franche-Comté.

Pistes d'orientation

Mise en place d'une plateforme régionale de la veille et des urgences sanitaires :

Rencontrer les partenaires : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), Centre de lutte antituberculeuse (CLAT), Protection maternelle et infantile (PMI), Inspection académique (IA), centres hospitaliers, Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales (RFCLIN)/PRIMAIR, ...

Evaluer les outils mis à disposition des différents niveaux d'astreinte et renouvellement formation des cadres d'astreintes (formation des nouveaux cadres prenant des astreintes).

Harmonisation des procédures régionales :

Rédiger des procédures régionales pour les alertes les plus fréquentes : tuberculose, ...

Les proposer aux partenaires pour les procédures communes : TIAC avec les DDCSPP, Infections Invasives à Méningocoques avec la PMI et IA, etc.

Mettre en place la formation des utilisateurs et utilisation d'ORAGES, rédaction de la convention entre ARS et hébergeur à formaliser.

Elaborer des procédures pour définir le travail des gestionnaires de la réception au traitement du signal au sein de l'ARS (événements infectieux en établissements médico-sociaux)

Réaliser des statistiques à partir de l'outil ORAGES

Veille sanitaire :

Formalisation du circuit de l'information et du signal avec :

Adapter le protocole Préfets/ ARS en fonction du bilan réalisé.

Développer des protocoles de signalement avec les partenaires extérieurs : Préfectures, administrations (DDCSPP, IA, ...) et autres partenaires (RF CLIN, services hospitaliers, ..).

SURSAUD (surveillance sanitaire des urgences et des décès) : faire la promotion de la certification électronique dans les établissements de santé.

SOS médecins Doubs : élargir ce système de surveillance aux maisons de santé.

Infocentre : vérifier la fiabilité des données saisies par les établissements de santé et les exploiter.

Unification des réseaux GROG et sentinelles : étendre à d'autres pathologies que la grippe ces systèmes de surveillance : gastro-entérite, bronchiolite en collaboration avec l'InVS.

Maladies à déclaration obligatoire : poursuivre l'information des Professionnels de Santé (PS) pour les inciter à déclarer sur les pathologies MDO les plus fréquentes.

Infectio-vigilance :

Intégrer le suivi des infections à entérobactéries productrices de carbapénèmases dans le dispositif de suivi des infections associées aux soins.

Poursuivre la déclinaison du plan infections associées aux soins 2009-2013 avec les établissements médico-sociaux (convention tripartite, Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)).

Extension à la partie ambulatoire dans un second temps.

Anticiper, gérer le risque légionelle dans l'environnement : étendre les diagnostics dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées sur le Doubs, le Jura et le Territoire de Belfort et inscrire ces mesures dans les conventions tripartites et CPOM.

Pharmacovigilance et autres vigilances réglementées Agence française de sécurité sanitaire des



Pistes d'orientation

produits de santé (AFSSAPS) :

Renforcer la collaboration-coopération avec le CRPV.

Etablir un état des lieux des "vigilants" en les identifiant, connaissant leur rôle et leur organisation.

Hémovigilance :

Intégrer l'alerte, le signalement et la veille en matière d'hémovigilance au dispositif de veille et d'alerte régionale.

Intégrer les données concernant les donneurs de sang dans la veille sur la santé de la population en Franche-Comté.

Communiquer avec l'Etablissement français du sang (EFS) pour la sécurisation du don de sang en cas de foyers épidémiques de maladies infectieuses (en collaboration avec l'EFS).

Gestion des alertes :

Poursuivre les rencontres avec les partenaires extérieurs : DDCSPP, IA, PMI, CLAT, RF CLIN/PRIMAIR, centres de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), services d'hygiène (SCHS), etc. pour proposer de partager ces procédures et les articuler avec les leurs.

Poursuivre le travail d'élaboration des fiches réflexes pour les maladies transmissibles les plus fréquentes : tuberculose, événements infectieux (Gastro-entérites aiguës (GEA)-Infections respiratoires aiguës (IRA)) en établissement.

Harmoniser au niveau régional les procédures de gestion des non-conformités pour les principaux paramètres de qualité de l'eau.

Prévoir des indicateurs de qualité de gestion des événements (dépassement en cyanobactéries dans l'eau).

Situations de risque exceptionnel :

Participer à la révision/mise à jour des plans Organisation des secours (ORSEC), plans de secours spécialisés, plans particuliers d'intervention, plans de secours spécialisés.

Mettre à jour les Plans blancs élargis (PBE).

Prévoir des indicateurs de qualité de gestion des événements exceptionnels en systématisant les retours d'expérience des situations exceptionnelles.

Elaborer un plan de continuité (PCA) régional.

Formation du personnel ARS :

Généraliser les formations de gestion de crise, médiatraining.

Réaliser un bilan d'évaluation (satisfaction du dispositif, pistes d'amélioration, ...).

Systématiser les retours sur expérience.

Mettre à jour les fiches réflexes "astreinte".

Communication autour d'une alerte :

Finaliser le fichier des coordonnées (Fax et mail) des professionnels de santé (institutions et médecine libérale) médicaux et paramédicaux et des partenaires institutionnels.

Rédiger des communiqués de presse type pour les alertes les plus fréquentes (TIAC, gale, ...).

Information/formation des professionnels de santé (sensibilisation) :

Développer les liens avec les partenaires.

Systématiser des retours d'information auprès des professionnels après chaque alerte gérée.

Poursuivre le partenariat avec des institutions hospitalières et les paramédicaux, les ordres, ...

Mettre en place un site Internet pour les professionnels et le grand public.

Pérenniser les journées de partage d'expérience, le colloque veille et alertes, BALISE, avec adaptation afin de mieux cibler les professionnels en coordination avec l'ARS de Bourgogne.

3. Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels

Objectif n°1 : Développer le signalement des alertes sanitaires et les systèmes de surveillance.

1.1. : Renforcer la veille et la surveillance en partenariat avec les autres acteurs œuvrant dans ce domaine.

1.1.1. : Formaliser le circuit du signalement (Préfet/ DGS/Partenaires).

1.1.2. : Organiser des réunions pour présenter le fonctionnement de la DVSSE et travailler sur des procédures communes de signalement.

1.1.3. : Connaître le mode de fonctionnement de ces services et leurs responsables

1.1.4. : Mettre en place un système informatique partagé de signalement au sein de l'ARS (ORAGES).

1.1.5. : Intégrer le signalement de l'hémovigilance au sein du Département veille et alertes.

1.1.6. : Mettre en place une surveillance continue régionalisée de 5 MDO.

1.1.7. : Analyser la surincidence de la tuberculose dans l'aire urbaine.

1.2. : Développer le signalement par les établissements de santé, établissements médico-sociaux, professionnels de santé en ambulatoire.

1.2.1. : Etablir un état des lieux des circuits déjà existants concernés par le dispositif du signalement.

1.2.2. : Identifier les signaux devant faire l'objet d'une remontée auprès de l'AFSSAPS ou au niveau de l'ARS.

1.2.3. Identifier le professionnel de santé ou le référent au sein de la structure (établissements de santé, établissements médico-sociaux) ou le responsable du secteur de garde comme l'interlocuteur privilégié de l'ARS.

1.2.4. : Disposer d'un outil de signalement rapide pour les professionnels de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux et professionnels de santé libéraux).

1.2.5. : Faire connaître le point focal régional de l'ARS.

1.2.6. Elaborer et diffuser un document sur les MDO à destination des professionnels de santé.

1.2.7. Mettre en ligne la liste des MDO et des formulaires Cerfa.

1.2.8. Elargir le système de surveillance à l'ambulatoire.

1.3. : Améliorer la qualité du signal.

1.3.1. : Vérifier la fiabilité des données saisies par les établissements de santé (Infocentre).

1.3.2. : Etendre le suivi à d'autres pathologies que la grippe dans les systèmes de surveillance du Réseau unifié GROG Sentinelle : gastro-entérite, bronchiolite.

1.3.3. : Faire la promotion de la certification électronique des décès.

Objectif n°2 : Organiser, optimiser et généraliser les activités de veille, la gestion des alertes et se préparer et gérer les situations exceptionnelles.

2.1 : Harmoniser les procédures, de la réception des signaux jusqu'au traitement avec retour d'expérience.

2.1.1. : Elaborer et rédiger des procédures partagées d'investigation/gestion des signaux au sein de la plate-forme.

2.1.2. : Elaborer, rédiger des procédures avec l'appui des experts dans leur domaine.

2.1.3. : Partager ces procédures avec les partenaires extérieurs impliqués dans la gestion d'un événement sanitaire commun.

2.1.4. : Elaborer des outils créés par les experts du domaine pour les professionnels de santé.

2.1.5. : Systématiser les retours d'expérience.

2.1.6. : Mettre en place des indicateurs qualité de gestion des événements sanitaires.

2.2. : Adapter les plans de gestion de situations exceptionnelles à la nouvelle organisation régionale.

2.2.1. : Participer à la révision/mise à jour des différents plans ORSEC, plans de secours spécialisés, plans particuliers.

2.2.2. : Mettre à jour les plans blancs élargis et élaborer un plan blanc élargi régional.

2.2.3. : Rédiger un plan de continuité des activités pour l'ARS.

2.2.4. : Définir les modalités de fonctionnement de la Cellule Régionale d'Appui de l'ARS.

2.2.5. Contribuer à l'élaboration et à la réalisation du programme d'exercices au sein de l'ARS.

2.2.6. : Mettre en place des indicateurs de gestion des situations exceptionnelles.

Objectif n°3 : Développer la communication sur la veille, la gestion des alertes, la sécurité sanitaire et les situations exceptionnelles.

3.1. : Mettre en place un mini-site dédié à la veille et sécurité sanitaire destiné aux professionnels de santé sur le site Internet de l'ARS.

3.1.1. : Faire connaître cet outil de communication aux différents professionnels de santé.

3.1.2. : Créer un espace de communication entre les professionnels de santé et l'ARS via le site.

3.1.3. : Mettre à disposition les courriers d'informations de l'ARS envoyés aux PS.

3.1.4. : Mettre en ligne les outils créés par les experts (ex : RF-CLIN/PRIMAIR et C-CLIN) pour les professionnels de santé.

3.2 : Développer la culture du retour d'information ou d'expérience auprès des professionnels de santé.

3.2.1. : Diffuser un support de communication sur les alertes ou crises sanitaires gérées.

3.2.2. : Evaluer et adapter BALISE, le cas échéant, à son public cible.

3.2.3. : Poursuivre et adapter le colloque "veille et alertes".

3.3. Harmoniser la communication aux médias.

3.3.1. : Rédiger des Communiqués de Presse types pour les principales alertes.

3.3.2. : Mettre en ligne les CP ayant fait l'objet d'une diffusion aux médias.

Objectif n°4 : Renforcer la formation des professionnels de l'ARS, des institutionnels (Etablissements de santé, établissements médico-sociaux) et des professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, paramédicaux, ...).

4.1. : Proposer un plan de formation initiale et continue pour le personnel de l'ARS.

4.1.1. : Evaluer les outils nécessaires à l'astreinte administrative et technique.

4.1.2. : Former le personnel gestionnaire des événements sanitaires (formation initiale et continue).

4.2. : Inscrire dans le programme de travail un plan de formation des PS ad hoc : formation initiale et formation continue.

4.2.1. : Négocier avec Université, FMC, IFSI, autres écoles, paramédicaux, IRTS d'une thématique veille et sécurité sanitaire dans le programme.

4.2.2. : Inscrire la thématique de la veille et des urgences sanitaires dans le programme de formation (initiale et continue).

4.2.3. : Mettre en place une formation théorique et pratique (ateliers) animées par les experts dans le domaine.

Objectif n°5 : Améliorer l'information de l'utilisateur. Informer et former ses représentants.

5.1. : Inscrire la thématique veille et sécurité sanitaire dans le programme de formation des représentants des usagers.

5.1.1. : Mettre en place une formation.

5.1.2. Evaluer la formation.

5. 2. : Informer l'utilisateur.

5.2.1. : Renforcer le lien avec le Médecin Généraliste (MG) (s'adresser aux professionnels de santé).

5.2.2. : Informer l'utilisateur du site de l'ARS.

4. Acteurs/Programmes

4.1. Acteurs

- CIRE.
- Préfectures, DDCSPP, DREAL, ...
- Protection maternelle et infantile (PMI).
- Inspection académique.
- Médecine universitaire.
- Etablissements de santé.
- Etablissements médico-sociaux.
- Collectivités territoriales.
- GCS Emosist.
- Centre régional de Pharmacovigilance (CRPV).
- Union régionale des professionnels de santé (URPS).
- Conseils de l'Ordre (médicaux, pharmacie, infirmiers, kinésithérapie, sages-femmes).
- RF CLIN/PRIMAIR.
- Centres de lutte anti-tuberculeux (CLAT).
- Université.
- Ecoles paramédicales.
- Formation médicale continue (FMC).

4.2. Programmes

- PRSE 2
- Plan de lutte contre les infections associées aux soins 2009-2013

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale

5.1.1. Offre sanitaire

- Les professionnels de santé libéraux et hospitaliers.
- Les CLAT.

5.2. Transversalité interinstitutionnelle

- Les DDCSPP.
- L'inspection académique.
- La DREAL
- Les PMI.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

Les indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis dans les programmes ou actions mis en œuvre pour décliner le SRP.

Ces indicateurs (éventuellement complétés par d'autres) pourront figurer dans les engagements contractuels entre l'ARS et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Indicateurs de suivi possibles :

- Suivi du programme de travail du Département veille et alertes.
- Suivi du PRSE 2.
- Bilan d'activités de la direction Veille, Sécurité Sanitaire et Environnementale.
- Programme de travail de la CIRE et bilan d'activité de la CIRE.

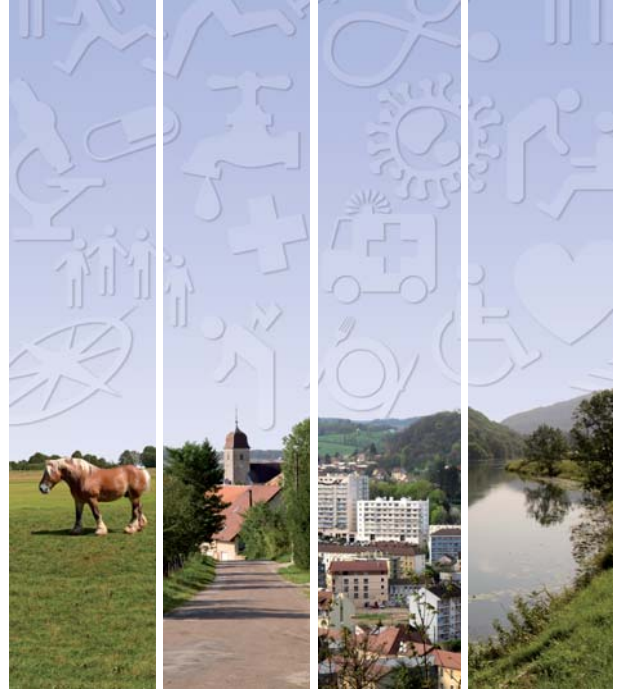


Schéma régional d'organisation des soins



Sommaire SROS - PRS

Introduction	3
Volet hospitalier	5
Médecine	7
Chirurgie	19
Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale	31
Assistance médicale à la procréation	49
Diagnostic prénatal	57
Psychiatrie	65
Réanimation, soins intensifs et surveillance continue	81
Médecine d'urgence	91
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	105
Soins de suite et de réadaptation	113
Soins de longue durée	123
Cancérologie	131
Insuffisance rénale chronique	153
Imagerie médicale et équipements matériels lourds	169
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales	181
Soins palliatifs	191
Soins aux détenus	201
Hospitalisation à domicile	211
Prise en charge des patients cérébro-lésés	219
Missions de service public	235
Organisation de la transfusion sanguine	257
Volet ambulatoire	269
Ambulatoire	271
Biologie	297



Introduction

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 a intégré le Schéma régional d'organisation des soins, dénommé SROS-PRS comme une des composantes du Projet régional de santé (PRS). Elle a étendu par ailleurs son champ à l'offre de soins ambulatoire, ce qui constitue une modification importante par rapport au précédent Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS III).

Outil de planification opérationnel, il doit prendre en considération le contexte financier contraint dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le Schéma régional d'organisation des soins comporte deux parties précisées à l'article R. 1434-4 du code de la santé publique :

- une partie relative à l'offre de soins définie à l'article L. 1434-9, *opposable* aux établissements de santé, 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 ;
- une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS, dont la dernière version 2.1 a fait l'objet de la circulaire DGOS/R5/2011/211 du 1^{er} août 2011, publiée au Bulletin Officiel Santé n° 2011/08 du 15 septembre 2011, a déterminé pour chacune des parties du SROS-PRS les orientations nationales qui constituent, pour les différents volets, des directives à prendre en considération lors de leur application même si elles n'ont pas été reprises stricto sensu dans le présent document.

Les orientations stratégiques développées dans le SROS-PRS ont été guidées par un souci de cohérence avec les priorités affichées dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS) et avec les orientations nationales précitées, tout en prenant en considération la situation et les particularités régionales détaillées dans le diagnostic établi pour chacun des volets.

Chacune des thématiques a été abordée dans le cadre d'une démarche volontariste de décloisonnement des parcours de santé dans le champ d'application du SROS-PRS mais également en lien avec le Schéma régional de prévention (SRP) et le Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS).

Opposable, **la partie hospitalière** aborde l'ensemble des activités de soins et équipements soumis à autorisation, les missions de service public et traite également des enjeux transversaux ou organisationnels tels que l'hospitalisation à domicile, la chirurgie ambulatoire, la prise en charge des patients cérébro-lésés. Par ailleurs, cette partie intègre à titre indicatif les préconisations de l'ARS en termes d'organisation de la transfusion sanguine dans le cadre du prochain schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS), compte tenu de son enjeu structurant pour l'offre de soins.

La partie hospitalière a été établie en prenant en compte des objectifs d'accessibilité, de sécurité, de qualité des soins et aussi d'efficience. Un intérêt particulier a été porté à l'évolution des modes de prise en charge, au développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète et à l'optimisation de l'offre dans un contexte de gradation des plateaux techniques.

L'élaboration de **la partie ambulatoire**, non opposable, représente le premier exercice de ce type réalisé en concertation avec les professionnels concernés. Limité à ce stade à des actions ciblées relatives à l'offre de premier recours, un bilan, réalisé à l'issue d'un délai de 18 mois à deux ans, permettra de le compléter et d'élargir le cas échéant son champ d'action.

Certaines orientations stratégiques et actions prévues dans le SROS-PRS ont un lien marqué avec les programmes régionaux, en particulier le Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPGDR) et le Programme de développement de la télémédecine qui développent des actions relatives à l'organisation des soins.

Malgré des délais particulièrement contraints, l'Agence régionale de santé a souhaité donner une place importante à la concertation pour sa réalisation. Les groupes de travail mis en place ont su relever le véritable défi que représentait l'élaboration des diagnostics régionaux et des propositions de pistes d'orientations dans des contraintes temporelles très fortes, inférieures à 6 mois. Le travail de qualité fourni a servi de base à la finalisation des fiches contenues dans le présent document.

VOLET HOSPITALIER





Fiche SROS - PRS

Médecine

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité et/ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé mis en œuvre en Franche-Comté.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 2 Objectif 2.6	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare.
Priorité 3 Objectif 3.1	Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Addictions, Education thérapeutique du patient, Maladies chroniques, Nutrition, Petite enfance.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.
- Plan national maladies rares 2011-2014.
- Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Ce volet concerne :

- l'ensemble de la population après l'âge de 28 jours,
- les hospitalisations hors chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, médecine d'urgence, réanimation - soins continus, soins palliatifs, hospitalisations à domicile, cancers, insuffisances rénales chroniques traitées en dialyse, cérébro-lésés (accidents vasculaires cérébraux), activités interventionnelles sous imagerie en cardiologie, soins aux détenus.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

2.1.1. Enfants

En Franche-Comté, le nombre d'enfants de moins de 20 ans est de 290 402 en 2009. Il sera de 293 120 en 2016, soit une augmentation de 0,94% de cette population.

Le nombre d'enfants âgés de moins de 15 ans est de 216 703 en 2009. Il sera de 220 630 en 2016, soit une augmentation de 1,81%.

Sur la période 2006-2008, les décès annuels ont été en moyenne de :

- 20 enfants en période post-néonatale (28 jours-1 an),
- 26 enfants de 1 à 14 ans, et 28 jeunes de 15 à 19 ans principalement par traumatismes et empoisonnement puis par tumeur.

Sur la période 2005-2006, 435 enfants de moins de 15 ans et 375 jeunes de 15 à 24 ans ont été admis en ALD. Les principaux motifs médicaux d'admission sont les affections neuromusculaires (14%), le diabète (8%), puis l'insuffisance cardiaque chez les moins de 15 ans (11%) et la rectocolite hémorragique chez les 15-24 ans (8%).

Sur la période 2006-2007, en moyenne chaque année, 17 464 enfants de 1 à 14 ans ont été hospitalisés dans des services de court séjour MCO, soit un taux d'hospitalisation de 8%.

Leurs diagnostics d'hospitalisation les plus fréquents sont principalement chirurgicaux : amygdales et végétations (15% des séjours), traumatismes (12%) et appendicites (3%).

Sur la période 2006-2007, 16 505 jeunes de 15 à 24 ans ont été hospitalisés dans des services de court séjour MCO, soit un taux d'hospitalisation de 11,3%. Les diagnostics d'hospitalisation les plus fréquents pour ceux âgés de 15 à 19 ans sont chirurgicaux ou obstétricaux : maladies de l'appareil digestif (28% dont 15% liés à la dentition), traumatismes (21%), grossesse (12%).

2.1.2. Personnes atteintes de maladies chroniques

Les maladies chroniques touchent 20 % de la population française soit une estimation de 233 000 Francs-Comtois.

Elles sont à l'origine de 60% des décès, dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans.

En Franche-Comté, il existe notamment une surmortalité par diabète de 14 % par rapport à la moyenne métropolitaine.

Les personnes les plus sévèrement atteintes disposent d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Nombre de personnes bénéficiant d'une exonération au titre d'une ALD (30 affections de la liste) en Franche-Comté au 31 décembre 2009 pour le régime général (prévalence), âge moyen de ces

personnes au niveau national en 2009 par type de pathologie et nombre de personnes admises ALD (30 affections de la liste) en Franche-Comté en 2009 (incidence). Source : CNAMTS – DSES

	Prévalence FC	Age moyen personnes en ALD national	Incidence FC
Total dont :	175 319	62,1 ans	19 936
Maladies cardiovasculaires ¹	59 467	70,6 ans	6 662
Diabète type 1 et 2	32 971	64,9 ans	3 201
Insuffisance respiratoire chronique grave	4 578	60,8 ans	459
Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	3 798	44,4 ans	415
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	3 313	61,7 ans	353
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	2 404	55,2 ans	269

¹ Maladies cardiovasculaires regroupent les pathologies suivantes : HTA, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, artériopathie, accident vasculaire cérébral

En 2007-2009, le taux standardisé d'admission en ALD en Franche-Comté est inférieur au taux national :

- pour les maladies cardio-vasculaires, il est de 535 pour 100 000 personnes affiliées au régime général (699 au niveau national),
- pour le diabète, il est de 318 pour 100 000 (340 au niveau national).

Ces pathologies progressent en France comme dans la plupart des pays développés. Celles qui présentent la plus forte croissance annuelle sont les insuffisances médullaires (13,6%), les collagénoses (12,3%), la sclérose en plaques (10%), les maladies du foie et cirrhoses (9,9%), les maladies inflammatoires chroniques intestinales (8,9%), les affections neuro-musculaires et épilepsie (8,6%), la spondylarthrite ankylosante (7,9%), les cancers (6,3%) et le diabète (6,2%).

2.1.3. Personnes âgées

En Franche-Comté, la population âgée de 75 ans et plus est de 103 030 personnes en 2009, et s'élèvera en 2016 à 114 269 personnes, soit une augmentation de 10,9%.

33 880 personnes âgées de 75 ans et plus sont hospitalisées chaque année en Franche-Comté (moyenne 2005-2007).

Le taux de recours aux soins hospitaliers en 2005 pour les Francs-comtois âgés de 75 ans et plus est de 5 990 pour 10 000 (inférieur à la moyenne nationale de 6 640 pour 10 000).

Les diagnostics principaux "médicaux" (hors tumeurs) pour les 79 350 séjours annuels en 2005-2007 sont :

- les "facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux soins" (surveillance, examen ou investigation sans résultat anormal) : 36%,
- les maladies de l'appareil circulatoire : 12,5%,
- les maladies de l'appareil digestif : 6,5%.

Plus de 40% des personnes de 85 ans et plus hospitalisées ont transité par un service d'urgence contre 15% pour la population hospitalisée âgée de 30 à 70 ans.

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Recours en médecine

Le taux standardisé de recours en médecine en 2009 des Francs-comtois est plus faible que la moyenne nationale (1 105 recours pour 10 000 habitants contre 1 198 en moyenne nationale). C'est la 5^e région métropolitaine avec les taux les plus faibles.

Ce taux standardisé de recours pour 10 000 habitants est plus faible en hospitalisation complète (838 en Franche-Comté contre 844 en moyenne nationale) mais surtout en hospitalisation partielle (216 en Franche-Comté contre 279 en moyenne nationale).



En hospitalisation complète, cette situation est surtout liée au taux de recours du Doubs (739) et à celui du Territoire de Belfort (819), ceux du Jura et de la Haute-Saône étant au dessus de la moyenne nationale (924 et 971).

En hospitalisation partielle, aucun département n'a de taux de recours supérieur à la moyenne nationale, le Jura ayant un taux de recours particulièrement bas (173).

Les différentiels entre les taux francs-comtois et nationaux les plus importants concernent les recours suivants (taux standardisés pour 10 000 habitants) :

- diabète, maladies métaboliques, endocrinologie hors complications (41,7 en Franche-Comté contre 56 au niveau national),
- maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques (34,8 en Franche-Comté contre 45,1 au niveau national).

Pour les techniques interventionnelles (cotées en K en hospitalisation complète et partielle), le nombre de recours est de 37 279 en 2009, dont 44% pour le Doubs, 18% pour le Jura, 23% pour la Haute-Saône et 15% pour le Territoire de Belfort.

Le taux standardisé de recours régional de 315 pour 10 000 habitants est beaucoup plus faible que le taux national (384), particulièrement dans le Jura (240).

Il est faible en particulier pour les actes d'endoscopies avec ou sans anesthésie suivants : digestives (160,5 pour 10 000 habitants contre 187,8 au niveau national), bronchiques (1,5 contre 4,9), génito-urinaires (12,7 contre 16,2) et ORL (1,6 contre 2,3).

D'après les données nationales, la région n'est pas attractive en médecine pour les habitants des régions périphériques (solde déficitaire de près de 7 000 séjours).

C'est en Franche-Comté que le temps de parcours médian en 2008 pour une hospitalisation en médecine est le plus long (28 minutes contre 21 minutes au niveau national), avec :

- 34 minutes pour la Haute-Saône,
- 29 minutes pour le Jura et le Doubs,
- 14 minutes pour le Territoire de Belfort.

2.2.2. Activité des établissements de santé

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus dans le SROS III étaient compris entre 145 000 et 169 000 séjours environ. Les séjours produits sur la période 2007-2009 ont été en moyenne de 143 000.

Le CHU de Besançon et le CH Belfort Montbéliard représentent à eux deux quasiment la moitié (49%) des séjours produits en région (en moyenne, plus de 30 000 séjours/an).

En y associant le CH de Lons et le CHI de Haute-Saône, ces quatre établissements représentent 68% des séjours produits en région (en moyenne, entre 10 et 20 000 séjours/an).

En additionnant ensuite l'activité de la clinique Saint Vincent, du CH de Dole et du CH de Pontarlier (entre 5 et 10 000 séjours/an), c'est 83% de l'activité de médecine qui est réalisée par ces établissements.

Les 17% d'activité restant se répartissent principalement entre des actes d'endoscopie réalisés par les établissements privés (11%) et des unités de médecine de proximité (6%) permettant de prendre en charge des personnes âgées ayant souvent des polyopathologies qui ne nécessitent pas un plateau technique important.

En 2009, les actes techniques sous anesthésie (hors cardiologie interventionnelle et actes interventionnels sous imagerie) sont principalement effectués sur les 8 plateaux techniques privés (68%). Les endoscopies digestives représentent 75 % de ces actes techniques en public comme en privé.

2.2.3. Démographie médicale

La densité de l'ensemble des médecins en activité régulière en Franche-Comté n'a jamais été aussi élevée qu'en 2010 (280 médecins pour 100 000 habitants).

Cependant, elle va diminuer au cours des cinq prochaines années du fait d'un nombre de départs en retraite élevé, non compensés par le nombre d'installation en activité clinique régulière (hors médecins retraités ou remplaçants).

Nombre et densité des médecins spécialistes en Franche-Comté (nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants) et comparaison avec la densité nationale (ratio densité en Franche-Comté / densité en France) au 1^{er} janvier 2011

Source : CNOM atlas de la démographie médicale en France situation au 1^{er} janvier 2011

Pourcentage de médecins spécialistes ayant 60 ans au 1^{er} janvier 2010

Pourcentage de médecins exerçant en établissements de santé en Franche-Comté au 1^{er} janvier 2010 et comparaison avec le niveau national (ratio Franche-Comté / France)

Source : DREES ADELI : les médecins au 1^{er} janvier 2010 document de travail n°52 février 2011)

Médecins spécialistes	Nombre en FC	Densité en FC	Ratio densité FC/France	% des 60 ans et plus en FC	% exercice en ES en FC	Ratio exercice en ES FC/France
Cardiologie Mal. vasculaires	81	6,7	0,72	15,70 %	41 %	1,14
Dermatologie	62	5,2	0,91	15,5 %	26 %	2,00
Endocrinologie	23	1,9	0,76	15,4 %	62 %	1,29
Gastro-entérologie hépatologie	55	4,6	0,90	21,5 %	42 %	0,98
Gériatrie	12	1	0,63	NC	NC	
Médecine interne	30	2,5	0,71	21,5 %	93 %	1,13
Néphrologie	22	1,8	0,90	13,6 %	100 %	1,52
Neurologie	39	3,2	1	0 %	69 %	1,13
Pédiatrie	94	7,8	0,76	20,6 %	53 %	1,08
Pneumologie	42	3,5	0,85	20 %	67 %	1,16
Rhumatologie	32	2,7	0,71	8,6 %	29 %	1,07

2.3. Bilan du SROS III

Certaines des orientations des volets médecine et pédiatrie du SROS III sont reprises dans le cadre du volet médecine du SROS-PRS, notamment les suivantes :

2.3.1. Médecine polyvalente

- Replacer la médecine polyvalente dans un rôle pivot par rapport aux urgences, aux spécialités, à la gériatrie, au sein du CH.
- Organiser un service de médecine polyvalente dans chaque CH qui n'en dispose pas par individualisation d'unités ou de secteurs dédiés à l'accueil de malades ne relevant pas d'une spécialité d'organes.

L'organisation d'un service de médecine polyvalente dans chaque établissement n'est pas effective dans tous les établissements de la région.

	Service de médecine polyvalente ou UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée)
CHU	Création d'un service de médecine polyvalente prévue au projet médical (30 lits). Création d'une Unité médicale post-accueil de 10 lits, distincte de l'UHCD, ayant permis de limiter les hospitalisations indues dans les services spécialisés et d'améliorer le flux des patients aux urgences. Cette unité est gérée par le service de médecine interne.
CH Gray	3 services de médecine dont 1 de médecine polyvalente à orientation gériatrique
CHBM	2 services de médecine interne (52 lits au total) sur les 2 sites gérant les patients ne relevant pas d'une spécialité d'organe, sans identification "médecine polyvalente". Celui de Belfort est également identifié comme service de gériatrie "court séjour". création récente d'une unité de 6 lits de "gériatrie aigüe" en relation directe avec les urgences
CH Pontarlier	2 services de médecine polyvalente
CH Dole	1 service de médecine polyvalente identifié qui accueille également les patients de gastro-entérologie
CH Lons le Saunier	27 lits de médecine polyvalente gériatrique individualisés
CH St-Claude	1 service de médecine polyvalente et 4 lits d'UHCD
CH Morez	Implantation des lits de médecine dans le même service que ceux de soins de suite.
CH Champagnole	1 service de médecine polyvalente
CHI Haute-Saône	Sur le site de Vesoul, existence de 2 services de médecine polyvalente : l'un ayant une orientation diabétologique et le second une orientation gériatrique. Sur le site de Lure, 2 services de médecine et 1 service sur celui de Luxeuil.

2.3.2. Ex-hôpitaux locaux

- Développer des liens avec les hôpitaux locaux.

Un réseau entre hôpitaux locaux et établissements pivots (établissements de recours) a été construit dans chacun des territoires de santé concernés :

- le CHU est l'établissement pivot de Baume les Dames et d'Ornans, avec interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du CHU à Baume les Dames,
- le CH de Pontarlier assure son rôle de pivot pour les trois anciens hôpitaux locaux du territoire. Il assure des consultations avancées au sein de l'hôpital de Morteau. Les équipes mobiles de soins palliatifs, de gérontologie et de rééducation fonctionnelle interviennent régulièrement dans les structures de Mouthe et Nozeroy. Il assure la gestion administrative des hôpitaux de Mouthe et Nozeroy. L'établissement de Mouthe a été reconstruit et, comme à Morteau, une maison de santé a été mise en place dans des locaux adjacents à l'établissement et des lits de médecine et de soins de suite sont en activité,
- le CH de Dole est l'établissement pivot d'Arbois avec interventions de l'EMSP.

2.3.3. Gastro-entérologie

- Organiser la prise en charge des urgences endoscopiques par niveau et renforcer le réseau régional d'endoscopie.

Pour les endoscopies digestives, la gradation des plateaux techniques est actuellement la suivante :

- niveau 1 : (vidéo-endoscopies diagnostiques et thérapeutiques : ablation de polypes, sclérose d'un ulcère...) : au CHU et dans les établissements de santé de recours infrarégional, uniquement en programmé à Gray et à Champagnole,
- niveau 2 : (écho-endoscopies) au CHU, au CHBM et à la clinique Saint-Vincent,
- niveau 3 : (autres endoscopies thérapeutiques : biliaires, pancréatiques, entérales ...) : au CHU et à la Polyclinique de Franche-Comté.

Des astreintes de gastro-entérologie pour la réalisation des urgences endoscopiques existent au CHU, au CHI de Haute-Saône et au CH de Belfort-Montbéliard (sur les 2 sites).

Des difficultés à court terme liées à la démographie médicale sont prévisibles sur Montbéliard.

Dans le Jura, il n'existe plus en 2010 d'astreintes de permanence de soins en gastro-entérologie. Pendant la période de permanence des soins, les patients nécessitant des endoscopies de niveau 1 sont adressés systématiquement au CHU par les établissements de santé de Pontarlier, Gray et Dole, ce dernier les transfère soit au CHU de Besançon, soit au CHU de Dijon. Pour les endoscopies de niveau 2 et 3, les patients sont envoyés au CHU de Besançon par les établissements de la région.

2.3.4. Education thérapeutique

- Favoriser le développement d'une offre équilibrée entre ville et hôpital, au niveau de la répartition géographique des moyens, ciblée dans un 1^{er} temps sur les pathologies chroniques prioritaires, répondant dans chacun des territoires de santé aux propositions des acteurs en présence, de ville et d'hôpital.

L'éducation thérapeutique s'est largement développée en Franche-Comté ces dernières années. Ainsi, une soixantaine de programmes d'éducation thérapeutique a été autorisée fin 2010 dont 60% déposés par des établissements de santé, 24% par des structures ambulatoires. Il est à noter une forte représentation des établissements du Doubs (40%) et du Jura (29%), moindre pour ceux de l'aire urbaine BHM (17%) ou de Haute-Saône (3%). 40% des programmes concernent le diabète ou la cardiologie.

Il conviendrait de s'assurer de la bonne couverture tant géographique que thématique des programmes développés.

2.3.5. Pédiatrie (volet médecine)

- Maladies chroniques : mieux coordonner le secteur ambulatoire, hospitalier et d'aval pour des diagnostics précoces suivis de prises en charge adaptées et poursuivre la prise en charge multidisciplinaire médicale et paramédicale en ambulatoire par le biais de réseaux de proximité.

Deux réseaux de santé centrés sur la prise en charge des enfants se sont développés en Franche-Comté : le réseau Dys'Epi pour les troubles du langage et épilepsie et le REPPPOP pour l'obésité de l'enfant.

- Former plus de pédiatres en augmentant le nombre de postes d'internes et améliorer le cursus de formation initiale compte tenu de la situation préoccupante de la démographie dans cette spécialité

Le nombre de postes d'internes en pédiatrie est actuellement de 6 par an.

2.4. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.4.1. Les points forts

- Développement régional de la télémédecine (télé expertise, télé consultation).
- Développement de programmes d'éducation thérapeutique sur la région.

2.4.2. Les axes de consolidation ou d'amélioration

- Centrer la prise en charge hospitalière sur la phase aiguë.
- Nécessité d'examiner la situation régionale par spécialité médicale pour organiser des filières.
- Prendre en compte les évolutions de la démographie des professions de santé.

3. Orientations stratégiques

Le volet médecine prend notamment en compte les enjeux et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé suivants :

- pour assurer à tous les Francs-Comtois une offre de santé de qualité, organiser l'offre de proximité et construire des filières de prise en charge coordonnées pour chaque patient,
- développer la solidarité et la coopération entre établissements de santé, en lien avec la médecine de ville :
 - développer la télémédecine,
 - organiser des filières de prise en charge spécialisées qui consolident, voire renforcent l'offre de proximité sur les territoires, en tissant des liens entre les professionnels de santé de chacune de ces spécialités,
- améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours, et d'autre part, les différents champs d'intervention (soins, médico-social et social) :
 - organiser les filières de prise en charge ville-hôpital des maladies chroniques,
 - organiser les sorties d'hospitalisation, en particulier pour les personnes âgées dépendantes,
 - améliorer la filière de soins gériatriques.

3.1. Adéquation des séjours en médecine

Renforcer l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation en médecine sur les soins aigus :

- Développer l'activité de médecine en hospitalisation de jour dans tous les établissements,
- Développer la prise en charge en HAD des malades chroniques et s'assurer de la continuité de la prise en charge post-HAD (principalement pour les personnes dépendantes). Travailler à une convergence des pratiques sur l'ensemble de la région.

3.2. Médecine polyvalente-gériatrie

- Structurer la gériatrie au niveau régional pour assurer un bon fonctionnement de la filière :
 - identifier un coordonnateur régional au sein du CHU et des référents dans chaque structure concernée,
 - organiser l'accès direct des personnes âgées dans les services de médecine polyvalente sans passage par le service des urgences, notamment par le biais de convention avec les EHPAD,
 - mettre en place dans les établissements de santé une organisation permettant d'éviter les déprogrammations d'hospitalisations de patients et intégrant les variations saisonnières d'accueil des urgences,
 - identifier des modalités d'amélioration pour fluidifier le parcours des patients âgés entre le court séjour et les soins de suite et de réadaptation, notamment grâce à l'intervention des équipes mobiles et des soins de support et au développement d'outils permettant la facilitation des parcours,
 - élaborer des recommandations régionales de prise en charge sur lesquelles les médecins traitants pourront s'appuyer (par exemple, sur la polymédication).
- Individualiser des services de médecine polyvalente dans tous les établissements publics de santé (avec orientations dans les établissements de niveau "infrarégional") afin de prendre en charge les patients âgés.
- Renforcer les coopérations :
 - favoriser les coopérations entre établissements de santé de proximité et établissements de recours infrarégional (interventions des équipes mobiles, conventions de partenariat...),
 - conforter le rôle des établissements de proximité, dont les ex hôpitaux locaux, en constituant des plateformes de services et en reconnaissant leur place dans la structuration des filières de soins, plus particulièrement gériatrique,
 - développer les coopérations avec les professionnels de santé ambulatoires de proximité.
- Développer les unités d'hospitalisation de jour médicales et transversales hors cancérologie pouvant également assurer une activité de consultation externe.

- Pallier les difficultés liées à la démographie médicale : le développement des consultations avancées de spécialités médicales n'est envisageable qu'au cas par cas dans les cinq ans à venir, compte tenu des difficultés liées à la démographie médicale. La télémédecine (télé consultation) pourra permettre de répondre en partie au manque de disponibilité des professionnels.

3.3. Maladies chroniques

- Définir les besoins en éducation thérapeutique (ETP), tant en termes de pathologies ou de thérapeutiques à prendre en charge qu'en termes de secteurs géographiques à couvrir et de répartition de l'offre entre établissements de santé et secteur ambulatoire.
- Eviter le passage aux urgences des patients chroniques connus avec décompensation et privilégier l'admission directe dans le service pour ceux nécessitant une hospitalisation.
- Privilégier l'organisation du parcours de soins par le médecin traitant ou le médecin spécialiste libéral :
 - en favorisant le contact direct médecin traitant ou le médecin spécialiste libéral/médecin hospitalier de spécialité (un référent par service) pour un avis ou une prise en charge (consultation ou hospitalisation),
 - en renforçant la coopération médecins hospitaliers/médecins libéraux pour la prise en charge de malades chroniques par l'établissement de protocoles et par l'utilisation d'outils (annuaire, dossier médical personnel, télémédecine).
- Développer les soins de supports pour les patients chroniques qui en relèvent, en particulier les prises en charge et/ou soutiens psychologiques en ambulatoire en lien avec les coordinations d'appui locales.

3.4. Pédiatrie

Compte tenu de la démographie des pédiatres dans la région, les orientations régionales retenues sont les suivantes :

- Développer la création et la pérennisation de postes partagés entre le CHU et un établissement de recours infrarégional pour poursuivre la formation en sur-spécialité, sous réserve que les effectifs médicaux soient suffisants au CHU,
- Favoriser les demandes d'avis spécialisés grâce au développement de la télémédecine,
- Travailler davantage avec les professionnels paramédicaux spécialisés (puériculteurs) notamment dans le cadre des protocoles de coopération interprofessionnels,
- Améliorer l'organisation des transports pédiatriques (hors néonatalogie) médicalisés ou intermédiaires (accompagnement par un personnel infirmier),
- Créer un lieu d'échange pédiatres/médecins généralistes et, pour les enfants ayant une maladie chronique, organiser les liens entre pédiatres hospitaliers sur-spécialistes et médecin libéral habituel de l'enfant (généraliste ou pédiatre) ; établir des protocoles conjoints de suivi.

3.5. Plateaux techniques de médecine et permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

- Organiser des filières de prise en charge spécialisées qui consolident l'offre de proximité en tissant des liens entre les professionnels de santé de chacune de ces spécialités.
- Organiser la gradation des plateaux techniques médicaux de la région par spécialité médicale et dans le cadre des niveaux généraux de gradation des soins : définir les prises en charge pouvant

être effectuées à chaque niveau, les liens entre les différents niveaux de prise en charge et les moyens nécessaires à chacun de ces niveaux, d'ici 2013.

- Regrouper les plateaux techniques d'endoscopies au sein d'un même établissement pour une mutualisation notamment de la désinfection des endoscopes.
- Mutualiser les astreintes techniques dans le cadre de la PDSES entre les différents établissements de santé proches géographiquement (en privilégiant l'utilisation de la télémédecine quand elle est possible) afin de leur permettre de disposer d'un nombre suffisant de médecins (publics et privés) et en leur assurant les moyens de fonctionner (astreintes de personnels infirmiers formés).

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

4.1. Organisation territoriale

Un maillage du territoire doit être privilégié :

- entre les acteurs de premier recours et les établissements de proximité,
- entre les établissements de proximité et les établissements de recours infrarégional et avec l'établissement de recours régional.

Il est prévu que les autorisations d'activité de soins en médecine comportent simultanément l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel de jour pour l'ensemble des sites à l'exception de l'implantation limitée à la chimiothérapie en qualité de site associé prévue à Besançon.

4.2. Gradation des niveaux de prise en charge

La gradation des soins de médecine hospitalière est celle définie au niveau national (cf. guide méthodologique pour l'élaboration du SROS- PRS) :

- Niveau de proximité (activité concentrée sur la médecine, structure d'urgence ou antenne SMUR possible, sans obligation de PDSES) :
 - ex hôpitaux locaux : Baume-les-Dames, Ornans, Morteau, Mouthe, Arbois, Poligny et Nozeroy (jusqu'à la construction du nouvel établissement),
 - CH de Morez,
 - sites de Lure et de Luxeuil du CHI de la Haute-Saône,
 - CH de Champagnole,
 - CH de Gray,
- Niveau des plateaux techniques de recours infrarégional (obligation de PDSES, accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, plateaux techniques d'imagerie et de biologie) :
 - CH Belfort Montbéliard,
 - CHI de la Haute-Saône, site de Vesoul,
 - CH de Lons le Saunier,
 - CH de Dole,
 - CH de Pontarlier,
 - CH de Saint-Claude,
- Niveau de recours régional : CHU
- Offre spécifique de médecine hors gradation des soins :
 - structure d'addictologie de Bletterans
 - structure d'addictologie de Besançon,
 - clinique Saint Vincent
 - polyclinique de Franche-Comté

5. Modalités / actions spécifiques de coordination

5.1. Ville-hôpital

- Renforcer la coopération médecins hospitaliers/médecins traitants pour la prise en charge de malades chroniques en établissant des protocoles et par l'utilisation d'outils (annuaire, DMP, télémédecine).
- Mener une réflexion régionale et établir des protocoles de coopération interprofessionnelle au bénéfice des patients ayant une pathologie chronique.
- Faciliter l'accès direct aux pédiatres sur-spécialistes hospitaliers pour les professionnels libéraux.
- Développer le travail avec la PMI, les centres de guidance pour mieux prendre en charge les enfants en situation précaire.

5.2. Médico-social

- Renforcer les liens avec les CAMSP pour un dépistage et une prise en charge précoce du handicap de l'enfant.
- Articuler la filière de soins "personnes âgées" avec la prise en charge en EHPAD.
- Articuler la prise en charge des malades chroniques entre services hospitaliers et appartement de coordination thérapeutique.

6. Evolution de l'offre

Création : 1 HDJ à Besançon limitée à la chimiothérapie en qualité de site associé (PFC).

Suppression : 1 HC / HDJ à Nozeroy après ouverture du nouvel établissement.

7. Objectifs quantifiés en implantations

Belfort	1 HC / HDJ puis transfert à Trévenans
Montbéliard	1 HC / HDJ puis transfert à Trévenans
	1 HC / HDJ dédiée à la cancérologie
Trévenans	1 HC / HDJ par transfert
Baume les Dames	1 HC / HDJ
Besançon	3 HC / HDJ avec objectif à 2
	1 HC / HDJ en addictologie
	1 HDJ avec limitation à la chimiothérapie en qualité de site associé
Gray	1 HC / HDJ
Ornans	1 HC / HDJ
Morteau	1 HC / HDJ
Mouthe	1 HC / HDJ
Pontarlier	1 HC / HDJ
Nozeroy	1 HC / HDJ avec suppression à l'ouverture du nouvel établissement
Arbois	1 HC / HDJ
Dole	1 HC / HDJ
Bletterans	1 HC / HDJ en addictologie
Champagnole	1 HC / HDJ
Lons le Saunier	1 HC / HDJ
Morez	1 HC / HDJ
Saint Claude	1 HC / HDJ
Poligny	1 HC / HDJ
Lure	1 HC / HDJ comportant une unité d'addictologie
Luxeuil les Bains	1 HC / HDJ
Vesoul	1 HC / HDJ

8. Indicateurs de suivi

- Taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD.
- Taux de ré-hospitalisation en médecine à 30 jours.
- Part des séjours de médecine pour lesquels les patients de 75 ans et plus sont arrivés par les services d'urgence.
- Taux de ré-hospitalisation en médecine dans les 6 mois et pour un motif identique des personnes âgées de 75 ans et plus.
- Part de séjours de personnes de 75 ans et plus dont la durée est supérieure à la borne haute en séjours de médecine hospitalier.
- Nombre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS.

Fiche SROS - PRS

Chirurgie

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social)

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	
SROMS	

1. Contexte

Plusieurs projets de décret concernant l'activité de chirurgie soumis aux instances professionnelles et politiques n'ont pas fait à ce jour l'objet de publication.

La situation réglementaire de la chirurgie reste inchangée et les seules obligations réglementaires, en dehors des dispositions relatives à la pratique de l'anesthésie et de la chirurgie ambulatoire (articles D.6124-301 à D.6124-311 du Code de la Santé Publique), sont celles auxquelles sont soumis les établissements de santé privés en vertu des articles D.6124-401 à D.6124-408 du Code de Santé Publique.

Les référentiels réglementaires portent principalement sur la sécurité sanitaire, la sécurité anesthésique, l'environnement des blocs opératoires et l'anesthésie chirurgie ambulatoire.

Les orientations nationales du volet chirurgie pour le SROS-PRS sont peu différentes de celles de la circulaire N° 101/DHOS/0/2004 du 05/03/2004 pour le SROS III.

2. Diagnostic

2.1. Etat des lieux

Les indicateurs ci-dessous sont le reflet de la demande "satisfaite" de chirurgie dans son ensemble et de chirurgie ambulatoire, pour une population domiciliée dans une zone géographique donnée, quel que soit le lieu de prise en charge (=consommation des résidents du territoire).

2.1.1. Taux de recours de la chirurgie dans son ensemble (= séjours en C) de la population domiciliée pour 1000 habitants (standardisé sur l'âge et le sexe : neutralisation des variables âge et sexe pour permettre les comparaisons interrégionales et territoriales-méthodologie et source ATIH)

	2006		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux stand	Taux brut	Taux stand	Taux brut	Taux stand	Taux brut	Taux stand
National	79,4	79,4	78,0	78,0	78,5	78,5	79,6	79,6
Franche-Comté	79,1	78,6	77,1	76,6	77,1	76,6	76,3	75,7

En Franche-Comté, le taux de recours en chirurgie standardisé sur l'âge et le sexe est inférieur au taux de recours national standardisé, l'écart s'accroît en 2009.

Le taux de recours ajusté au taux de mortalité est lui aussi inférieur au taux national.

2.1.2. Taux de recours à l'ensemble de la chirurgie (= séjours en C) par population domiciliée, par tranche d'âges (source ATIH PMSI 2009)

	Classe d'âge	Taux de recours			
		2006	2007	2008	2009
National	≤ 3 ans	56,6	56,6	54,6	53,8
	de 4 à 17 ans	35,2	34,3	33,1	32,5
	de 18 à 74 ans	79,3	77,3	77,7	78,9
	plus de 75 ans	187,2	190,0	195,7	197,9
	Classe d'âge	Taux de recours			
		2006	2007	2008	2009
Franche-Comté	≤ 3 ans	58,9	61,0	59,3	56,9
	de 4 à 17 ans	39,0	38,3	36,2	34,8
	de 18 à 74 ans	79,8	76,9	76,8	75,7
	plus de 75 ans	169,6	170,9	177,3	178,0

2.1.3. Les fuites et attractions en chirurgie

Cmd rsa	Catégories majeures de diagnostic	TOTAL séjours produits par les etbts FC	TOTAL séjours produits par les etbts FC pour patients non franc comtois	TOTAL des séjours consommés par les patients franc comtois	TOTAL des séjours consommés par les patients franc comtois hors région
01	Affections du système nerveux	3487	149	3952	614
02	Affections de l'œil	9072	471	9504	903
03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	6771	293	6885	407
04	Affections de l'appareil respiratoire	267	7	373	113
05	Affections de l'appareil circulatoire	5024	122	5569	667
06	Affections du tube digestif	9456	398	9564	506
07	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2651	120	2637	106
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	19482	1053	21720	3291
09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	4660	158	5074	572
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1063	30	1260	227
11	Affections du rein et des voies urinaires	3571	151	3688	268
12	Affections de l'appareil génital masculin	4380	162	4513	295
13	Affections de l'appareil génital féminin	6024	198	6219	393
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	3249	134	3293	178
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	168	6	181	19



Cmd rsa	Catégories majeures de diagnostic	TOTAL séjours produits par les etbts FC	TOTAL séjours produits par les etbts FC pour patients non franc comtois	TOTAL des séjours consommés par les patients franc comtois	TOTAL des séjours consommés par les patients franc comtois hors région
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	302	12	332	42
18	Maladies infectieuses et parasitaires	87	4	94	11
19	Maladies et troubles mentaux	16	19	23	7
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	292	4	329	60
22	Brûlures	13	0	26	13
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	181	10	207	36
24	Séjours de moins de 48 heures	5973	260	6235	522
25	Maladies dues à une infection par le VIH	9	16	11	2
26	Traumatismes multiples graves	87	10	82	11
27	Transplantations d'organes	58	0	73	25
	TOTAL	86343	3787	91844	9288

Les flux de patients interrégionaux sont peu importants : les fuites représentent 10,11% des séjours consommés par les patients Francs-comtois et l'attraction extrarégionale des établissements correspond à 4,39% des séjours produits par les établissements Francs-comtois .Ces flux intéressent surtout les zones limitrophes.

Les Francs-comtois consomment surtout des séjours extrarégionaux pour les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif et se rendent préférentiellement en Bourgogne et en Rhône-Alpes.

2.1.4. Le temps de parcours médian des patients Francs-comtois hospitalisés (en minutes)

Selon la publication de la DREES "Etudes et Résultats" n° 754-février 2011, le temps de parcours médian des patients Franc-comtois selon la commune de résidence est le plus long de France : 30 minutes en chirurgie pour la Franche-Comté pour 23 minutes pour la France métropolitaine hors Corse.

Les départements de la Haute-Saône et du Jura ont des temps de parcours plus longs (30 à 40 minutes), la faible densité de population et de l'offre en lits et places est très liée avec ces temps de parcours dans ces deux départements selon la DREES.

2.1.5. La démographie médicale

La Franche-Comté présente une démographie médicale défavorable avec un déficit en urologues et en chirurgiens vasculaires.

Par ailleurs, la pyramide des âges fait apparaître un taux des 55 ans et plus, nettement supérieur à la moyenne nationale en particulier dans les spécialités suivantes :

- stomatologie +28,9 %,

- chirurgie maxillo-faciale : +19,8%,
- chirurgie thoracique et cardiaque : +16,7%,
- ophtalmologie : +13,8%.

2.2. Bilan du SROS III

2.2.1. Le développement d'une offre de soins graduée au sein de chaque territoire

L'objectif de disposer de niveaux de recours sur les territoires de Besançon-Gray, Belfort-Héricourt-Montbéliard, Lons-le-Saunier-Champagnole-Saint Claude et Vesoul-Lure-Luxeuil les Bains n'a pas été atteint globalement.

L'organisation efficiente 24 heures sur 24 de la prise en charge des urgences chirurgicales nécessitant un recours était demandée dans les spécialités chirurgicales suivantes : urologie, tête et cou, et chirurgie vasculaire :

- seul le territoire de Besançon-Gray offre un accès à toutes ces spécialités chirurgicales,
- le territoire de Belfort-Montbéliard est en mesure d'assurer de façon organisée l'accès H24 à l'urologie, l'ORL et l'ophtalmologie mais pas à la chirurgie vasculaire,
- le territoire de Lons le Saunier - Champagnole - Saint Claude n'a pas organisé une permanence H24 en ophtalmologie et chirurgie vasculaire,
- le territoire de Vesoul-Lure- Luxeuil les Bains ne dispose pas d'une permanence H24 en chirurgie vasculaire.

La prise en charge spécifique des enfants en chirurgie est conforme aux préconisations nationales : les enfants de moins de 1 an sont essentiellement pris en charge au CHU de Besançon.

Pour la chirurgie de proximité, le SROS III préconisait que soit assurée la prise en charge H 24 des urgences chirurgicales en chirurgie viscérale et orthopédique. L'objectif est atteint dans tous les territoires ; l'accès à des soins chirurgicaux H24 est assuré pour l'orthopédie-traumatologie et la chirurgie digestive.

2.2.2. Le développement des complémentarités et des partenariats publics privés

Souhaités dans le SROS III, ils n'ont pas été mis en œuvre. La mise en réseau des différents niveaux de soins n'est pas formalisée. Les conventions préconisées par le Code de la Santé Publique servent de support aux modalités de transferts surtout en cas de nécessité de réanimation.

La mobilisation des ressources publiques et privées pour assurer la permanence des soins n'est pas opérationnelle.

2.2.3. Les recompositions hospitalières

La recomposition hospitalière pour la chirurgie débutée en 1999 s'est poursuivie de 2004 à 2009 : à Montbéliard, il ne subsiste qu'un seul site privé et, à Champagnole, la fermeture de la chirurgie a été effective en février 2009.

Le CHU conserve 2 implantations géographiques, les travaux en cours de regroupement sur un seul site permettent d'envisager une seule implantation en 2012.

La chirurgie du CHBM est exercée sur 2 sites : 1 à Belfort, 1 à Montbéliard, la construction du nouvel hôpital permettra le regroupement des activités.

2.2.4. Le regroupement des plateaux techniques

Le SROS III préconisait de regrouper des plateaux techniques pour améliorer la sécurité des soins et obtenir des seuils d'activité suffisants.

Les orientations nationales prévoyaient de restructurer les sites de chirurgie réalisant une activité inférieure à 1500 séjours chirurgicaux (GHM de type C-PMSI-3^{ème} lettre du GHM).

Tous les sites Francs-comtois pratiquent plus de 1500 séjours chirurgicaux. Le CH de Saint Claude dépasse ce seuil depuis 2009.

Nom	2006	2007	2008	2009
CHU BESANCON	14951	14308	15262	15317
CH PONTARLIER	3995	3802	4154	3980
CH LONS-LE-SAUNIER	3962	3952	4038	4494
CH SAINT CLAUDE	1479	1170	1207	1655
CH CHAMPAGNOLE	1230	1441	1368	103
CH LOUIS PASTEUR DOLE	3596	3453	3632	3501
CHI DE LA HAUTE-SAONE	5290	5155	4997	4780
CH BELFORT - MONTBELIARD	11609	11606	11699	12125
CLINIQUE LAENNEC	3787	4109	3961	3208
CLINIQUE SAINT-VINCENT	14040	12980	12650	12332
PORTES DU JURA	3649	3391	3196	2974
POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE	8364	8071	7763	8019
CLINIQUE DU JURA	2468	2382	2450	2620
POLYCLINIQUE DU PARC	3884	3805	3753	3864
CLINIQUE ST MARTIN	4532	4278	4013	3911
CLINIQUE LA MIOTTE	3632	3147	2997	3457

2.2.5. La promotion de la prise en charge chirurgicale en ambulatoire

Cet objectif du SROS III a été mené conjointement par l'ARH de Franche-Comté, l'Assurance Maladie en collaboration avec les usagers et les établissements.

Plusieurs actions ont déjà été menées pour promouvoir cette pratique :

- 3 vagues de mises sous accord préalable sur certains gestes ciblés,
- une sensibilisation des médecins traitants lors de visites par les délégués de l'assurance maladie en 2009,
- des interventions de la MeaH dans certains établissements Francs-comtois ciblés,
- une campagne de communication auprès des usagers et patients par l'ARUCAH (2008), l'URCAM et l'ARH (2009).

Ces actions ont permis d'infléchir la situation (taux de 63% en 2009 pour les 17 gestes marqueurs) mais le retard est difficile à résorber.

Taux de recours de la chirurgie ambulatoire (= séjours en C réalisés en 0 jour) de la population domiciliée pour 1000 habitants (*standardisé sur l'âge et le sexe : neutralisation des variables âge et sexe pour permettre les comparaisons interrégionales et territoriales- méthodologie et source ATIH*)

	2006		2007		2008		2009	
	Taux brut	Taux stand	Taux brut	Taux stand	Taux brut	Taux stand	Taux brut	Taux stand
National	25,9	25,9	25,2	25,2	26,4	26,4	28,8	28,8
Franche-Comté	18,0	18,0	18,2	18,1	19,6	19,5	22,2	22,0

Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (= séjours en C réalisés en 0 jour) par population domiciliée, pour 1000 habitants, par tranche d'âges

	Classe d'âge	Taux de recours			
		2006	2007	2008	2009
National	≤ 3 ans	40,6	40,9	39,3	39,4
	de 4 à 17 ans	16,6	16,3	15,7	16,0
	de 18 à 74 ans	24,0	22,8	24,1	26,5
	plus de 75 ans	53,4	55,0	60,5	68,2
	Classe d'âge	Taux de recours			
		2006	2007	2008	2009
Franche-Comté	≤ 3 ans	36,5	40,8	39,2	38,2
	de 4 à 17 ans	14,0	14,5	14,1	13,7
	de 18 à 74 ans	16,3	15,8	17,3	19,9
	plus de 75 ans	30,1	32,6	38,7	49,3

Taux global de chirurgie ambulatoire (= nombre de séjours en C réalisés en 0 jour, sur le total des séjours en C)

	2006	2007	2008	2009
National	32,7 %	32,3 %	33,6 %	36,2 %
Franche-Comté	22,7 %	23,5 %	25,5 %	29,5 %

Les résultats permettent d'observer une progression des indicateurs même si la Franche-Comté présente un retard par rapport aux taux national.

La chirurgie ambulatoire n'est pas encore suffisamment développée au niveau du secteur public. Certains établissements publics ont tardé à mettre en œuvre une unité de chirurgie ambulatoire : le CH Lons-le-Saunier a ouvert une unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires en novembre 2009 et le CH St-Claude le 1^{er} octobre 2010. Le CHU de Besançon, qui disposait d'une autorisation pour l'ophtalmologie, a ouvert une unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires sur le site Jean Minjot en juin 2010.

La progression du taux de recours est plus nette dans les établissements privés. En 2007, tous les établissements privés disposent d'une autorisation de chirurgie ambulatoire.

Une enquête qualitative sur les modalités d'organisation et d'évaluation de cette activité fait apparaître des disparités inter-établissements.

2.2.6. La culture de programmation et de performance des blocs opératoires

Afin d'améliorer l'organisation des blocs opératoires et, ce faisant, la qualité de la prise en charge des patients, l'ARH s'est engagée avec les établissements dans une démarche d'évaluation de la programmation des interventions et de l'utilisation des ressources humaines et techniques.

Cette culture s'est fortement développée en Franche-Comté. Tous les établissements publics et privés à l'exception d'un établissement ont été audités en 2007. A l'issue de cet audit, ils se sont engagés dans un processus d'amélioration de l'organisation de leurs blocs opératoires (réunion avec l'ensemble des établissements publics et privés en juillet 2007).

Un groupe de travail missionné par le Directeur de l'ARH de Franche-Comté a choisi des indicateurs de performance des blocs opératoires au 1^{er} trimestre de l'année 2008. Actuellement, 10 établissements sur 14 recueillent et suivent le TXROS (taux réel d'occupation des salles). Les taux de programmation et de débordement sont suivis par la moitié des établissements. Le partage des indicateurs entre établissements n'est pas encore réalisé dans la région.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

Points forts du volet chirurgie du SROS III, le regroupement des implantations de chirurgie et le développement de l'efficacité des blocs opératoires ont modifié positivement les pratiques chirurgicales.

Le regroupement des sites opératoires préconisé par le SROS III pour améliorer la sécurité des soins et obtenir des seuils d'activité suffisants n'a pas été réalisé. Les différences de statut entre les établissements pour certains projets, les contraintes architecturales et financières pour d'autres ont constitué des freins pour la mise en œuvre de cette orientation.

Plus timidement, des coopérations inter-établissements ont été initiées progressivement entre établissements de niveaux différents.

La gradation des niveaux de soins préconisée dans le SROS III n'est pas effective : l'organisation efficace 24 heures sur 24 de la prise en charge des urgences chirurgicales spécialisées que devaient mettre en place les sites de recours n'est pas opérationnelle sur tous les sites dans les spécialités chirurgicales suivantes : urologie, tête et cou et chirurgie vasculaire.

La prise en charge en chirurgie ambulatoire a progressé mais l'effort doit être poursuivi et amplifié pour rattraper la moyenne nationale.

La démographie médicale déficitaire en spécialités, la redéfinition du territoire de santé et les évolutions réglementaires constituent une opportunité en Franche-Comté pour construire une nouvelle organisation permettant l'accès à des soins chirurgicaux spécialisés y compris H24, dans des conditions de sécurité optimale.

La mobilisation et la coordination de toutes les ressources publiques et privées déjà recommandées mais peu réalisées dans le précédent SROS devient un enjeu majeur.

Les orientations du SROS III relatives au regroupement des plateaux techniques chirurgicaux, à l'amélioration de la permanence des soins en chirurgie spécialisée et au développement de la chirurgie ambulatoire restent d'actualité.

3. Orientations stratégiques

Compte tenu du bilan du SROS III, il apparaît que la mise en œuvre de ces orientations nécessite un nouveau mode opératoire :

- inscrire clairement les objectifs régionaux, les accompagner et suivre leur mise en œuvre ;
- analyser plus précisément certaines problématiques.

Seront ciblées les problématiques suivantes :

- la faisabilité des regroupements des plateaux techniques chirurgicaux : étudier la capacité d'absorption des actes chirurgicaux par les équipements existants avec une efficacité optimale et étudier les modalités de participation des praticiens, de répartition des charges d'exploitation du site opératoire,...
- la permanence des soins permettant l'accès à une prise en charge des urgences chirurgicales spécialisées 24 heures sur 24 en priorité pour les spécialités chirurgicales suivantes : Urologie, ORL, Ophtalmologie, Chirurgie Vasculaire. Une analyse de risques (délai d'accès, nécessité d'un environnement spécifique ou d'un plateau technique spécialisé, fréquence des événements critiques et densité de la population) sera menée au niveau régional en chirurgie en vue d'adapter les gardes et astreintes à ces risques.

Un cahier des charges définira les modalités de ces analyses (chef de projet, comité de pilotage, recours à une expertise externe, calendrier,...), qui seront réalisées pour 2013.

3.1. Améliorer l'accès aux soins

- Développer une offre de soins graduée :
 - structurer la gradation des sites de chirurgie en identifiant le recours et la coopération entre les différents niveaux,
 - encourager le développement des complémentarités : proposer des modalités innovantes de coopération entre le secteur public et privé sous forme d'expérimentation régionale.
- Assurer la permanence des soins :
 - structurer la prise en charge des urgences chirurgicales dans le cadre du réseau des urgences et intégrer les procédures d'organisation dans l'observatoire régional des urgences (cf. volet "urgences" du SROS-PRS),
 - assurer et organiser sur l'ensemble des sites de chirurgie la prise en charge en aval des structures d'urgence en fonction de la gradation des soins chirurgicaux et des spécialités disponibles,
 - optimiser l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé en chirurgie entre le secteur public et privé en fonction des spécialités.
- Réduire les inégalités d'accès aux soins chirurgicaux programmés :
 - mettre en place des consultations avancées en pré et post interventions chirurgicales en proximité, le cas échéant en ayant recours à la télémédecine,
 - promouvoir une chirurgie avec prise en charge au tarif conventionnel de base y compris dans les niveaux de proximité,
 - proposer des solutions innovantes par des interventions chirurgicales décentralisées dans des conditions de sécurité et de continuité des soins assurés,
 - permettre l'accessibilité aux soins de recours en odontologie, notamment pour les patients à risques ou handicapés, en structurant une organisation hospitalière au sein du CHU de Besançon.

3.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Promouvoir des actions permettant d'évaluer et de traiter la douleur dans les soins chirurgicaux en particulier lors de la sortie du patient.
- Maintenir une chirurgie gynécologique au CH de Saint Claude dès lors que ce site conserve une maternité.

Les orientations nationales édictées dans le guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS conseillent de restructurer les sites de chirurgie réalisant une activité inférieure à 1500 séjours chirurgicaux (GHM de type C-PMSI-3^{ème} lettre du GHM) ou, par exception, d'étudier le maintien d'une chirurgie du cancer sur les sites autorisés en traitement du cancer ou d'une chirurgie gynécologique sur les sites des maternités.
- Favoriser l'échange de pratiques par des staff régionaux.

3.3. Améliorer l'efficience

- Favoriser les prises en charge courtes en chirurgie.
- Promouvoir le retour à domicile rapide.
- Développer la modalité de prise en charge ambulatoire sur l'ensemble des sites de chirurgie.
- Poursuivre le développement d'une culture de programmation et de performance au sein des blocs opératoires ainsi qu'une évaluation régionale partagée des indicateurs.

3.4. Accompagner et suivre la mise en œuvre

- Mise en place d'un comité de suivi du volet chirurgie du SROS-PRS en 2012.
- Développement de la chirurgie ambulatoire : cf. 4-2 infra. Démarrage des actions en 2012.
- Regroupement des plateaux techniques chirurgicaux de 2013 à 2015.
- Organisation de la permanence des soins : procédure régionale formalisée en 2014.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

4.1. L'organisation régionale et la gradation des niveaux de prise en charge

La gradation des niveaux de prise en charge et les propositions d'implantations et de plateaux techniques de chirurgie tiennent compte de la démographie médicale défavorable en Franche-Comté.

- **Le niveau de proximité** doit permettre une prise en charge de la chirurgie viscérale et de l'orthopédie-traumatologie. Ce niveau concerne les bassins de vie de Besançon, Belfort-Montbéliard, Vesoul, Lons-le-Saunier, Dole, Pontarlier. Par dérogation, à Saint-Claude, une permanence des soins en orthopédie-traumatologie pourrait être organisée les week-ends et jours fériés en coopération avec Lons-le-Saunier.
- **Le niveau de recours** doit pouvoir donner l'accès à des soins chirurgicaux spécialisés en cas d'urgence dans des conditions de sécurité grâce à une régulation de qualité. Le niveau de recours sera défini par spécialité chirurgicale en fonction de l'organisation envisagée pour la permanence des soins des établissements de santé (point 4.3).
- **Le niveau régional** comprend des prestations spécialisées qui ne figurent pas dans les autres niveaux, à l'exception de celles faisant l'objet d'une organisation interrégionale. Il assure également l'ensemble de l'offre de services y compris les soins de proximité, la chirurgie spécialisée et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation.
- **Le niveau interrégional** comprend la prise en charge des grands brûlés, les greffes, la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque ; ces activités nécessitent une approche interrégionale.

4.2. Le développement des alternatives

Un Observatoire Régional de la chirurgie ambulatoire est créé avec pour mission :

- la promotion de ce mode de prise en charge par :
 - une information des patients, de leur famille et du grand public,
 - des journées scientifiques à l'intention des professionnels de santé,
 - des analyses médico-économiques diffusées auprès des directeurs et gestionnaires d'établissements,
- le développement de modes d'organisation spécifiques et partagés :
 - protocole régional d'appel de la veille et du lendemain,
 - diffusion de soins postopératoires protocolisés auprès des IDE et kinésithérapeutes,
 - réflexion quant à l'organisation des consultations post opératoires à J+1,
 - proposition de modalités d'hébergement à proximité en accueil non médicalisé,
- la formation des internes et des personnels à cette pratique en partenariat avec l'Université et l'Institut de formation,
- l'évaluation de cette pratique et de son développement par des indicateurs régionaux communs et partagés.

4.3. La permanence des soins

Il convient de distinguer :

- la continuité des soins organisée au sein des établissements de soins pour assurer les soins des patients hospitalisés. Celle-ci s'impose à tout établissement,

- la permanence des soins permettant l'accès à une prise en charge des urgences chirurgicales 24 heures sur 24.

L'analyse de risques prévue en problématique ciblée des orientations stratégiques permettra de formaliser une organisation opérationnelle 24 heures sur 24, fiable, conforme au droit du travail et aux compétences ordinaires, en chirurgie et en priorité pour les spécialités chirurgicales suivantes : urologie, ORL, ophtalmologie, chirurgie vasculaire.

En fonction de la masse critique des urgences et des moyens disponibles, cette organisation mobilisera les ressources publiques et privées.

Cette procédure sera transmise à l'Observatoire Régional des Urgences.

En cas de saturation des filières normales, y compris interrégionales, des solutions d'exception avec un partenariat international (Suisse) devront être recherchées.

5. Modalités / actions spécifiques de coopération

5.1. Coordination ville-hôpital

Un retour à domicile rapide serait favorisé par une aide médico-sociale et une réadaptation au domicile du patient en optimisant la coordination des sites de chirurgie avec les professionnels de soins ambulatoires (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes) en coordination avec le SROS-PRS-Offre de soins ambulatoires.

Des protocoles de soins et des formations spécifiques pourraient favoriser la coordination avec les professionnels de soins ambulatoires.

Un répertoire de correspondants et coordinateurs d'aide médico-sociales et des associations prestataires (Coordination CARSAT avec MSA et RSI/ARESPA/CLIC...) pourrait permettre aux établissements de santé d'améliorer la filière de patients.

5.2. Coordination chirurgie / soins de suite et réadaptation

Le parcours de soins entre la chirurgie et les soins de suite et réadaptation devra être fluidifié pour favoriser les prises en charge courte en chirurgie.

6. Objectifs quantifiés en implantations

Une implantation de chirurgie est décomptée dès qu'est pratiquée en un lieu donné une activité de chirurgie : hospitalisation complète ou à temps partiel des patients traités chirurgicalement.

Il est comptabilisé autant d'implantations :

- que de sites différents où est pratiquée une activité de soins par la même entité juridique,
- que d'établissements qui exercent le même type d'activité sur le même site.

Exemples : Ville X : 1 établissement de santé – 2 sites = 2 implantations

Ville Y : 1 plateau technique – 2 établissements de santé = 2 implantations

Le plateau technique de chirurgie est défini comme un site opératoire comprenant toutes les ressources structurelles, humaines médicales et paramédicales, organisationnelles et environnementales nécessaires à l'exercice de la chirurgie dans des conditions de sécurité et de qualité conforme aux référentiels réglementaires et aux règles de bonnes pratiques professionnelles.

Besançon	Actuellement, 4 implantations en chirurgie sur Besançon. Objectif de 3 implantations en 2012 et 3 plateaux techniques à Besançon au lieu de 4 actuellement.
Belfort et Montbéliard	Actuellement, 2 implantations de chirurgie sur Belfort et 2 implantations de chirurgie sur Montbéliard. Objectif de 3 implantations et 3 plateaux techniques chirurgicaux sur la zone urbaine de Belfort Montbéliard.
Lons-le-Saunier	Actuellement, 2 implantations de chirurgie sur Lons-le-Saunier. Objectif de 2 implantations de chirurgie et 2 plateaux techniques chirurgicaux.
Saint-Claude	Actuellement, 1 implantation de chirurgie sur Saint Claude. Objectif de maintien d'une implantation et d'un plateau technique chirurgical tant que le seuil de 1500 séjours chirurgicaux annuels est atteint ou que la maternité est en activité.
Vesoul	Actuellement, 2 implantations de chirurgie sur Vesoul. Objectif de 2 implantations et 2 plateaux techniques chirurgicaux.
Dole	Actuellement, 2 implantations de chirurgie sur Dole. Objectif de 2 implantations et 2 plateaux techniques chirurgicaux.
Pontarlier	Actuellement 1 implantation sur Pontarlier. Objectif d'1 implantation de chirurgie et d'un plateau technique chirurgical sur Pontarlier.

7. Objectifs en accessibilité

Promouvoir une chirurgie avec prise en charge au tarif conventionnel de base y compris dans les niveaux de proximité.

8. Indicateurs de suivi

8.1. Indicateurs nationaux

- Nombre d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur à 1500 séjours chirurgicaux (GHM de type C-PMSI-3^{ème} lettre du GHM).
- Taux de ré-hospitalisation en chirurgie à 30 jours.
- Taux global de chirurgie ambulatoire (= nombre de séjours en C réalisés en 0 jour, sur le total des séjours en C).

8.2. Indicateurs régionaux

- Evaluation annuelle du fonctionnement de la procédure de permanence régionale en chirurgie par spécialité par l'Observatoire Régional des Urgences.
- Auto-évaluation annuelle de chaque plateau technique chirurgical :
 - TROS (Taux Réel d'Occupation des Salles),
 - taux d'occupation : TROS/TVO (Temps de Vacation Offert aux praticiens),
 - taux de débordement,
 - taux de programmation.
- Auto évaluation qualitative annuelle de la chirurgie ambulatoire :
 - taux de conversion en hospitalisation complète,
 - taux de chirurgie ambulatoire hors Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire,
 - taux de ré-hospitalisation dans les 48 heures après chirurgie ambulatoire dans le même établissement.

Fiche SROS - PRS

Périnatalité, néonatalogie, réanimation néonatale

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 1 Objectif 1.4	Promouvoir l'information et l'éducation relatives à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité.
Priorité 2 Objectif 2.2	Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique, et développer une prise en charge pluriprofessionnelle.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser leur prévention ainsi que l'accès aux soins, notamment par rapport aux risques de suicide.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 2 Objectif 2.5	Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions.
Priorité 2 Objectif 2.6	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Addictions, Périnatalité, Petite enfance, Santé mentale.
SROMS	Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

Le champ : prises en charge autour de la grossesse et de la naissance et principalement les activités de gynécologie-obstétrique, d'Interruption Volontaire de la Grossesse (IVG), de néonatalogie (enfants de moins de 28 jours) et de réanimation néonatale.

Contexte

- Décrets d'octobre 1998 : articles R. 6123-39 à R. 6123-53 et D. 6124-35 à D. 6124-63 du Code de Santé Publique.
- Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité.
- Plan d'action allaitement maternel, mai 2010 dans le cadre du PNNS 2.
- Circulaire du 4 juillet 2005 : collaboration médico-psychologique en périnatalité.
- Circulaire du 30 mars 2006 : cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
- Circulaires du 6 octobre 2009 : pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé et du 21 octobre 2010 : Amélioration de la prévention des grossesses non désirées et prise en charge des IVG.
- Propositions du Haut Comité de Santé publique en termes d'objectifs de santé publique, avril 2010.
- Document d'orientation relatif à la mise en œuvre de l'axe Périnatalité et petite enfance du plan stratégique régional de santé (PSRS), janvier 2011.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

- Taux de natalité : nombre de naissances rapporté à 1 000 habitants

Taux de natalité	1997	2000	2003	2007	2008
Franche-Comté	11,9	13	12,4	12,7	12,7
France	12,6	12,5	12,7	12,7	ND

Le taux de natalité en Franche-Comté est comparable à la moyenne nationale.

- Taux de fécondité : nombre de naissances rapporté à 1 000 femmes de 15 à 49 ans

Taux de fécondité	1997	2000	2003	2007	2008
Franche-Comté	49,2	54,11	53,1	55,9	56,3
France	50	53,7	53,1	54,1	ND

Il est constaté en Franche-Comté, comme au niveau national, une augmentation du taux de fécondité entre 1997 et 2008.

- Prématurité :

En 2003, l'enquête nationale périnatale indiquait un taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) égal à 7,2 % en France métropolitaine pour l'ensemble des naissances (vivants et mort-nés) contre 5,9 % en 1995 et 6,8 % en 1998.

Parallèlement, la proportion d'enfants de faible poids de naissance (c'est-à-dire pesant moins de 2 500 g) s'est accrue de 7,2 à 8 % des naissances. (Les données de l'enquête de mars 2010 ne sont pas encore disponibles).

En Franche-Comté, un suivi régulier de la prématurité a été assuré par quatre enquêtes d'initiative régionale ou nationale :

	1991 (Enquête FC)	1997 (Epipage 1)	2004 (PHRC régional)	2009 (Naitre et Grandir)
Décrets périnatalité 1998	Avant	Avant et pendant	Après	Après
Nombre d'établissements	15	13	10	7
Définition de la Grande Prématurité (GP)	25-32 SA*	22-32 SA*	22-32 SA*	22-32 SA*
Effectif	111	140	148	141
Nb de naissances en FC, INSEE		13776	14354	14418
Incidence de la prématurité par rapport aux naissances vivantes		1,02 %	1,03 %	0,98 %

*SA : semaines d'aménorrhée

- Mortalité périnatale

En moyenne 2006-2007-2008 en Franche-Comté, le taux de mortalité périnatale s'élève à 10,2 pour 1 000 naissances, taux inférieur à la moyenne nationale qui est de 10,6 pour 1000.

- Mortalité maternelle :

Alors que la France se situe en tête des pays européens en matière de natalité et de fécondité, elle reste en matière de mortalité maternelle en deçà des meilleurs, ce constat qui concerne la période 2001-2006 est le fruit d'un travail mené par l'unité INSERM 953.

Les causes obstétricales directes dominent très largement (73,2 % des décès) en raison des hémorragies qui restent le premier diagnostic. La deuxième cause est représentée par les embolies amniotiques (12,3 %) suivies des thrombo-embolies (9,9 %) et des complications de l'hypertension artérielle (9,9 %). 46 % des décès ont été considérés comme « évitables ». Les hémorragies, les infections et les complications anesthésiques sont les causes les plus souvent évitables.

Le taux corrigé de mortalité maternelle est estimé entre 8 et 12 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit annuellement en France 70 à 75 femmes qui décèdent de leur grossesse ou de ses suites. En Franche-Comté, ce taux est inférieur à la moyenne nationale.

Mortalité maternelle	2001-2003	2004-2006
Franche-Comté	7,1	4,6
France	10,4	8,7

- IVG :

Rapporté au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans, le taux de recours à l'IVG est plus faible en Franche-Comté qu'en moyenne nationale, il est de 12,2/1000 en 2007 pour une moyenne nationale à 14,7/1000. Mais ce taux a progressé en Franche-Comté passant de 9,5/1000 en 1995, à 11/1000 en 2001, à 12,6/1000 en 2006 et à 12,2/1000 en 2007, (légère diminution par rapport à 2006). Cette progression est également notée au niveau national.

Le taux de recours à l'IVG chez les mineures est plus faible en Franche-Comté qu'en moyenne nationale, il est de 11,1/1000 en 2007 pour une moyenne nationale à 12,5/1000. Mais, ce taux a progressé en Franche-Comté passant de 9,1/1000 en 2001, à 11,6/1000 en 2006 et à 11,1/1000 en 2007, (légère diminution par rapport à 2006). Cette progression est également notée au niveau national.

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Bilan du SROS III

2.2.2.1. Centres périnataux de niveau 1-2-3 (maternités)

Les activités obstétricales et de néonatalogie sont réparties sur 10 sites selon les 3 niveaux de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés :

Niveau 1 : Obstétrique

Niveau 2 A : Obstétrique et Néonatalogie sans soins intensifs (SI)

Niveau 2 B : Obstétrique et Néonatalogie avec soins intensifs

Niveau 3 : Obstétrique, Néonatalogie, avec et sans soins intensifs, Réanimation néonatale

Etablissements de santé	Niveau 1	Niveau 2 A	Niveau 2 B	Niveau 3
CHU de Besançon				57 lits d'obstétrique 22 lits de néonatalogie 10 lits de SI 10 lits de réa néonatalogie
Polyclinique de Franche-Comté à Besançon		39 lits d'obstétrique 6 lits de néonatalogie		
CH de Pontarlier		22 lits d'obstétrique 6 lits de néonatalogie		
CH de Belfort-Montbéliard, site de Montbéliard	30 lits d'obstétrique			
Clinique de Montbéliard	19 lits d'obstétrique			
CH de Lons le Saunier			33 lits d'obstétrique 6 lits de néonatalogie 6 lits de SI	
CH de Dole		25 lits d'obstétrique 6 lits de néonatalogie		
CH de Saint-Claude	17 lits d'Obstétrique			
CHI de la Haute-Saône, site de Vesoul		28 lits d'obstétrique 6 lits de néonatalogie		
CH de Belfort-Montbéliard, site de Belfort			42 lits d'obstétrique 12 lits de néonatalogie 6 lits de SI	
Total	66 lits d'obstétrique	124 lits d'obstétrique 24 lits de néonatalogie	75 lits d'obstétrique 18 lits de néonatalogie 12 lits de SI	57 lits d'obstétrique 22 lits de néonatalogie 10 lits de SI 10 lits de réa néonatalogie

5 établissements disposent d'une unité kangourou permettant l'accueil des mères et des enfants nécessitant des soins en néonatalogie :

CH de Belfort-Montbéliard, site de Montbéliard : 5 chambres

CH de Pontarlier : 4 chambres

CH de Dole : 2 chambres

CH de Lons le Saunier : 5 chambres

CHI de la Haute-Saône, site de Vesoul : 2 chambres

2.2.1.2 Centres périnataux de proximité

Installés dans des ex-maternités, 4 centres périnataux de proximité constituent en Franche-Comté un lieu de consultations avancées à Audincourt, Gray, Lure et Luxeuil les Bains. Ils assurent notamment les consultations pré et post natales, les séances de préparation à la naissance.

2.2.1.3 Hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD obstétricale est assurée sur 3 sites : Besançon, Montbéliard et Belfort. L'HAD obstétricale n'est pas développée dans les départements du Jura et de la Haute-Saône.

2.2.1.4 Réseau de périnatalité Franche-Comté (RPFC)

Créé en 2004, il assure deux niveaux d'intervention complémentaires :

- le niveau régional : les actions régionales correspondent en plus de l'organisation des transferts in utero et des transferts néonataux, à l'organisation des formations, aux réunions de groupes de travail, au développement des outils de communication et de partage de l'information... Ce niveau régional permet en offrant des lieux et des temps de rencontre autour de la périnatalité de favoriser les échanges entre des professionnels de périnatalité de la région qui n'auraient pas nécessairement l'occasion de se rencontrer. Ces rencontres sont très fédératrices et facilitent les collaborations ultérieures.
- les niveaux de proximité s'entendent dans une perspective fonctionnelle, décrivant les liens, les connexions, les modes de fonctionnement que les professionnels peuvent partager entre eux, autour d'un patient ou d'une pathologie. L'aire géographique d'un niveau de proximité correspond en général au bassin de recrutement d'une maternité (ou de 2 maternités dans les villes où il existe une maternité publique et une maternité privée). L'objectif est de permettre aux professionnels d'un niveau de proximité, amenés à prendre en charge les mêmes patientes, de se rencontrer, de reconnaître leurs compétences mutuelles, leurs places et leurs rôles dans la prise en charge de ces patientes, d'améliorer la communication et la transmission interprofessionnelle.

2.2.1.5 Prises en charge

Prise en charge des hémorragies graves de la délivrance

Le nombre d'HPPI graves (hémorragie du post partum immédiat) ayant nécessité le recours à une ligature artérielle et/ou une embolisation et/ou une hystérectomie) est estimé en 2007 à 22 cas, en 2008 à 30 cas et en 2009 à 3 cas.

Seuls le CHI de la Haute-Saône et le CHU ont des radiologues embolisateurs (un seul sur Vesoul).

Certains établissements rencontrent des difficultés voire une impossibilité d'accéder à l'embolisation artérielle en cas d'hémorragie grave de la délivrance (notamment dans le Nord Franche-Comté).

Toutefois, un certain nombre de radiologues publics et privés seraient en mesure de pratiquer cette technique mais un bilan précis des potentialités n'a pas été établi.

Réalisation des EEG (électro encéphalogrammes) chez les nouveau-nés :

Actuellement, 50 % de l'activité d'EEG pédiatrique de Besançon (seul service spécifique de la région) correspond à une activité néonatale pour des enfants d'âge inférieur à un mois. 600 examens sont réalisés par an.

La réalisation d'un EEG chez un nouveau né est complexe et demande une équipe de techniciens compétents et expérimentés. Le service d'EEG pédiatrique de Besançon possède maintenant du matériel performant et des infirmiers formés à la spécialité du prématuré en réanimation et du nouveau-né. L'interprétation médicale de ces examens est également difficile et demande une formation spécifique et une pratique régulière et quotidienne.

Le service éprouve des difficultés pour répondre à toutes les demandes justifiées concernant le suivi des prématurés et des nouveau-nés vulnérables.

Soins palliatifs néonataux et accompagnement des parents et des familles dans les situations de deuil périnatal

Au CHU, une nouvelle activité de soins palliatifs pédiatriques et néonataux s'est concrétisée par la présence d'une pédiatre à temps plein dans l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) avec une vocation régionale, agissant comme une ressource aussi bien pour les pédiatres que pour les EMSP adultes de la région, selon les besoins de chacun.

Au CHBM, une prise en charge est proposée depuis plusieurs années suite à plusieurs formations organisées sur place. Il existe des groupes de parole pour les parents qui ont perdu un enfant in utero, dans le service de maternité.

Un groupe de travail régional autour du deuil périnatal s'est constitué en 2010, à l'initiative du réseau périnatalité, pour sensibiliser les professionnels de périnatalité à cette problématique et initier une réflexion régionale afin d'améliorer la prise en charge des enfants et de leur famille de l'ante natal au post natal.

Entretien prénatal précoce (EPP)

Réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme, ou d'un professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue, il a pour objectif de favoriser l'expression des leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet et de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénatals : questions sur elle-même, son environnement affectif et social, son état psychoaffectif, sa vie professionnelle, ses habitudes alimentaires, ses addictions...

Entre 2005 et 2007, 141 professionnels de santé (sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes) du RPFC ont été formés à la cette pratique. En 2009, une campagne d'information régionale a été réalisée suite à une étude menée en 2008 qui montrait que l'EPP était encore très mal connu par les professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse ainsi que par les patientes. Après la mise en place de ces différentes actions de formation et d'information, une enquête régionale a été réalisée pour évaluer sa mise en place au sein de notre région ainsi que la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un EPP, à la faveur de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de mars 2010. Cette enquête conclut à la nécessité de poursuivre les formations.

Grossesses et addictions

La prévention et la prise en charge adaptée des addictions (tabac, alcool, toxicomanie) pendant la grossesse font partie des objectifs du Réseau de Périnatalité qui travaille en lien avec les réseaux d'addictologie afin d'offrir une prise en charge spécifique, précoce et adaptée.

En avril 2008, le RPFC a organisé sur ce thème une journée régionale de sensibilisation destinée aux professionnels de périnatalité. En 2009-2010, des formations institutionnelles et interprofessionnelles sur le thème de « grossesse et alcool » ont été menées avec le réseau des ANPAA. (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

Soins psychiques et psychiatriques périnataux

- Un groupe de travail de professionnels compétents en matière de soins psychiques et psychiatriques et sensibilisés aux questions de la maternité, a été mis en place dans le cadre du réseau régional de périnatalité.
- Soins psychiques et psychiatriques en centre périnatal :

Les crédits du plan périnatalité ont permis la création de postes de psychologues, chaque établissement dispose de temps de psychologue pour exercer dans les centres périnataux en obstétrique et/ou en néonatalogie. Toutefois certains établissements (notamment le CHU) apparaissent insuffisamment pourvus compte tenu de leur activité.

Le CHBM et le CHI de Haute Saône ont développé un partenariat avec l'Association Hospitalière de Franche-Comté (AHFC). Le CH de Dole dispose d'un psychiatre référent du CHS de St Ylie. Le CHU travaille avec l'équipe de liaison de pédopsychiatrie. Les autres centres périnataux ne disposent pas de référent psychiatrique pour des raisons essentiellement de démographie médicale.



- Hospitalisation en psychiatrie des patientes présentant des pathologies psychiatriques sévères au cours de la période périnatale :

Les problématiques psychiatriques périnatales ne sont pas exceptionnelles. Il peut s'agir de troubles psychiatriques antérieurs à la grossesse ou de troubles à déclenchement gravido-puerpéral. La prévalence des dépressions post-natales est de 10 à 15 % de l'ensemble des femmes en post partum, soit 1 500 à 2 000 femmes par an en Franche-Comté. Dans 60 % des cas, il s'agit d'un premier épisode dépressif et le risque d'un nouvel épisode dépressif est multiplié par 2 dans les 5 ans qui suivent. Pour les psychoses puerpérales, la prévalence est de 1 à 2 pour 1 000 accouchements, soit 15 à 30 femmes par an en Franche-Comté ; 50 % des patientes n'avaient pas d'antécédents psychiatriques personnels. Les dénis de grossesse constituent également une problématique qu'il convient de prendre en charge en ante per et post partum.

Actuellement, les possibilités d'hospitalisation de ces patientes en psychiatrie sont réduites :

- 2 places d'hospitalisation temps plein Mère-Bébé permettent de prendre en charge les mères et les bébés, pour l'ensemble de la région, au sein de l'unité d'hospitalisation des adolescents du CHU (pavillon Pasteur de l'hôpital Saint-Jacques),
 - au CHBM, un accueil des pères en hospitalisation en maternité est effectué dans le cadre de situations particulières (interruption médicale de grossesse, ...), l'établissement est en train de développer un partenariat de prise en charge avec l'AHFC dans le Nord Franche-Comté avec mise en place d'un lit d'aval dans chaque maternité (Montbéliard et Belfort) placé sous la responsabilité conjointe du gynécologue obstétricien et du psychiatre ou pédopsychiatre de l'AHFC (une convention est prévue entre les 2 structures,
 - il n'existe pas de structure d'hospitalisation de jour Mère-Bébé, ce qui constitue un manque dans la filière de prise en charge psychiatrique périnatale.
- Unité d'accueil « Père-Mère-Bébé » de Besançon :
 Cette structure à vocation régionale répond à des objectifs de prévention et de soin : soutenir l'accès à la fonction de mère ou de père, prévenir l'installation ou soigner les troubles psychopathologiques chez le nourrisson et le jeune enfant, prévenir et/ou soigner les troubles du lien parents-enfant, prévenir les risques de maltraitance précoce.
 Elle s'adresse aux femmes enceintes en difficultés psychiques, médicales ou sociales et aux parents et à leur bébé de la naissance à 1 an voire 2 ans, ayant des difficultés relationnelles parents-enfant, des difficultés psychologiques/psychiatriques de la mère et/ou du père, des difficultés liées aux conditions de la grossesse ou de la naissance.

2.2.2. Données d'activité

2.2.2.1 L'activité obstétricale

Après une période de baisse au cours des années 1990, le nombre d'accouchements enregistrés dans les établissements de la région a connu une progression et se situe actuellement au dessus de 14 100 accouchements annuels, avec toutefois des fluctuations selon les années. Cette tendance est également observée au niveau national (minimum en 1994, augmentation depuis 1995).

La part des établissements privés qui représentait 36 % des accouchements en 1988 ne représente plus que 21,5 % en 2009 du fait de la profonde restructuration des établissements privés de la région.

La proportion des accouchements par césarienne a fortement augmenté (9,7 % des accouchements en 1988, 16,5 % en 2008 et 15,3 % en 2009.). Ce taux est toutefois inférieur au taux national de 20,2 % en 2003 (source enquête périnatale 2003, publication DREES 2009).

Ce taux régional recouvre des disparités importantes entre établissements puisque les taux varient de 11,7 % au CH de Lons le Saunier à 20,3 % à la Polyclinique de Franche-Comté en 2008 et de 12,8 % à la Clinique de Montbéliard à 19,5 % à la Polyclinique de Franche-Comté et au CH de Dole en 2009. Ces différences observées ne semblent pas corrélées au niveau de classement des maternités puisque la maternité du CHU, de niveau 3, enregistre un taux de césarienne moyen (14 % en 2008 et en 2009), mais elles seraient plutôt en lien avec des pratiques obstétricales différentes.

Nombre d'enfants nés par établissement

Nombre d'enfants/ dont enfants nés de naissances multiples	Niveau	2005	2006	2007	2008	2009
Clinique de Montbéliard	1	833	853	833	815	724 /18
CH St Claude	1	502	540	526	502	477/3
CHBM : site de Montbéliard	1	1 494	1 540	1428	1529	1554/32
Polyclinique de Franche-Comté	2 A	2 480	2 513	2392	2515	2382/54
CH Pontarlier	2 A	1 054	1 032	1090	1135	1154/20
CH Dole	2 A	993	992	1043	1063	1031/38
CHI de la Haute-Saône : site de Vesoul	2 A	1 368	1 450	1359	1274	1262/12
CH Lons le Saunier	2 B	1 244	1 325	1309	1339	1280/40
CHBM : site de Belfort	2 B	2 216	2 299	2286	2209	2196/38
CHU Besançon	3	2 221	2 349	2299	2428	2336/124
Franche Comté		14 405	14 893	14565	14809/502	14396/379

Depuis 2004, le nombre de naissances annuel est supérieur à 14 400 avec des fluctuations selon les années et une légère diminution entre 2008 et 2009.

La part des naissances multiples augmente régulièrement passant de 2,4 % en 2004 et 2,69 % en 2005 à 3,39 % en 2008, avec toutefois une diminution en 2009 à 2,63 %. Le nombre de ces naissances multiples est en augmentation continue depuis une vingtaine d'années au niveau national comme au niveau régional. Cette évolution s'explique en particulier par l'augmentation du nombre de maternités tardives qui donnent plus souvent lieu à des naissances multiples, en lien notamment avec le recours aux techniques d'aide à la procréation.

2.2.2.2. L'activité en hospitalisation à domicile

Activité 2009 et 2010

	Nombre de patientes	Nombre de journées	DMS	Post –partum pathologique	Post – partum physiologique
HAD 25	552 /505	3804 /3583	6,86 / 7,02	80,80 %	15,2 %
HAD CHBM	626 / 578	3143 /2917	4,88 / 4,92	0,1 %	99,9 %

Pour l'HAD 25 gérée par la Mutualité du Doubs :

- les prises en charge sont classées majoritairement (80,8 %) en « post partum pathologique » et concernent les sorties précoces, les suivis de césariennes et l'accompagnement psychologique (158 interventions de psychologue).
- depuis 2009, l'ante-partum commence à se développer, 36 patientes ont été prises en charge en 2010,

Pour l'HAD du CHBM :

- les prises en charge sont classées majoritairement (99,9 %) en « post partum physiologique » et concernent notamment les sorties précoces et le suivi des césariennes. Il est noté un besoin particulier concernant la prise en charge des risques psychosociaux, psychologiques et psychiatriques des jeunes mamans ; l'HAD n'ayant pas de ressources de psychologue en propre.
- l'ante-partum n'est pas développé,

Il n'existe pas de différence importante entre l'HAD post partum de la mutualité du Doubs et celle du CHBM car il s'agissait en fait d'un codage différent.

2.2.2.3. L'activité en néonatalogie et réanimation néonatale

Nombre d'admissions /Nombre de journées réalisées	Niveau	2007	2008	2009
Polyclinique de Franche-Comté	2 A	719/2888	719/3953	643/2756
CH Pontarlier	2 A	0	0	203/1448
CH Dole	2 A	184/1174	176/1176	139/931
CHI de la Haute-Saône : Vesoul	2 A	172/1680	152/1513	143/1422
CH Lons le Saunier néonatalogie SI (soins intensifs)	2 B	182/1561 NR	159/1575 NR	185/1727 159/771 en 2010
CHBM : Belfort néonatalogie SI (soins intensifs)	2 B	449/3259 369/1670	439/3107 327/1674	389/2881 357/1337
CHU Besançon néonatalogie SI	3	613/5180	670/5026	700/4851
Réanimation néonatale		215/2832	224/2773	252/2752
		392/2756	387/3072	371/2573

2.2.2.4. Les transferts in utero (TIU)

TIU	2007	2008	2009
Nb de Naissances	14631	14754	14424
Nb de TIU vers niveau III acceptés et réalisés	163	140	165
Nb de TIU vers niveau IIB	27	49	45
Nb de refus de TIU par manque de place en réa néonatale / pathologie maternelle et fœtale	10	18	10
Nb de TIU / 100 naissances	1,3	1,28	1,45

Les transferts in utero des mères vers le niveau 3 (CHU de Besançon) ont fait l'objet d'un schéma organisationnel et de protocoles élaborés par le RPF. Ces documents ont été diffusés à l'ensemble des maternités dans le cadre d'une rencontre sur place. Tous les SMUR n'appliquent pas ces recommandations notamment en ce qui concerne la non médicalisation des TIU pour menace d'accouchement prématuré ou rupture prématurée des membranes.

2.2.2.5. Les transferts néonataux (TNN)

TNN	2007	2008	2009
TNN ≤ 28 j vers niveau III	106	119	101
TNN vers niveau II (Entre les sites de Montbéliard et de Belfort du CHBM, il s'agit de mutation et non de TNN car c'est le même ES)	49	31	45
TNN hors région		8	2

Les transferts néonataux vers le niveau 3 (CHU de Besançon) :

Le SMUR de Besançon est le seul de la région à assurer ces transferts, il n'est pas spécialisé mais bénéficie du concours de pédiatres. Le transport est pris en charge, soit par un médecin urgentiste, soit par un pédiatre réanimateur. Actuellement, compte tenu des effectifs, seules 2 ou 3 périodes de 24h sur 7 peuvent être assurées par les pédiatres. Le service des urgences pédiatriques ne dispose en effet actuellement que de 2 postes de PH pour assurer une double mission : séniorisation des urgences et transferts néonataux pour l'ensemble de la région vers la réanimation pédiatrique.

Les transferts néonataux entre niveau 1 et niveau 2 sont insuffisamment documentés et ne font pas l'objet de protocoles formalisés (entre le CH de Saint-Claude et le CH de Lons le Saunier, entre les sites de Montbéliard et Belfort)

Le projet de création de 2 équipes de transports secondaires (Besançon et Belfort-Montbéliard) prévu au SROS III ne s'est pas concrétisé.

La formation des urgentistes à la prise en charge néonatale n'a pas été réalisée sur l'ensemble de la région mais de façon partielle uniquement au CHU de Besançon.

2.2.2.6. Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

9 établissements (12 sites) dont 7 établissements publics (10 sites) et 2 établissements privés assurent la prise en charge des IVG dans la région. La Polyclinique de Franche-Comté assure la prise en charge des IVG uniquement par voie de convention avec la médecine libérale (IVG médicamenteuses).

IVG Données SAE Franche-Comté	2005		2006		2007		2008		2009	
	Total	% IVG med	Total	% IVG med	Total	% IVG med	Total	% IVG med	Total	% IVG med
	3022	29,4	3233	31,4	3020	34,2	2994	37,3	2816	44,6

Le nombre d'IVG réalisées dans les établissements de santé de la région est stable depuis quelques années, autour de 3 000 actes par an avec de petites fluctuations d'une année sur l'autre. Elles sont essentiellement pratiquées dans les établissements publics de santé (97,2 %).

Cette relative stabilité est également notée au niveau national pour lequel la part du secteur public est moins élevée (75 % en 2007).

Les flux entre établissements de la région et hors région s'équilibrent.

En Franche-Comté, la part des IVG médicamenteuses progresse régulièrement. La part des IVG médicamenteuses en établissement de santé est en augmentation (21,2 % en 2001, 37,3 % en 2008 et 44,6 % en 2009). La moyenne nationale est de 44 % en 2007.

Cependant, la part de l'ensemble des IVG médicamenteuses incluant les IVG en médecine libérale ne représente que 37,7 % de l'ensemble des IVG pour une moyenne nationale à 48,6 % en 2007. La pratique des IVG médicamenteuses en libéral reste en effet encore peu répandue en Franche-Comté, à la fois en nombre d'établissements (3) et de praticiens concernés (9). Elle représente dans la région 5,3 % des IVG pour une moyenne nationale à 8,6 % en 2007.

2.2.3 Démographie médicale

2.2.3.1 Gynécologues-obstétriciens et pédiatres

De nombreux postes hospitaliers restent vacants malgré leur inscription sur la liste des postes à recrutement ou à maintien prioritaires (près d'1/4 des postes de pédiatres).

Des solutions locales ont été recherchées entre établissements notamment :

- la participation de praticiens du CHU ou d'autres établissements au fonctionnement de certains services de la région, soit en gynécologie-obstétrique, soit en pédiatrie,
- la participation des internes du CHU au service de garde des hôpitaux périphériques,
- des réunions d'information concernant les services des hôpitaux périphériques pour les rendre attractifs auprès des internes et des praticiens nouvellement formés,
- des postes partagés entre établissements.

Les possibilités de coopération restent toutefois limitées dans la mesure où tous les établissements connaissent à un degré plus ou moins important des problèmes d'effectifs. Aussi, afin d'assurer la continuité du service public, des établissements sont amenés à recruter des remplaçants pour occuper les postes vacants. Il est à noter que certains remplaçants préfèrent garder ce statut plus rémunérateur et moins contraignant que celui de Praticien Hospitalier titulaire ou contractuel.



Cette façon d'opérer, plus onéreuse pour les établissements, offre des conditions de sécurité moindres pour différentes raisons : méconnaissance du service, des pratiques et des autres établissements de la région, travail seul plutôt qu'en équipe...

Globalement, la démographie médicale dans les spécialités de gynécologie-obstétrique et pédiatrie est peu favorable en Franche-Comté. Cependant, il est noté un partenariat effectif entre les praticiens libéraux de ces disciplines et les établissements de santé dans le cadre du réseau périnatalité.

2.2.3.2 Sages-femmes

La densité de sages femmes en Franche-Comté est supérieure à celle observée au niveau national (36 pour 100 000 habitants en Franche-Comté pour 30 au niveau national en 2009).

417 sages-femmes exercent en Franche-Comté, la profession est féminine à 98 %.

85 % des sages femmes sont salariées, plus de 35 % des sages femmes salariées ont moins de 35 ans.

15 % des sages femmes exercent en libéral, soit 62 sages femmes réparties sur les 4 départements mais de façon majoritaire dans le Doubs (37 dans le Doubs, 5 dans le Jura, 13 en Haute-Saône et 7 dans le Territoire de Belfort).

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.4.1. Les points forts

- Les centres périnatals de niveau 1,2 ou 3 répondent aux besoins de la population.
- Les centres périnatals de proximité remplissent pleinement leurs missions.
- L'HAD constitue un élément complémentaire du dispositif.
- Le réseau de périnatalité Franche-Comté (RPFC) est bien structuré et assure son rôle de coordination de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés en conformité avec les directives nationales (notamment par rapport au cahier des charges du 30 mars 2006).
- L'unité Père-Mère-Bébé joue un rôle important dans la prévention et la prise en charge précoce des troubles psycho-pathologiques en périnatalité.

2.4.2. Les axes de consolidation et d'amélioration

- Pour faire face à la problématique d'une démographie médicale périnatale peu favorable, des solutions en matière d'organisation et d'attractivité sont à rechercher.
- Il convient de compléter la filière de prise en charge psychiatrique périnatale par la création d'une structure d'hospitalisation de jour en psychiatrie adulte à vocation périnatale.
- Concernant les transferts in utero, les SMUR devraient appliquer les protocoles élaborés par le RPFC, notamment en ce qui concerne la non médicalisation des TIU pour menace d'accouchement prématuré ou rupture prématurée des membranes.
- Concernant les transferts néonataux, le projet de création de 2 équipes de transports secondaires (Besançon et Belfort- Montbéliard) prévu au SROS III ne s'est pas concrétisé et devrait être réétudié. Par ailleurs, la formation des urgentistes à la prise en charge néonatale devra être réalisée sur l'ensemble de la région.
- La situation de la prise en charge des hémorragies de la délivrance demeure critique. Un groupe de travail régional est en cours de constitution pour réfléchir à cette problématique et faire des propositions concrètes.
- La réalisation des EEG nécessite un renforcement des effectifs médicaux consacrés à cette activité.

3. Orientations stratégiques

Les axes de développement et de progrès concernent :

- la promotion de l'information et de l'éducation relative à la sexualité, à la contraception et à la grossesse,
- la promotion de l'accès aux IVG médicamenteuses,
- la promotion de l'entretien prénatal précoce auprès de professionnels et des familles sur tout le territoire,
- le repérage et la prise en charge des difficultés psychologiques et psychiatriques des femmes en ante et en post partum,
- le dépistage précoce des troubles des enfants et la facilitation de leur prise en charge.

Les orientations stratégiques retenues sont les suivantes :

3.1. Améliorer l'accès aux soins

3.1.1 Maintenir les centres périnatals de niveau 1, 2, 3 ainsi que les centres périnatals de proximité

Les centres actuels seront maintenus, compte tenu de leur situation géographique, de leur niveau d'activité et de l'évolution des naissances et de la prématurité.

L'autorisation détenue par le CH de Belfort-Montbéliard pour le site de Montbéliard et son activité réelle doivent être mises en cohérence.

Pour favoriser l'accueil mère-enfant en néonatalogie, des unités Kangourous sont à mettre en place dans les établissements n'en disposant pas actuellement.

3.1.2. Evaluer le dispositif de prise en charge en HAD obstétricale

L'HAD constitue un élément complémentaire intéressant de l'ensemble du dispositif de prise en charge obstétricale qui nécessite cependant d'être évalué avant d'engager une réflexion sur l'intérêt de son développement dans les zones non pourvues.

3.1.3. Assurer la continuité de l'offre en matière d'IVG et promouvoir l'accès aux IVG médicamenteuses

Il convient de rester vigilant quant aux effectifs médicaux consacrés à l'activité d'IVG afin que sa continuité puisse être assurée dans les établissements concernés.

L'ensemble des techniques doit être accessible (IVG médicamenteuses et chirurgicales) et la prise en charge des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhées assurée. L'effort doit être poursuivi et accentué sur le développement de l'IVG médicamenteuse d'un part au sein des établissements, d'autre part en libéral ou en centre de santé.

3.1.4. Améliorer les possibilités de réalisation des EEG chez les nouveau-nés

Le renforcement des effectifs médicaux consacrés à l'activité EEG pédiatrique, pour prendre en compte de façon plus importante l'activité néonatale, est toujours d'actualité.

3.2. Réduire les inégalités d'accès au suivi et à la prise en charge des femmes enceintes

3.2.1. Organiser la prise en charge des femmes en situation de précarité

Il existe des permanences généralistes d'accès aux soins de santé (PASS) dans les CH de Dole (plus PASS dentaire), Gray, Belfort et Montbéliard ainsi qu'au CHU qui assure la coordination régionale des PASS. Le CH de Pontarlier dispose d'une PASS spécifique « périnatalité », créée en 2008 dans le cadre du plan périnatalité. Une possibilité d'accueil en maison maternelle serait utile sur le secteur de Montbéliard en raison d'un taux élevé de situations précaires.

Les liens entre les centres périnataux et les PASS sont à renforcer. Il serait souhaitable de désigner une sage-femme référente dans chaque centre et de sensibiliser l'ensemble du personnel des centres périnataux à l'accueil et l'accompagnement des femmes en situation de précarité.

3.2.2 Développer la prévention et la prise en charge adaptée des addictions

Le partenariat déjà engagé entre le réseau Périnatalité, les réseaux d'addictologie et les structures hospitalières de prise en charge des addictions devra se poursuivre.

3.2.3 Poursuivre les formations au repérage des violences conjugales

Fin 2008, le comité de coordination du RPFC a validé un projet de formation, destiné aux professionnels de périnatalité, sur le repérage, l'accompagnement et l'orientation des femmes enceintes victimes de violences conjugales. Une formation de 4 jours a été réalisée en octobre et novembre 2010 en lien avec la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) en direction de 16 professionnels de périnatalité (sages-femmes, assistante sociale, infirmière, psychomotricienne, médecins) représentant les différentes maternités de la région.

Des formations à l'attention des professionnels de la périnatalité ont déjà été assurées par le réseau. D'autres formations devraient être organisées compte tenu du besoin exprimé par les professionnels de périnatalité.

3.3 Améliorer la sécurité des prises en charge

3.3.1 Organiser les moyens de prise en charge des hémorragies graves de la délivrance

Le groupe de travail en cours de constitution devra définir avant la fin du premier semestre 2012 les modalités de la prise en charge. Il conviendra notamment d'évaluer précisément le nombre de situations critiques sur la région, de réfléchir à l'application des nouvelles techniques de prise en charge en maternité, de réaliser un recensement des radiologues publics et privés maîtrisant la technique d'embolisation, d'organiser des formations et de formaliser une organisation en région incluant les modalités de transfert.

3.3.2 Améliorer l'organisation des transferts in utéro (TIU)

Les transferts des mères vers le niveau 3 ont fait l'objet d'un schéma organisationnel et de protocoles élaborés par le RPFC. Ceux-ci devront être appliqués par l'ensemble des intervenants concernés (centres périnataux, SMUR). L'organisation des TIU entre les niveaux 1 et 2 doit obéir aux mêmes recommandations que pour les TIU vers le niveau III. Les indications de TIU vers les niveaux 2 dépendent des âges gestationnels.

3.3.3 Améliorer l'organisation des transferts néonataux (TNN)

Les moyens octroyés aux transferts néonataux vers le niveau 3 doivent être réévalués. Les transferts entre niveaux 1 et 2 doivent faire l'objet de protocoles à l'instar de ce qui a été élaboré par le réseau pour les transferts vers le niveau 3.

La formation des urgentistes et des professionnels de périnatalité, dans le cadre du RPFC, à la prise en charge néonatale doit être étendue à l'ensemble de la région.

3.4. Agir sur la qualité des soins

3.4.1. Conforter le réseau périnatalité RPFC

Bien structuré, fruit d'un partenariat effectif entre les praticiens libéraux gynécologues-obstétriciens et pédiatres et les établissements de santé, il assure parfaitement son rôle de coordination de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés en conformité avec les directives nationales (notamment par rapport au cahier des charges du 30 mars 2006). Sa pérennité doit être assurée.

3.4.2. Promouvoir l'entretien prénatal précoce auprès de professionnels et des familles sur tout le territoire

Cet entretien peut être individuel et/ou en couple et doit être systématiquement proposé au cours du 4^{ème} mois à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Il convient de poursuivre les actions d'information et de formation afin de pouvoir le proposer systématiquement.

Le recensement du nombre d'entretiens réalisés est à organiser dans la région.

3.4.3. Favoriser le repérage et la prise en charge des difficultés psychologiques et psychiatriques des femmes en ante et en post-partum

La formalisation du volet « soins psychiques et psychiatriques périnataux » du réseau RPFC intégrant les professionnels mais également leurs structures ou institutions de rattachement constitue un objectif prioritaire de celui-ci.

Des coopérations doivent être finalisées entre les centres périnataux et les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie à l'image de ce qui s'est développé dans le nord Franche-Comté.

La structure actuelle d'accueil de jour "Père, Mère, Bébé" a montré son utilité dans le cadre du réseau de soins psychiques et psychiatriques périnataux. Il est prévu la création d'un hôpital de jour à Besançon en psychiatrie adulte à vocation périnatale destiné à compléter le dispositif (Cf. Volet psychiatrie du SROS-PRS).

3.4.4. Poursuivre l'amélioration des prises en charge des prématurités notamment des grands prématurés

Le service de réanimation néonatale du CHU de Besançon s'est particulièrement investi dans la prise en charge et le suivi à long terme des grands prématurés. Depuis 10 ans, il travaille en équipe sur l'amélioration des soins de développement du prématuré et participe à une nouvelle politique de soins : les soins de développement individualisés ou NIDCAP avec formation spécifique de deux ans et validation de celle-ci pour 3 puéricultrices, 1 kinésithérapeute et un pédiatre.

L'intérêt de cette politique novatrice est d'observer le comportement du bébé vis-à-vis des soins et de limiter les agressions pouvant être délétères pour un cerveau en pleine maturation. Les résultats peuvent déjà se mesurer par un raccourcissement de la ventilation artificielle, la diminution des séquelles pulmonaires chroniques, un moindre besoin transfusionnel, une diminution du séjour hospitalier et à moyen terme (18 mois) et une amélioration du comportement neuro moteur. Enfin le bénéfice pour le lien parent-enfant et l'attachement se mesure par un meilleur taux d'allaitement maternel et de meilleures conditions du retour à domicile.

Cependant, les méthodes de soins non invasives exigent un temps infirmier supplémentaire de surveillance et les observations cliniques individuelles mobilisent un soignant à temps plein, alors qu'en parallèle, la limitation des actes techniques pénalise l'établissement en matière de valorisation T2A.

Ces soins de développement individualisés mis en œuvre dans l'établissement de niveau 3 (Besançon) devront être poursuivis et développés également dans les établissements de niveau 2. Il convient également de consolider le suivi à long terme des prématurés de moins de 33 semaines et des enfants en risque de développer un handicap (en lien avec pédiatres libéraux, PMI, CAMSP...).

3.4.5. Développer les soins palliatifs

Le développement de l'accompagnement des proches des enfants en soins palliatifs permettra de mener une véritable politique de prévention des deuils compliqués des parents et fratries des enfants décédés (cf. volet soins palliatifs du SROS-PRS).

3.4.6. Promouvoir l'allaitement maternel

Le réseau RPFPC développe depuis 2008, une politique régionale de promotion et de soutien de l'Allaitement Maternel (AM) qui repose essentiellement sur la formation de l'ensemble des professionnels afin d'optimiser l'information anténatale, d'inscrire les services liés à la maternité dans une démarche qualité autour de l'AM et de soutenir les mères après la sortie. Les consultations en lactation auprès des patientes de maternité, des mères de nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie ou de mères après leur retour à domicile ont été mises en place.

Cette politique mise en œuvre par le réseau devra être poursuivie en lien avec les médecins libéraux, pédiatres et/ou généralistes.

3.5 Mettre en place des solutions permettant de pallier les difficultés liées à la démographie médicale

Pour faire face aux difficultés entrainées par la démographie médicale peu favorable en Franche-Comté dans les spécialités gynéco-obstétrique et pédiatrie, il conviendra de développer le post internat dans les hôpitaux périphériques en liaison avec le CHU et les coopérations entre établissements : partage de postes, consultations avancées...

Le partenariat entre public et privé doit se poursuivre dans le cadre du réseau périnatalité.

L'installation de sages-femmes libérales est encouragée notamment dans le cadre des maisons de santé. Celles-ci assurent le suivi des femmes en pré et post natal en liaison avec les médecins généralistes. Cela peut constituer une offre de soins complémentaire à l'HAD et aux CPP, plus souple et plus proche des patientes.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

4.1. Organisation territoriale

L'activité enregistrée et les évolutions en matière de natalité et fécondité ne remettent pas en question les implantations actuelles, notamment celle de Saint-Claude qui se justifie pour des raisons géographiques et climatiques afin d'assurer une offre de proximité dans le secteur du Haut Jura.

Le maintien d'une activité d'obstétrique au CH de Saint-Claude, dans les conditions actuelles est lié à celui d'une activité d'anesthésie réanimation chirurgicale, d'une activité chirurgicale générale ou viscérale, compte tenu de l'absence de qualification chirurgicale des obstétriciens en poste (article D.6124- 44 du CSP).

Le CH de Belfort-Montbéliard a suspendu son activité de néonatalogie sans soins intensifs sur le site de Montbéliard et devrait de fait avoir une activité de maternité de niveau 1. Toutefois, l'établissement prend en charge des patientes relevant d'un niveau 2 A (> à 34 semaines d'aménorrhée). L'autorisation détenue par l'établissement devra être mise en cohérence avec son activité réelle. La prise en charge des IVG répartie actuellement sur 12 sites sera maintenue.

4.2 Permanence des soins

Obligations réglementaires concernant l'obstétrique, la néonatalogie, la néonatalogie avec soins intensifs et la réanimation néonatale sous forme de permanence sur place ou d'astreinte à domicile (en particulier les articles D 6124-44 ; D 6124-46 ; D 6124-48 ; D 6124-56 ; D 6124-61 du code de la santé publique).

Obligation d'organiser la permanence des soins pour les TIU et TNN, en lien avec le volet urgences du SROS-PRS.

5. Modalités/actions spécifiques de coordination (prévention, ville-hôpital, médico-social)

5.1. Orientations nationales

- Assurer une coordination du suivi en prénatal de la femme enceinte et en post-natal de la mère et de l'enfant lorsqu'une prise en charge par le secteur médico-social est nécessaire.
- Assurer l'articulation des établissements pratiquant des IVG avec les centres d'éducation et de planification familiale du conseil général en prévention des grossesses non désirées (contraception).
- Renforcer les coordinations entre les professionnels de santé libéraux et les établissements pratiquant des IVG, dans le domaine de la prévention des grossesses non désirées et de l'orientation des femmes en amont et en aval d'une IVG.

5.2. Orientations régionales

L'acteur principal de la coordination entre les champs de la prévention, du soin et du médico-social est le réseau périnatalité de Franche-Comté.

6. Projets de coopération

Formalisation du volet soins psychiques et psychiatriques périnataux du RPFC

7. Implantations

Besançon	Un centre périnatal de niveau 3 Un centre périnatal de niveau 2 A
Pontarlier	Un centre périnatal de niveau 2 A
Montbéliard	Un centre périnatal de niveau 1 Un centre périnatal de niveau 2A
Dole	Un centre périnatal de niveau 2 A
Lons le Saunier	Un centre périnatal de niveau 2 B
Saint-Claude	Un centre périnatal de niveau 1
Vesoul	Un centre périnatal de niveau 2 A

Belfort	Un centre périnatal de niveau 2 B
Trévenans	A terme, un centre périnatal de niveau 2B à Trévenans par regroupement du niveau 2A de Montbéliard et du niveau 2 B de Belfort

8. Indicateurs de suivi

8.1. Nationaux

- Part des séjours de nouveau-nés « sévères » réalisés en maternité de niveau 3
- Taux de césarienne par maternité et par territoire de santé (ind. CPOM)
- Part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements (indicateur CPOM)
- Part d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en établissement de santé
- Part d'IVG médicamenteuses pratiquées en dehors des établissements de santé

8.2 Régionaux

- Données SAE et PMSI
- Nombre de transferts in utero et néonataux
- Activité du réseau périnatalité RPFC
- Nombre d'entretiens prénatals précoces
- Taux de prématurité



Fiche SROS – PRS

Assistance Médicale à la Procréation

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 1 Objectif 1.2	Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun.
Priorité 1 Objectif 1.4	Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité.
Priorité 2 Objectif 2.1	Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Périnatalité.
SROMS	

1. Contexte

L'offre de soins en fécondation in vitro (FIV) est représentée par les centres clinico-biologiques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) qui sont des structures mixtes composées d'une unité clinique et d'une unité biologique prenant en charge les couples de façon conjointe.

1.1. Contexte politique et réglementaire spécifique

La loi n°2011-814 relative à la bioéthique a été signée le 7 juillet 2011, ses décrets d'application sont actuellement en cours de rédaction. Elle adapte les textes en vigueur aux évolutions de la science et de la recherche, sans remettre en cause les principes fondamentaux de la Bioéthique. Lors des débats parlementaires, les questions liées à l'AMP ont fait l'objet d'importantes discussions.

Elle met l'accent notamment sur les différents modalités des dons concernant les ovocytes, les spermatozoïdes et les tissus germinaux en réaffirmant le rôle d'information joué par les médecins, gynécologues ou médecins traitants.

La loi prévoit également que l'employeur accorde des autorisations d'absence à la donneuse afin de se rendre aux examens et de se soumettre aux interventions nécessaires à la stimulation ovarienne et au prélèvement ovocytaire.

1.2. Définition

L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué.

L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation.

L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle. La liste des procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence de la biomédecine. Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités et les critères d'inscription des procédés sur cette liste.

La technique de congélation ultra-rapide des ovocytes est autorisée.

La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation privilégie les pratiques et procédés qui permettent de limiter le nombre des embryons conservés.

La stimulation ovarienne, y compris lorsqu'elle est mise en œuvre indépendamment d'une technique d'assistance médicale à la procréation, est soumise à des règles de bonnes pratiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Un arrêté en date du 3 août 2010 définit les règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques applicables à l'assistance médicale à la procréation.

Les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation mentionnées à l'article [L. 2142-1](#) comprennent :

- les activités cliniques suivantes :
 - prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation ;
 - prélèvement de spermatozoïdes ;
 - transfert des embryons en vue de leur implantation ;
 - prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
 - mise en œuvre de l'accueil des embryons.

- les activités biologiques suivantes :
 - préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
 - activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment :
 - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ;
 - la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation ;
 - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
 - préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
 - conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;
 - conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
 - conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

Pour être autorisés à exercer ces activités, les établissements, les laboratoires et les organismes doivent faire appel à des praticiens en mesure de prouver leur compétence et remplir les conditions déterminées en application des dispositions du Code de la Santé Publique et des conditions de fonctionnement déterminées par voie réglementaire.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

La part des naissances issues de l'AMP en Franche Comté (toutes techniques confondues) est de 2,2%. Elle est de 2,4% au niveau national (données issues de la synthèse nationale de l'ABM- édition octobre 2010).

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Bilan des autorisations

La Franche-Comté dispose de deux centres d'AMP autorisés situés à Besançon, l'un public, l'autre privé.

Activités cliniques

- CHU de Besançon :
 - prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 ;
 - recueil de spermatozoïdes : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 ;
 - transfert d'embryons en vue de leur implantation : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 ;
 - prélèvement d'ovocytes en vue de don : autorisation du 24 juin 2008 ;
 - mise en œuvre de l'accueil d'embryons : autorisation du 18 décembre 2007.
- Polyclinique de Franche-Comté :
 - prélèvement d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation : renouvellement tacite d'autorisation en date du 5 décembre 2007 ;
 - transfert d'embryons en vue de leur implantation : renouvellement tacite d'autorisation en date du 5 décembre 2007.

Activités biologiques

- CHU de Besançon :
 - traitement, conservation du sperme en vue d'insémination artificielle : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 ;
 - fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 ;
 - recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 ;
 - préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don : autorisation du 24 juin 2008 ;
 - conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux : autorisation du 18 décembre 2007 ;
 - conservation des embryons en vue d'un projet parental : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 ;
 - conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008.
- Laboratoire CBM à Besançon :
 - traitement, la conservation du sperme en vue d'insémination artificielle : renouvellement tacite d'autorisation en date du 19 décembre 2008 ;
 - fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation : renouvellement tacite d'autorisation en date du 19 décembre 2008 ;
 - conservation des embryons en vue d'un projet parental : renouvellement tacite d'autorisation en date du 19 décembre 2008.

2.2.2. Données d'activité

Les tableaux qui suivent ont été réalisés à partir des rapports annuels d'activité des deux centres (public et privé) autorisés en matière d'AMP cliniques et biologiques sur la région.

- En intraconjugal

SECTEUR PUBLIC (FIV et ICSI)	2007			2008			2009		
	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL
Couples	180	204	384	195	206	401	190	197	387
Ponctions d'ovocytes	218	236	454	216	230	446	215	237	452
Transferts	189	223	412	192	208	400	194	219	413
Grossesses cliniques	84	109	193	74	98	172	68	97	165
% par ponction	38,5%	46,2%	42,5%	34,3%	42,6%	38,6%	31,6%	40,9%	36,5%
Accouchements	65	93	158	66	93	159	56	89	145
- dont unique	42	63	105	49	73	122	45	76	121
- gémellaire	23	28	51	17	20	37	11	13	24
- triple	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Enfants nés vivants	87	124	211	81	112	193	66	99	165

ICSI (Intra Cytoplasmic Spermatozoid Injection) : un seul spermatozoïde est introduit dans le cytoplasme ovulaire à l'aide d'une micro-pipette.

SECTEUR PRIVE (FIV et ICSI)	2007			2008			2009		
	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL
Couples	81	70	151	86	85	171	73	83	156
Ponctions d'ovocytes	90	90	180	95	107	202	86	109	195
Transferts	78	81	159	81	98	179	63	93	156
Grossesses cliniques	25	34	59	27	34	61	22	30	52
% par ponction	27.8%	37.8%	32.8%	28.4%	31.7%	30.2%	25.6%	27.5%	26.6%
Accouchements	23	24	47	22	29	51	14	28	42
- dont unique	18	21	39	16	21	37	11	21	32
- gémellaire	5	3	8	6	8	14	3	7	10
- triple	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfants nés vivants	28	27	55	28	37	65	17	34	51

en 2009, le nombre de grossesses cliniques correspond au nombre de grossesses avec activité cardiaque repérée alors qu'auparavant il correspondait au nombre de grossesses échographiques (qui sont plus nombreuses).

- Avec don de sperme

SECTEUR PUBLIC (FIV et ICSI)	2007			2008			2009		
	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL
Couples									
Ponctions d'ovocytes	7	1	8	4	0	4	5	0	5
Transferts	5	1	6	3	0	3	4	0	4
Grossesses cliniques	4	0	4	1	0	1	1	0	1
% par ponction	57.14%	0	50%	25%	0	25%	20%	0	20%
Accouchements	4	0	4	1	0	1	1	0	1
- dont unique	3	0	3	1	0	1	1	0	1
- gémellaire	1	0	1	0	0	0	0	0	0
- triple	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfants nés vivants	5	0	5	1	0	1	1	0	1

SECTEUR PRIVE (FIV et ICSI)	2007			2008			2009		
	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL	FIV	ICSI	TOTAL
Couples									
Ponctions d'ovocytes	0	1	1	0	1	1	1	2	3
Transferts	0	1	1	0	1	1	1	2	3
Grossesses cliniques	0	1	1	0	1	1	0	1	1
% par ponction	0	100%	100%	0	100%	100%	0	50%	33.33%
Accouchements	0	1	1	0	1	1	0	1	1
- dont unique	0	1	1	0	1	1	0	1	1
- gémellaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- triple	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfants nés vivants	0	1	1	0	1	1	0	1	1

Il convient également de prendre en compte l'activité de décongélation, qui tend à se développer. Elle est liée à la pratique du transfert d'un seul embryon qui vise à diminuer le nombre de grossesses multiples. Le nombre d'enfants diminue par conséquent.

SECTEUR PUBLIC	2007	2008	2009
Accouchements	167	171	167
- dont TEC	5	11	21
Nouveaux-nés \geq 22 semaines ou \geq 500 g	225	209	195
- dont TEC	7	12	25
SECTEUR PRIVE	2007	2008	2009
Accouchements	51	55	43
- dont TEC	4	4	1
Nouveaux-nés \geq 22 semaines ou \geq 500 g	60	69	53
- dont TEC	5	4	1

TEC : transfert d'embryons congelés en intraconjugal

2.2.3. Evolution en matière de FIV et d'ICSI

- En intraconjugal

	2007	2008	2009
Nombre de transferts FIV	267	273	257
Nombre de transferts ICSI	304	306	312
TOTAL	571	579	569

- Avec don de sperme

	2007	2008	2009
Nombre de transferts FIV	5	3	5
Nombre de transferts ICSI	2	1	2
TOTAL	7	4	7

- Total

	2007	2008	2009
Nombre de transferts FIV	272	276	262
Nombre de transferts ICSI	306	307	314
TOTAL	578	583	576

On observe ainsi une augmentation des transferts ICSI aux cours des dernières années (moyenne de 215 entre 1999 et 2002) avec une stabilisation sur les trois dernières années.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

- Existence d'une offre publique et d'une offre privée sur la région qui comporte l'ensemble des autorisations et agréments existants dans le domaine de l'AMP, y compris le don d'ovocytes et la prise en charge des couples en contexte viral ; cette offre est suffisante en Franche-Comté pour couvrir les besoins. Le délai d'attente de prise d'un premier rendez-vous est inférieur à deux mois.
- Mise en place récente du don d'ovocytes mais l'activité développée est très faible en région et nécessiterait d'être développée pour être pérennisée. Un effort particulier dans le cadre de ce développement est nécessaire compte tenu des orientations définies par l'Agence de la Biomédecine
- Nécessité à court et moyen terme de formation et de recrutement de nouveaux professionnels dans le cadre des plans de succession tant pour la partie clinique que pour la partie biologique.

3. Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques régionales sont au nombre de cinq :

- conserver des compétences régionales en matière d'AMP permettant le maintien de deux sites autorisés, l'un privé, l'autre public,
- développer le travail en réseau,
- améliorer la qualité de la prise en charge au plan psychique dans l'AMP,
- promouvoir le don d'ovocytes,
- sensibiliser les professionnels de santé à l'AMP vigilance.

3.1. Anticiper les départs de professionnels prévus à moyen terme, former des professionnels à la fois en Biologie et en Clinique et développer les possibilités de post internat afin d'éviter le départ des professionnels nouvellement formés vers d'autres régions

Le vieillissement des professionnels agréés reste une préoccupation amplifiée par un problème de recrutement de jeunes professionnels.

Il existe un réel manque d'intérêt et d'investissement des jeunes professionnels pour la Biologie de la Reproduction (BDR). La région présente un déficit en postes de chefs de clinique mais la formation en biologie de la reproduction nécessite un post internat. De ce fait, sans ces perspectives, les internes s'investissent peu en BDR dans la région. La pérennité des deux centres d'AMP pourrait ainsi se poser à moyen terme.

3.2. Accompagner le développement de la cryoconservation de tissus germinaux dans le cadre de la préservation de la fertilité

Le CECOS (Centre d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Spermé humain) de Besançon est un des plus anciens de France. En 2002, une convention avec le CECOS de Bourgogne a été signée avec création d'une structure unique : le CECOS de Bourgogne Franche-Comté sur deux sites.

Les demandes des praticiens et des patients augmentent, le volume est de plus en plus important. Le plateau de cryobiologie devra être adapté à ces évolutions (niveaux et remplissages automatiques) en lien avec les orientations du plan cancer (cf. volet cancer du SROS-PRS)

3.3. Améliorer les prises en charge psychologiques

- promouvoir la formation des professionnels intervenant en AMP dans le domaine de la psychologie ainsi que les échanges entre professionnels, médecins et psychologues,
- favoriser la formation spécifique des psychologues dans le champ de l'AMP,
- mettre en place un accompagnement psychologique pour les activités d'autoconservation et de prise en charge des patients à risque viral,
- organiser la continuité de la prise en charge psychologique d'une famille tout au long de son parcours par le même professionnel : en cancérologie, à la maternité et en pédiatrie, dans le cadre de l'AMP.

3.4. Promouvoir le don d'ovocytes

Le rapport IGAS de février 2011 concernant l'état des lieux et les perspectives du don d'ovocytes en France a présenté une estimation du besoin en supposant une répartition équitable des ponctions par région au prorata de la population en âge de procréer. Pour la Franche-Comté, les besoins de ponctions sont estimés à 13 en 2013, 26 en 2015 et 52 à terme. L'activité minimale souhaitable par centre semble être d'une trentaine de ponctions de donneuses par an, permettant de structurer la démarche qualité et le système d'information.

4. Objectifs quantifiés en implantations

Besançon 2 implantations d'activités cliniques
 2 implantations d'activités biologiques

5. Indicateurs de suivi

- Taux de recours aux activités cliniques d'AMP des femmes en âge de procréer.
- Part des naissances issues de l'AMP dans la région.
- Part des accouchements gémellaires.
- Nombre de transferts avec don de sperme.
- Nombre de transferts avec don d'ovocytes.
- Nombre de dons d'ovocytes.

Fiche SROS - PRS

Diagnostic prénatal

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Périnatalité.
SROMS	Personnes handicapées.

1. Contexte

1.1. Contexte politique et réglementaire spécifique

La loi n°2011-814 relative à la bioéthique a été signée le 7 juillet 2011, ses décrets d'application sont actuellement en cours de rédaction.

Cette loi prévoit notamment dans le cadre du diagnostic prénatal que chaque femme enceinte reçoive, lors d'une consultation médicale, une information claire et adaptée sur la possibilité de recourir à des examens de biologie médicale et d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon et le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de sa grossesse.

Préalablement à ces examens, le prescripteur, médecin ou sage-femme, doit obligatoirement recueillir le consentement de la femme enceinte. Les résultats ne peuvent être rendus que par le prescripteur, qui doit fournir une information nécessaire à leur compréhension. En cas de risque avéré, la femme enceinte peut être orienté vers un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Partie législative et réglementaire : articles L.2131-1 à L.2131-5 et R.2131-1 à R.2131-22 du Code de la Santé Publique.

1.2. Définition

Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales, y compris l'échographie obstétricale et fœtale, ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité.

Les examens de biologie médicale destinés à établir un diagnostic prénatal sont pratiqués dans des laboratoires de biologie médicale faisant appel à des praticiens en mesure de prouver leur compétence, autorisés selon les modalités prévues par le Code de la santé Publique

Lorsque le laboratoire dépend d'un établissement de santé, l'autorisation est délivrée à cet établissement.

La création de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal dans des organismes et établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif est autorisée par l'Agence de la biomédecine.

Les analyses mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 2131-1 ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité comprennent :

- les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- les analyses de génétique moléculaire ;
- les analyses en vue du diagnostic de maladies infectieuses ;
- les analyses d'hématologie ;
- les analyses d'immunologie ;
- les analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels.

Les analyses d'hématologie, d'immunologie et de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels, incluent les analyses de biologie moléculaire.

Les pratiques médicales concourant au diagnostic prénatal, y compris l'utilisation des techniques d'imagerie, seront soumises à des règles de bonnes pratiques définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur proposition du directeur général de l'Agence de la biomédecine après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Ces règles tiennent compte des recommandations de la Haute Autorité de Santé, en application du 2° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

2. Diagnostic

2.1. Etat des lieux

2.1.1. Bilan des autorisations

- CHU : renouvellement tacite d'autorisation en date du 9 octobre 2008 pour les analyses de cytogénétique, y compris analyses de cytogénétique moléculaire.
- Laboratoire Piedimonte-Veyrat à Lons le Saunier : renouvellement tacite d'autorisation en date du 20 décembre 2008 pour les analyses de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels.
- Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard : autorisation du 24 février 2010 pour les analyses de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels.
- CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal : renouvellement de l'agrément du CHU par l'Agence de Biomédecine le 20 juin 2008.

2.1.2. Données d'activité

- Cytogénétique

Le caryotype (dénombrement et identification des chromosomes en métaphase) est réalisé, après amniocentèse, sur les cellules du liquide amniotique après mise en culture, sur culture du sang de cordon ou par analyse directe sur trophoblaste à partir de prélèvement de villosités chorales (résultat plus rapide mais risque d'avortement plus élevé).

Activité et résultats du laboratoire autorisé de Franche-Comté 2007-2009 (source : laboratoire de cytogénétique du CHU) :

ACTIVITE		2007	2008	2009
Caryotypes fœtaux		446	462	416
Dont :	Villosités chorales	45	54	50
	Liquide amniotique	398	406	359
	Sang fœtal	3	2	7
Fœtus examinés		-	-	-
Anomalies détectées		37	29	30
% Anomalies / Caryotypes fœtaux		8.29	6.27	7.21

Il est constaté une forte diminution de l'activité de cytogénétique prénatale, de plus de moitié depuis 8 ans. L'activité totale de cytogénétique au CHU de Besançon est d'environ 2500 caryotypes dont 400 en prénatal. Les établissements et professionnels de la région ont de plus en plus tendance à faire appel au laboratoire Biomnis, laboratoire de biologie médicale spécialisé à Lyon qui organise la collecte des prélèvements. Le CHBM envoie les prélèvements à un laboratoire de Clermont Ferrand.

- Marqueurs sériques maternels

Indications et résultats des examens du laboratoire privé de Lons-le-Saunier 2007-2009 :

ACTIVITE	2007	2008	2009
Femmes testées	7032	6765	6457
Femmes à risques	458	498	479
Amniocentèses effectuées	356	367	371
Anomalies chromosomiques	10	14	6
dont : Trisomie 21	8	6	4
% Femmes à risque / Femmes testées	6.5%	7.4%	7.4%
% Femmes à risque avec amniocentèse	5%	5.4%	5.7%
Anomalies / Amniocentèses	2.8%	3.8%	1.6%

Activité prévisionnelle du laboratoire du centre hospitalier de Belfort-Montbéliard autorisé le 24 février 2010 :

ACTIVITE PREVISIONNELLE	2010	2011
Analyses de biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	1000	2000 à 2500

- Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

Activités dont avis pour interruptions médicales de grossesses (sources CPDPN)

ACTIVITE	2007	2008	2009
Nombre de réunions	45	44	45
Nombre de dossiers examinés	409	530	462
Nombre d'avis pour IMG (dont refus)	83	82	78

Le taux d'attestations de gravité délivrées pour une IMG par million de femme en âge de procréer est de 29,8 en 2008 en Franche-Comté (source synthèse nationale de l'Agence de biomédecine), la moyenne nationale est de 45 %.

Indications et nombres de demandes d'avis en cours de grossesse (sources CPDPN)

INDICATION	2007	2008	2009
Anomalies chromosomiques	35	32	27
Maladies génétiques	4	3	3
Pathologies infectieuses	0	1	1
Malformations fœtales	32	40	35
Autres	9	4	11

2.1.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

- Arrivée d'un PU/PH en génétique médicale en septembre 2010, compétence qui faisait défaut dans la région jusqu'à ce jour.
- Diminution importante des examens de cytogénétique prénatale au CHU, considérée par les professionnels comme un facteur d'affaiblissement du CPDPN, du fait de l'envoi des prélèvements à des laboratoires situés hors région.
- Peu d'autorisations délivrées en Franche-Comté concernant les laboratoires autorisés en DPN en termes de catégories d'analyses et notamment absence d'autorisation pour les analyses de génétique moléculaire. Cette dernière n'est envisageable que dans le cadre d'une coordination interrégionale permettant d'avoir un bassin de population suffisant
- 2 laboratoires autorisés pour les marqueurs sériques maternels, l'un au nord de la région, l'autre au sud avec montée en charge progressive du laboratoire du CHBM récemment autorisé. Les besoins de la région sont actuellement satisfaits. Aucune implantation n'est autorisée sur Besançon où se situent deux grosses maternités dont celle du CHU, l'ensemble des activités cliniques et biologiques d'AMP ainsi que le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).
- Autorisation du CPDPN renouvelée en juin 2008 mais persistance d'une fragilité importante de celui-ci liée notamment à la succession du coordonnateur et à nécessité d'améliorer de façon sensible son rôle fédérateur et de promouvoir un travail interactif en réseau.
- Diminution prévue à terme du nombre de professionnels réalisant les échographies obstétricales.

3. Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques régionales sont au nombre de quatre :

- conserver des compétences régionales en matière de DPN, notamment cytogénétique et mener une réflexion interrégionale pour les analyses de génétique moléculaire,
- inciter à utiliser l'offre régionale en matière de DPN,
- conforter le rôle et la place du CPDPN en matière d'expertise, de recours et d'animation sur le plan régional,
- développer le travail en réseau et les coopérations.

3.1. Maintenir une offre en professionnels réalisant les échographies et spécialiser les praticiens dans les établissements de la région pour garantir la qualité des examens échographiques

La spécialisation des praticiens au sein des établissements est actuellement réalisée en grande partie pour le recours, cependant il est précisé que de nombreux professionnels cessent de pratiquer les échographies obstétricales. Cette diminution doit être anticipée, rendant nécessaire la formation des internes de gynécologie obstétrique au diagnostic anténatal ainsi que celle des sages-femmes à la pratique des échographies de dépistage.

3.2. Promouvoir un centre régional des aneuploïdies doté des compétences cliniques et biologiques fédérant l'ensemble des acteurs de la région impliqués dans ces activités

Il est nécessaire préalablement sur le plan régional de pouvoir mieux adapter l'offre aux attentes et aux besoins des professionnels ainsi que d'améliorer la qualité du service rendu et de développer des axes de coopération public/privé ainsi que la réflexion interrégionale.

3.3. Favoriser le recours à une offre régionale pour la réalisation des marqueurs sériques maternels

Ce dépistage consiste à cibler des patientes à risque accru d'anomalies chromosomiques chez lesquelles le prélèvement pour caryotype foetal sera réalisé. Il existe un bouleversement récent concernant l'évaluation du risque de trisomie 21 ; l'arrêté du 23 juin 2009 fixe les règles de bonnes pratiques en la matière. Il repose sur un dépistage combiné qui associe le dosage des marqueurs sériques et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale. Actuellement le calcul de risque est effectué par le biologiste qui rentre les données échographiques. A terme il pourrait être réalisé par l'échographiste par le biais d'un logiciel en cours d'expérimentation pour un marquage CE, tendant de ce fait à une intégration clinico-biologique.

Les mesures échographiques sont opérateur dépendant, l'arrêté prévoit un contrôle qualité de l'échographie reposant sur une évaluation des pratiques professionnelles. Il nécessite de travailler en réseau et c'est le réseau périnatalité qui délivre le numéro d'identifiant unique à chaque échographiste adhérent au réseau. L'attribution de ce numéro représente un engagement à s'inscrire dans une démarche qualité.

Dans ce cadre, le réseau périnatalité a vocation à coordonner l'ensemble des professionnels qui concourent au dépistage prénatal, et notamment les échographistes et les biologistes agréés pour effectuer les analyses.

Le CPDPN qui constitue un pôle de compétences clinique et biologique au service des patients et des praticiens, s'associe au réseau de périnatalité dont il constitue la référence en matière d'expertise. Le réseau périnatalité a attribué 40 numéros d'identifiant en Franche-Comté. Il est à noter que certains échographistes ont un numéro d'agrément attribué par le réseau périnatalité de Strasbourg.

Actuellement, deux implantations sont autorisées en Franche Comté. Les besoins de la région peuvent être considérés comme satisfaits bien qu'aucune implantation ne soit autorisée à Besançon où se situent deux grosses maternités dont celle du CHU, les activités cliniques et biologiques d'AMP ainsi que le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). Les deux centres agréés en AMP se sont fortement positionnés afin d'obtenir une, voire deux implantations supplémentaires localisées à Besançon. Une coopération formalisée public/privé aurait pu également être envisagée. Cependant, les arguments retenus pour ne pas autoriser une implantation supplémentaire en région sont les suivants :

- couverture des besoins suffisante en termes quantitatifs. Le laboratoire de Lons en particulier répond aux besoins du reste de la région depuis 10 ans maintenant, à la satisfaction de tous les interlocuteurs et la montée en charge du laboratoire récemment autorisé au CHBM est en cours,
- nécessité de réaliser un volume suffisant pour une exploitation correcte des statistiques au sein de chaque laboratoire : calcul des médianes et clarté nucale (envoyés à l'ABM pour comparaisons nationales), selon les sources de 5000 à 7000 examens,
- délais actuels de rendu des résultats satisfaisants notamment en cas de risque décelé
- unité de lieu qui ne paraît pas nécessaire dans le cadre de réalisation actuel,
- dilution de l'information par augmentation du nombre de laboratoires agréés, risque de moins bon retour, exploitation régionale plus difficile,
- développement prévu à court terme de la génétique moléculaire.

3.4. Promouvoir le recours à l'offre disponible en région pour les examens de cytogénétique et spécialiser les praticiens réalisant les amniocentèses et les biopsies de trophoblastes

Dés lors que le calcul de risque s'effectue de plus en plus lors du premier trimestre de la grossesse, la biopsie de trophoblaste prend toute sa place par rapport à l'amniocentèse. Il est nécessaire de concentrer les prélèvements et de « spécialiser » les praticiens qui les réalisent.

Par ailleurs, il est constaté une diminution importante des caryotypes réalisés en prénatal au CHU de Besançon, la plupart des maternités adressent les liquides amniotiques prélevés à Lyon. La rapidité d'obtention des résultats ainsi que le coût sont avancés comme facteurs d'explication. La poursuite de ces pratiques pourrait poser à terme le problème de la pérennité de cette activité.

L'intérêt de maintenir une offre de proximité (à l'échelle de la région) a déjà été souligné dans le SROS III compte tenu de la nécessité de pouvoir discuter des situations et des diagnostics dans le cadre du CPDPN avec des interlocuteurs biologistes locaux présents ou joignables facilement. Compte tenu de l'augmentation prévisible du nombre de biopsies de trophoblastes et des difficultés d'interprétation posées par celles-ci, cette préconisation se révèle d'autant plus importante. La disparition de cette offre régionale peu être source de fragilité du CPDPN, voire mettre en jeu son avenir.

3.5. Conforter le CPDPN régional et promouvoir un travail en réseau répondant aux attentes des différents professionnels impliqués

- Assurer les conditions de la pérennité du CPDPN :

Malgré le renouvellement de l'agrément du CPDPN, il persiste une véritable fragilité de ce centre qui est réellement préoccupante et ce, bien que l'arrivée récente d'un PU/PH en génétique ait à nouveau permis de disposer d'une compétence qui faisait défaut jusqu'à ce jour.

Il existe en particulier un problème de succession du coordonnateur actuel qui se posera à très court terme. Une véritable prise en compte de cette difficulté et en engagement réel des instances et professionnels concernés du CHU de Besançon pour remédier à cette situation doit être mise en place

- Poursuivre la structuration du réseau des professionnels et organiser les relations entre le CPDPN et les praticiens de la région :

Les réunions hebdomadaires du CPDPN ont lieu en visioconférence. Des réunions d'enseignement sont également organisées tous les trois mois par Visio conférence. Toutefois, malgré des améliorations notables, le CPDPN de Besançon ne paraît pas jouer encore totalement son rôle fédérateur. Le Nord Franche-Comté recourrait encore également au centre de Strasbourg et le Jura à ceux de Lyon. La proximité géographique ne serait pas la seule explication. Le CPDPN doit se donner les moyens de remplir pleinement cette fonction en établissant des relations de confiance adaptées aux attentes des différents professionnels impliqués dans le cadre de la prise en compte globale des couples. L'amélioration continue du service rendu passe par le développement du travail en réseau des professionnels.

4. Evolution de l'offre

Pour ce qui concerne la génétique moléculaire en DPN, une autorisation pourra être accordée dans le cadre d'une coopération interrégionale inter CHU pour les analyses de niveau 2.

5. Objectifs quantifiés en implantations

Besançon	1 implantation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal 1 implantation de diagnostic prénatal : analyses de cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire, analyses de génétique moléculaire (dans le cadre d'une coopération interrégionale pour les analyses de niveau 2)
Lons-le-Saunier	1 implantation de diagnostic prénatal (marqueurs sériques)
Belfort	1 implantation de diagnostic prénatal (marqueurs sériques) à transférer sur le site de Trévenans
Trévenans	1 implantation de diagnostic prénatal (marqueurs sériques) par transfert de l'implantation de Belfort

6. Indicateurs de suivi

- Nombre de caryotypes fœtaux réalisés dans la région.
- Nombre d'analyses de risque de risque réalisées par centre autorisé/nombre de femmes à risque/nombre de caryotypes réalisés/nombre d'anomalies dépistées.

Fiche SROS – PRS

Psychiatrie

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 1 Objectif 1.5	Contribuer au développement de la santé et du bien être au travail.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Addictions, Cancer, Maladies infectieuses dont maladies à prévention vaccinale, Personnes placées sous main de justice, Personnes en situation de précarité/vulnérabilité, Santé mentale.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte

L'article L.3221-1 du Code de la Santé Publique détermine que la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion sociale.

A cet effet, les établissements de santé autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L.1434-16 et dans les conditions prévues aux articles L.1434-7 et L.1434-9.

En outre, ainsi que le précise l'article L.3221-4 du CSP, chaque établissement autorisé en psychiatrie et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans ces secteurs, des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leur activité non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Les travaux d'élaboration du volet psychiatrie du SROS s'inscrivent dans un contexte de transition : attente d'un nouveau plan santé mentale, incertitudes quant à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie, réforme du régime des hospitalisations sous contraintes (loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et ses décrets d'application n°2011-846 et 2011-847 du 18 juillet 2011).

Le système de santé mentale est complexe et s'organise autour de structures, services et partenaires relevant à la fois des domaines sanitaire, médico-social et social. Les interventions de ces différents secteurs doivent être coordonnées et articulées entre elles pour assurer la continuité des parcours de soins (au sens OMS du terme). Cet indispensable travail d'articulation et de mise en cohérence, consommateur de temps, doit être mené alors que la région connaît une démographie défavorable des médecins psychiatres.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

Entre 2003 et 2005, ont été recensés 222 décès annuels par suicide, dont 78% surviennent avant 65 ans. Comparé au taux national, la Franche-Comté enregistre une surmortalité par suicide (+10%).

Le nombre de décès est moins élevé chez les femmes que chez les hommes. Ce sont les hommes âgés de 45 à 49 ans et de plus de 85 ans qui présentent les taux de décès spécifiques par âge les plus élevés.

La diminution de la mortalité par suicide observée entre 1984 et 2004 est moins importante de 15% en Franche-Comté qu'au niveau national.

Les psychoses, troubles graves de la personnalité et arriérations mentales, représentent 7% des admissions en affections de longue durée (ALD° en Franche-Comté. En 2009, le taux d'admission en ALD pour psychose est de 136 pour 100 000 personnes affiliées au régime général, il est de 180 pour 100 000 en France (source CNAMTS 2007-2009). Ces taux en infrarégion sont de 134 pour le Doubs, 171 pour le Jura, 139 pour la Haute-Saône et 83 pour le Territoire de Belfort.

En ce qui concerne les hospitalisations sous contrainte, il est noté la persistance depuis 2007 d'un recours à l'hospitalisation à la demande d'un tiers supérieur à la moyenne nationale : 1,3 entrée pour 1 000 habitants en 2009 (1 en France). Pour les hospitalisations d'office, la tendance est difficilement interprétable compte-tenu de faibles effectifs, toutefois, il est constaté que la durée de séjour est inférieure aux données nationales.

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Démographie des psychiatres et des professionnels de santé intervenant en psychiatrie : de grandes difficultés

- Les psychiatres

La Franche-Comté compte 208 psychiatres tout mode d'exercice confondu. La densité est de 17,87 pour 100 000 habitants, inférieure à la densité nationale (21,97). Il existe des disparités selon les départements avec une densité proche de la moyenne nationale dans le Doubs (20,09).

La densité des psychiatres libéraux est sensiblement plus faible que la moyenne nationale (6,96 contre 10,35). La situation est particulièrement flagrante en Haute-Saône.

La répartition par tranche d'âge montre que 39% de l'ensemble des psychiatres ont plus de 60 ans (81 psychiatres).

Malgré une augmentation du nombre de médecins psychiatres formés en Franche-Comté (12 sortants en 2009, 13 en 2010 et 14 par an pour les 5 ans à venir), Le taux de remplacement actuel ne couvre pas l'ensemble des départs à la retraite prévus dans les 5 ans et ne permettra pas une amélioration de la situation dans les 10 ans à venir.

- Les psychologues

781 psychologues exercent en Franche-Comté. La majorité d'entre eux a une activité salariée exclusive (622).

- Les infirmiers

Les délégations de tâches aux infirmiers et psychologues à organiser et prévues dans le SROS III n'ont pas été mises en œuvre.

Le manque de formations spécifiques en psychiatrie des professionnels de santé non médicaux est relevé.

- Les autres professionnels

Les difficultés démographiques en psychiatrie touchent également d'autres catégories de personnels paramédicaux dont les problèmes de recrutement pénalisent la prise en charge (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotriciens).

2.2.2. Bilan du SROS III

Durant la période du SROS III, plusieurs améliorations remarquables du système de soins en psychiatrie ont été réalisées. Ainsi, la restructuration complète de la psychiatrie dans le Nord Franche-Comté a été mise en œuvre. L'organisation de la psychiatrie de la personne âgée a été amorcée par la création d'intersecteurs, et des initiatives innovantes, mises en place dès le premier SROS de santé mentale, ont été consolidées : à citer l'Unité Médico-Educative pour Adolescents (UMEA), l'Atelier de santé de proximité, Vivre en Ville, les Equipes mobiles EMPI, les Invités au Festin.

2.2.2.1. Nouvelles implantations prévues non concrétisées

En psychiatrie adultes :

Structures prévues non ouvertes :

- Hospitalisation de nuit à Bavilliers (90G03)
- Hospitalisation de nuit à Héricourt (70G02)
- Placement familial thérapeutique à Dole (39G01)
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel à Ornans (25G04)
- Centre médico-psychologique à Ornans (25G04)
- Centre médico-psychologique à Mouthe (25G05)
- Centre médico-psychologique à Levier (25G05)

Structures fermées par manque de ressources en personnel :

- Hospitalisation de jour à Morteau (25G05)

En psychiatrie infanto juvénile :

Structures prévues non ouvertes :

- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel à Belfort (90I01)
- Hospitalisation à temps complet à Lons le Saunier (39I02)
- Hospitalisation de jour à Dole (39I01)
- Centre médico-psychologique à Maiche (25I01)
- Centre médico-psychologique à Rioz (70I01)
- Centre médico-psychologique à Pont de Roide (25I01)
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel à Salins (39I01)

Structure dont l'autorisation est caduque :

- Hospitalisation de jour à Pontarlier (25I01)

En géro-psycho-geriatrie :

Structures prévues non ouvertes :

- Hospitalisation de jour de géro-psycho-geriatrie à Gray (70Z01)
- Hospitalisation de jour de géro-psycho-geriatrie à Vesoul (70Z01)

2.2.2.2. Propositions d'organisations non abouties

- Urgences Psychiatrique et psychiatrie de liaison :

Le SROS III préconise une organisation selon 3 niveaux :

Niveau 1 : accueil et entretiens infirmiers de 12 h à 24 h sur 24 heures puis orientation en collaboration avec le médecin urgentiste (hospitalisation en psychiatrie, rendez-vous au CMP)

Niveau 2 : accueil et entretiens infirmiers 24 h / 24, vacation médecin

Niveau 3 : accueil et entretiens infirmiers 24 h / 24 - médecin psychiatre 24 h / 24.

Gray : niveau 1 non réalisé

Pontarlier : psychiatrie de liaison limitée à 4h par semaine de temps infirmier

CHBM : niveau 2 non réalisé, le niveau est à peine du niveau 1. La psychiatrie de liaison est privilégiée

Champagnole et St Claude : Niveaux 1 préconisés non réalisés. Cependant des lits sont installés à St-Claude.

Vesoul : niveau 2 mis en place, facilité par la réalisation d'un service de psychiatrie au sein du CH. Les niveaux 1 de Lure et de Luxeuil les Bains ne sont plus justifiés en raison de l'évolution des services des urgences.

La question des transports sanitaires des urgences psychiatriques reste un problème non résolu (sorties longues, agressions ...) et les difficultés de mise en œuvre sont réelles. Un SMUR psychiatrique a fonctionné quelques temps au CHU, a été reconnu comme efficace mais sur un secteur géographique limité. Il n'a pas pu être maintenu.

- Psychiatrie infanto-juvénile :

Pas d'individualisation d'un intersecteur à Pontarlier et autorisation caduque de l'hospitalisation de jour (6 places de 3 à 12 ans)

Hospitalisation à temps complet à Lons le Saunier en pédiatrie non réalisée

Réflexion sur une unité régionale d'accueil des enfants très difficiles non aboutie

- Alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie générale :

Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel à Ornans et centres médico-psychologiques à Mouthe, Levier, Ornans non créés

Equipes mobiles de prévention intersectorielles (EMPI) de Pontarlier, Belfort-Montbéliard et Vesoul non mises en place

- Articulations avec le médico-social : les équipes de liaison restent limitées.

2.3. Données d'activité

2008	C.H.U. de BESANCON		C.H.S. de NOVILLARS		C.H. de PONTARLIER		Hôpital de jour Velotte		C.H.S. de ST YLIE à DOLE		C.H.S. de ST REMY ET NFC	
	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées
Psychiatrie générale												
<u>Hospitalisation complète</u>												
Fourchette basse	14 000		75 500		11 000				71 000		200 000	
Fourchette haute	18 400	12 564	83 800	76 288	17 000	11 883			81 500	88 812	225 000	214 337
<u>Hospitalisation de semaine</u>												
Journées réalisées		2 323										
<u>Hospitalisation de jour (places/venues)</u>												
Fourchette basse			10		9		12		82		67	
Fourchette haute		79	38	3 497	18	1 800	3 160	12	90	14 155	82	14 138
<u>Hospitalisation de nuit (places/venues)</u>												
Fourchette basse			7		1				6		7	
Fourchette haute			7	153	3	239			10	91	7	517
<u>Ambulatoire</u>												
Nombre de séances		323		31 442		16 324				23 381		34 806
Psychiatrie infanto-juvénile												
<u>Hospitalisation complète</u>												
Fourchette basse	2 700		1 300						2 400		2 500	
Fourchette haute	3 400	2 463	2 100	1 379					3 400	3 111	9 500	3 610
<u>Hospitalisation de jour (places/venues)</u>												
Fourchette basse			24						64		34	
Fourchette haute			30	3 920					84	10 605	54	9 855
Places	1											
Venues												
<u>Ambulatoire</u>												
Nombre de séances				22 979						18 851		1 480

2009	C.H.U. de BESANCON		C.H.S. de NOVILLARS		C.H. de PONTARLIER		Hôpital de jour VELOTTE		C.H.S. de ST YLIE à DOLE		C.H.S. de ST REMY ET NFC	
	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées	Objectifs quantifiés	Journées réalisées
Psychiatrie générale												
<u>Hospitalisation complète</u>												
Fourchette basse	14 000	12 323	75 500	75 012	11 000	11 581			71 000	73 299	200 000	209 040
Fourchette haute	18 400		83 800		17 000				81 500		225 000	
<u>Hospitalisation de semaine</u>												
Journées réalisées		2 276										
<u>Hospitalisation de jour (places/venues)</u>												
Fourchette basse			10	6 139	9	1 647	12	3 319	82	16 950	67	14 466
Fourchette haute			38		18		12		90		82	
<u>Hospitalisation de nuit (places/venues)</u>												
Fourchette basse			7	66	1	185			6	77	7	323
Fourchette haute			7		3				10		7	
<u>Ambulatoire</u>												
Nombre de séances		358		18 689		19 397				22 710		31 751
Psychiatrie infanto-juvénile												
<u>Hospitalisation complète</u>												
Fourchette basse	2 700	2 865	1 300	1 742					2 400	3 347	2 500	3 081
Fourchette haute	3 400		2 100						3 400		9 500	
<u>Hospitalisation de jour (places/venues)</u>												
Fourchette basse			24						64	11 201	34	9 573
Fourchette haute			30	4 130					84		54	
Places	1	120										
Venues												
<u>Ambulatoire</u>												
Nombre de séances				22 012						18 604		1 372

Lits et places/établissement

2011	CH Novillars		CH Dole St Ylie		CH Pontarlier		CHU		AHFC St-Rémy		Velotte
	Adulte	Infanto juvénile	Adulte	Infanto juvénile	Adulte	Infanto juvénile	Adulte	Infanto juvénile	Adulte	Infanto juvénile	Adulte
Hospitalisation complète	243	7	227	14	35		55	19	595	20	
Hospitalisation jour	38	30	86	71	10		4	4	82	65	12
Hospitalisation nuit	7	0	2	0	3				7	0	
Total Adultes	288		315		48		59		684		
Total Infanto-juvénile		37		85		0		23		85	

2011	Adulte	Infanto juvénile	Totaux
Hospitalisation complète	1155	60	1215
Hospitalisation jour	232	170	402
Hospitalisation nuit	19	0	19
Total Adultes	1406		
Total Infanto-juvénile		230	

2.4. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

- Le SROS III a été l'occasion d'un effort de restructuration important de l'offre : transfert des autorisations du CHBM à l'Association Hospitalière de Franche-Comté (AHFC) avec effort d'amélioration de l'offre en hospitalisation à temps plein (regroupement sur le site Messagier à Montbéliard, restructuration à Bavilliers), implantation de lits de psychiatrie au CHI de Vesoul, restructuration de 6 unités d'hospitalisation à Dole-St-Ylie, implantation de lits d'hospitalisation complète dans les locaux du CH de St Claude...
- Le maillage territorial et l'accessibilité à l'offre de premier recours en psychiatrie (centre médico-psychologique...) ont été améliorés. Cependant des difficultés subsistent toujours dans le Haut-Doubs où les centres médico-psychologiques prévus à Mouthe et Levier n'ont pu ouvrir. La création d'un centre médico-psychologique à Ornans couplé avec une activité de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel n'a pu être concrétisée. Il en est de même pour l'activité infanto-juvénile à Maïche et Pont de Roide. L'hôpital de jour de Morteau a dû fermer et l'autorisation de celui prévu à Pontarlier est devenue caduque.
- La psychiatrie infanto-juvénile s'est fortement développée et diversifiée : mise en place d'une maison des adolescents à Besançon grâce à un réseau actif pluri-partenarial, création du Centre d'accueil des victimes d'abus sexuels et de maltraitance (CAVASEM), du centre de ressources de l'autisme et de celui pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, mise en place de l'Unité pères-mères-bébés. S'ajoute à ces actions l'animation d'une réflexion et de formation collective régionale multi partenariale par le Groupe régional pour le "repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent" associant Education nationale, PMI et Pédopsychiatrie. Cependant la couverture territoriale des besoins par l'ensemble de ces dispositifs n'est pas optimale.



- Le développement de la géronto-psychiatrie a été amorcé avec la création d'équipes mobiles spécialisées (Nord Franche-Comté et partiellement le Jura). Cependant les créations d'hôpitaux de jour en psychiatrie du sujet âgé à Gray et Vesoul n'ont pas pu être réalisées. Des efforts de spécialisation d'équipes et de lits dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont à développer.
- Les activités innovantes déjà en place (unité médico-éducative pour adolescents UMEA, Atelier santé de proximité CCAS Besançon-CH Novillars) ont été consolidées mais leur déploiement sur l'ensemble de la région en fonction des besoins n'a pas abouti : exemple de la difficulté à développer les équipes mobiles de prévention intersectorielles (EMPI) et à aller au devant des publics défavorisés et en crise.
- Si les collaborations nécessaires menées avec les acteurs professionnels de santé, du médicosocial et du social (maison relais, appartements relais ...) se sont bien développées, celles-ci pâtissent encore des difficultés de concrétisation des nouveaux dispositifs d'accompagnement des personnes dans la réinsertion (Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés, Résidences accueil, Groupe d'Entraide Mutuelle ...)

3. Orientations stratégiques

Les axes de développement et de progrès résultant des réflexions menées lors des travaux d'élaboration du PSRS sous tendent les orientations du volet "Psychiatrie" du SROS-PRS :

Pour changer le regard sur les troubles mentaux et la souffrance psychique :

- promouvoir une politique de communication sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques pour les déstigmatiser et favoriser les échanges,
- reconnaître la place et le rôle des familles et des aidants,
- développer les enseignements et les activités de recherche,
- informer et former les patients, l'environnement socio-économique, les professionnels des différents champs sur la nature des troubles et les répercussions sur la vie quotidienne.

Pour organiser le repérage des troubles mentaux et de la souffrance psychique :

- favoriser les conditions permettant aux acteurs de proximité d'être en capacité de repérer les troubles mentaux et la souffrance psychique,
- aller au devant des populations pour dépister les troubles mentaux et les souffrances psychiques.

Pour rendre lisible et améliorer les interfaces entre les différents champs et les différents acteurs :

- se doter d'une instance de pilotage coordonnée sur chaque zone géographique en intégrant l'addictologie,
- organiser la communication sur l'ensemble des dispositifs existants,
- s'appuyer sur toutes les structures et les professionnels disponibles pour organiser et optimiser un parcours de soin et d'accompagnement cohérent.

Pour organiser une réponse graduée et coordonnée des prises en charge :

- mettre en place les conditions d'un maillage professionnel plus dense sur l'ensemble de la région,
- mutualiser les savoirs et les compétences pour mieux prendre en charge,
- organiser des parcours gradués et coordonnés des populations spécifiques,
- développer une culture commune à travers la formation initiale et tout au long de la vie des acteurs du social, du médico-social et du soin.

Pour mettre en place les conditions favorables à la bonne insertion des personnes souffrant de troubles mentaux :

- développer l'accompagnement des personnes dans la cité,
- permettre aux personnes en difficulté de s'insérer par le biais de services et structures adaptées.

Les orientations stratégiques du volet "Psychiatrie" du SROS-PRS sont les suivantes :

3.1. Améliorer la démographie des professionnels

En préalable incontournable, il est nécessaire de traiter la question de la démographie très déficitaire en cours et à venir des médecins psychiatres sur la région.

La démographie médicale est préoccupante en Franche-Comté avec 208 psychiatres en activité au 1er janvier 2010, dont 95 âgés de 55 ans et plus, et plus de 30 % de postes hospitaliers vacants. Depuis plusieurs années, la psychiatrie constitue une des priorités de la région, avec une augmentation du nombre d'internes : 12 par an depuis 2005, 13 en 2010, et il est proposé 14 pour 2011 (x 4 ans de formation).

Pour essayer de les "fixer" dans la région, il serait nécessaire de :

- développer l'expérience menée par l'AHFC, avec bourse d'internat pour ceux qui s'engagent à effectuer au moins 2 ans après leur internat (contrats de service public),
- favoriser les projets d'exercice mixte, mi-temps hospitalier et mi-temps libéral,
- favoriser les coopérations avec les médecins généralistes, dans le cadre des centres médico-psychologiques et des activités de secteur, ainsi qu'au sein de maisons pluridisciplinaires de santé,
- améliorer l'attractivité en réaffirmant les valeurs de compétence, responsabilité, indépendance professionnelle, animation et travail en équipe, en facilitant les postes à recrutement prioritaire.

Il s'agirait de mettre en place des coopérations entre professionnels de santé accompagnées de formations, avec délégation de tâches, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre coordonnateur. Les psychologues cliniciens devraient pouvoir participer à la prise en charge et au suivi des patients souffrant de troubles mentaux, tant à l'hôpital qu'en ambulatoire et en activité libérale.

Le développement par l'Université de formations inter-disciplinaires serait de nature à faciliter ces coopérations ("internat" en psychologie clinique, création d'un master spécialisé en psychiatrie pour les infirmiers).

3.2. Améliorer l'efficience

- Développer et organiser les concertations, coopérations, coordinations, informations et formations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles pour fluidifier les parcours de prévention et de soins individuels ou collectifs et rendre lisibles les dispositifs de soins et d'accompagnement en santé mentale.

L'adéquation des parcours mis en œuvre pour chaque personne doit être optimale. Pour assurer un parcours de soins adapté et adéquat, que les orientations soient les plus justes possible sans perte de temps et d'énergie, le développement de la connaissance des dispositifs par les professionnels mais aussi la population (patients-famille-aidant) est essentiel. Les instances de coordination constituent un espace d'échange important, pour ce faire :

- développer différents outils pour mieux communiquer et faire connaître l'ensemble des lieux d'accueil, de soins, de prévention, d'hébergement : différents types d'affichage, médias, internet, intranet,
 - formaliser des actions de réseaux de santé, de soins et de prévention afin de les faire mieux connaître et reconnaître,
 - promouvoir des actions de communication auprès du public visant à informer sur la nature des troubles psychiatriques, leur évolution et leur répercussion sur la vie quotidienne et à "déstigmatiser" la maladie mentale.
- Réfléchir au développement de la télépsychiatrie dans le cadre du programme de télémédecine : il paraît utile d'organiser la réflexion sur le développement éventuel de cet outil en psychiatrie. Dans un premier temps, la télépsychiatrie devrait permettre une meilleure efficacité des soins en facilitant les échanges entre professionnels de santé; dans un deuxième temps la réflexion pourrait porter sur la prise en charge clinique.

3.3. Améliorer l'accès aux soins

Les orientations pour améliorer l'accès aux soins sont les suivantes :

- organiser, au sein du territoire de santé, le circuit de l'urgence avec l'ensemble des partenaires impliqués (SAMU, établissements autorisés en psychiatrie, établissements autorisés en médecine d'urgence, médecins libéraux),
- faciliter la déclinaison, au sein du territoire, de la mission de service public relative aux prises en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement,
- organiser la prise en charge des troubles mentaux fréquents et l'accès aux soins somatiques de ces mêmes populations par une meilleure coopération avec les professionnels libéraux et plus particulièrement les médecins généralistes,
- assurer l'accès aux soins somatiques dans les structures psychiatriques.

Pour assurer leur mise en œuvre, il convient de :

- structurer, au sein du territoire de santé, le réseau de prise en charge des urgences psychiatriques et somatiques des patients souffrant de troubles psychiques et de leurs aidants
Une réflexion sera menée dans un délai d'un an afin d'organiser le dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques prévu dans la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011.
- mieux faire connaître le réseau des urgences et ses points de contact :
 - aux professionnels de santé libéraux notamment les médecins généralistes, aux professionnels des maisons de santé pour aboutir à un partenariat. Faciliter les échanges en temps réel avec ces professionnels répondant à leur besoins complémentaires de la mise en œuvre d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP) (un axe "psychiatrie", groupes de pairs...), de formations initiales et continues.
 - au public en général et en particulier (patients, familles, aidants) par différents outils de communication (affichages en des points stratégiques ou autres formes de communication par exemple).
- formaliser en amont des besoins les modalités d'hospitalisation et de retour dans le lieu de vie :
 - organiser les modalités régionales de recensement des capacités d'accueil en temps réel (pas uniquement en hospitalisation complète),
 - homogénéiser les conventions, les pratiques et les règles de bonne conduite (ex. engagement de reprise) de manière à permettre l'hospitalisation en urgence des patients le nécessitant et à faciliter le travail des services de première ligne.

3.4. Assurer la continuité des prises en charge

Les orientations pour améliorer la continuité des prises en charge sont les suivantes :

- assurer une répartition équilibrée et graduée sur le territoire de santé des différentes modalités de prévention et de soins,
- coordonner les prises en charge psychiatriques en addictologie avec les professionnels somatiques et les structures médico-sociales,
- veiller à la prise en compte des questions de réhabilitation et de réinsertion sociale avec et par les partenaires sociaux et organiser les coopérations,
- organiser, en articulation avec le SROMS, l'accès aux soins spécialisés des personnes accueillies dans les structures, services, institutions, réseaux sociaux et médico-sociaux.

Pour assurer leur mise en œuvre, il convient de :

- couvrir les zones blanches par un dispositif d'accueil et d'orientation minimal.
La couverture de l'ensemble de la région par un dispositif d'accueil permettant sans délai le repérage et les diagnostics de base reste un des objectifs principaux de ce SROS, notamment en ce qui concerne la zone géographique des hauts plateaux qui pose encore beaucoup de difficultés. Le territoire doit être suffisamment desservi par des centres médico-psychologiques qui sont confirmés comme les pivots du dispositif de prévention et de soins et par des équipes mobiles polyvalentes :
 - les centres médico-psychologiques manquants doivent pouvoir s'ouvrir par redéploiement et de façon articulée avec les équipes mobiles polyvalentes,

- les équipes mobiles polyvalentes sont à créer : la politique régionale de formation complétée par le projet de création des modalités de délégation de tâches doit permettre l'implication forte de professionnels non médicaux dans ces équipes.
- couvrir les besoins en hospitalisation complète ou non, spécifiques ou non
La localisation et la qualification des implantations prévues au SROS III sont maintenues et doivent être mises en œuvre, en particulier l'hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile à Pontarlier. La création d'un hôpital de jour à Besançon en psychiatrie adulte à vocation périnatale, destiné à compléter le dispositif d'accueil père-mère-bébé est la seule nouvelle implantation prévue.
- renforcer les liaisons et articulations entre le système de soins en psychiatrie et les autres secteurs pour assurer la continuité des soins avec l'accompagnement social.
La structuration des liens et des articulations entre la psychiatrie et les partenaires d'une politique cohérente et coordonnée de la santé mentale, dans ses aspects prévention, soins et accompagnement est traitée dans le paragraphe relatif à la mise en place des plateformes territorialisées de coordination .Pour que ce travail de liaison ,de relais et d'articulation puisse être mis en œuvre, il est nécessaire de développer la place des psychologues dans le dispositif de soins et d'accompagnement. Il en est de même pour les infirmiers, notamment dans les dispositifs de psychiatrie de liaison, en intrahospitalier, en extrahospitalier, avec le secteur médico-social et le secteur social, en ambulatoire mais aussi en milieu pénitentiaire.
- assurer en fonction des besoins la présence psychiatrique au sein des UCSA de la région et organiser des réponses transitoires de prise en charge des détenus pour préparer leur orientation vers les UHSA et UMD de référence.
- assurer une couverture suffisante de l'offre en addictologie en :
 - améliorant l'organisation de la prise en charge des addictions dans les établissements de santé
 - mener une réflexion sur la création d'une structure de niveau III en addictologie en mutualisant les moyens déjà existants sur le territoire (CHU, 2 ELSA, hospitalisations complexes, Consultations tabacologie ; CH Novillars (Consultations et hospitalisations), SSR de Bletterans, GCSMS réseaux d'addictologie, ELSA de Haute-Saône et coopération CHHS et AHFC,
 - mutualiser ELSA CHU/CH Novillars, ELSA Belfort/Montbéliard avec moyens existants.
 - mettre en place une équipe de liaison et de soins en addictologie commune aux CH Saint-Yllie /CH Dole/Polyclinique,
 - renforcer ELSA de Pontarlier,
 - favoriser le travail de liaison avec les sites du CHBM et l'unité d'addictologie d'Héricourt gérée par l'AHFC,
 - valorisant la prise en charge sanitaire des addictions par le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient,
 - articulant mieux l'offre de soins en addictologie des secteurs sanitaire, médico-social, soins de ville et des réseaux :
 - animer le groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) regroupant les 4 réseaux départementaux d'addictologie pour assurer une continuité dans le suivi des personnes addictes au regard des moyens disponibles,
 - renforcer le travail de coordination avec les établissements de santé, CSAPA, ANPAA, CAARUD, CHR, Médecin traitant, associations, familles, réseau périnatalité, REVHOC,

3.5. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Les orientations pour améliorer la qualité et la sécurité des soins sont les suivantes :

- travailler à limiter les inadéquations de prise en charge en menant des évaluations et retours d'expérience réguliers et opérer des ajustements de planification régionale
- améliorer la veille et l'alerte sanitaire et la gestion des risques pour faire évoluer qualitativement les prises en charge en prévention et en soins
- soutenir les initiatives de collaboration régionale

Le Groupe régional pour le "repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent" [GRDSP] associant Education nationale, PMI et Pédopsychiatrie est une initiative à poursuivre. Il favorise les articulations des différents secteurs sanitaire, médicosocial, social et permet la réalisation de formations annuelles adaptées aux préoccupations du moment des différents acteurs en santé mentale.

- informer, former et évaluer les pratiques :
 - informer le grand public grâce à des campagnes régionales sur les troubles psychiatriques et l'offre de soins spécialisés,
 - mettre en place pour les patients et les aidants de proximité des actions d'information, de formation et des programmes d'éducation thérapeutique. La question du soutien de l'entourage, présent dès l'admission en service d'urgences est importante. Les proches des patients manquent de formation sur le handicap psychique. Il est souhaitable que des programmes de formation soient développés sur l'ensemble de la région (il en existe quelques uns),
 - contribuer à la formation des travailleurs sociaux à la souffrance psychique : identifier un référent plus spécifiquement formé dans les centres médico-sociaux et les CCAS,
 - former les professionnels de santé à la prise en charge coordonnée des troubles psychiatriques et des conduites addictives,
 - favoriser après le DES de psychiatrie générale, les inscriptions en DESC de pédopsychiatrie, d'addictologie, de psychiatrie du sujet âgé et de psychiatrie médico-légale, Dans le cadre de la validation de la pédiatrie, pour la maquette de DESC de pédopsychiatrie, mettre en place des conventions avec les services de PMI et CAMSP.
 - développer pendant la 1ère année commune aux études de santé, et durant les études de médecine, l'enseignement de la psychologie médicale, de la sémiologie, des facteurs de risque et de la prise en charge des troubles psychiatriques,
 - accompagner les projets que l'université souhaiterait mettre en place :
 - formations universitaires transversales pluri-professionnelles pour développer une culture commune (DU, DIU, licences, masters) pour des professions de santé, type coordonnateur de réseau,
 - master spécialisé en psychiatrie pour les infirmiers diplômés d'état, avec ses ouvertures vers la clinique et la recherche,
 - internat en psychologie clinique pour que les psychologues bénéficient de stages et de formations adaptés,
 - développer les actions de Développement Professionnel Continu, et les Evaluations de Pratiques Professionnelles, pour l'ensemble des professions de santé sur les troubles psychiatriques.
Encourager, sur l'ensemble de la région, les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) portant sur des sujets de santé mentale: la sortie des patients de l'hôpital, suicide, hospitalisation des ados, troubles des conduites alimentaires, autisme, adolescents difficiles, violences...
- contribuer au développement des activités de recherche sur les plans clinique, épidémiologique, psychopathologique, neurobiologique, sociologique, thérapeutique et les innovations technologiques, en intégrant les données des sciences humaines et sociales et celles des neurosciences.
- sécuriser les professionnels et patients en :
 - sécurisant les soignants : renforcer les liens avec les services de police et de gendarmerie, système de protection du travailleur isolé (PTI), formation des personnels pour répondre aux situations de violence,
 - améliorant au plan architectural la protection des personnes, patients et soignants, face aux actes de violence (chambres d'isolement adaptées, réduction des hébergements collectifs)

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

4.1. Mettre en place et structurer des plateformes de coordination

La mise en place et la structuration de plateformes de coordination est préconisée pour :

- assurer une meilleure articulation des actions de prévention, de soins et d'accompagnement,

- rendre lisible et améliorer les interfaces entre les différents champs et les différents secteurs,
- optimiser les coopérations entre les différents professionnels et développer un socle de culture commune.

Chaque établissement sanitaire ayant en charge une activité de psychiatrie est le promoteur et le support administratif de la mise en place, sur son territoire d'intervention, d'une ou plusieurs plateformes de coordination, en psychiatrie générale et d'une plateforme psychiatrie infantile le cas échéant. Le CH de Novillars et le CHU gèreront en commun les plateformes les concernant.

Missions de la plateforme de coordination :

- développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires du territoire (organisation de formations),
- mettre en place, avec les partenaires du social, du sanitaire et du médico-social, un suivi des parcours individuels,
- associer les usagers et les familles aux réflexions et propositions,
- mettre à jour et diffuser à la société civile les informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, au soin et à l'accompagnement,
- être une instance de réflexion et de proposition,
- mettre en place des outils d'évaluation de son action.

Organisation de la plateforme de coordination :

- le support administratif et logistique de la plateforme est assuré par l'établissement sanitaire de référence avec un temps administratif dédié,
- cette instance n'a pas la personnalité morale ; les relations entre les partenaires sont régies par une convention cadre, assortie d'une annexe comportant un règlement intérieur,
- un coordinateur professionnel du territoire est désigné après accord des signataires de la convention, celui-ci n'est pas obligatoirement issu de l'établissement sanitaire de référence.

Les partenaires de la convention pourraient être les suivants :

- l'établissement psychiatrique de référence,
- les CH ayant une activité d'accueil des urgences,
- les CCAS ou CIAS des agglomérations principales,
- la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- les établissements et services médico-sociaux, prenant en charge ou accompagnant des handicapés psychiques,
- les CHRS
- les institutions de protection des majeurs
- les associations d'usagers et de famille,
- les établissements ou associations de lutte contre les addictions,
- les représentants des professions libérales (URPS-ordres)
- les maisons de santé.

La composition de la plateforme de coordination dans le domaine de l'enfant et de l'adolescent devra être adaptée et intégrer :

- l'Education Nationale
- le Conseil Général (ASE – PMI)
- la Maison des Adolescents
- les CAMSP
- les CMPP

Cette organisation doit permettre de :

- soutenir, stimuler une politique régionale de prévention des souffrances psychiques : articulation avec les collectivités territoriales, lien avec le Schéma Régional de Prévention,
- favoriser la détection et le repérage précoce des souffrances psychiques : assurer des coordinations et des formations des professionnels de proximité de tous les secteurs (petite enfance, scolaire, social, médico-social...),
- renforcer le tissu associatif : le soutien du tissu associatif et de son implication dans le système est fondamental pour améliorer la politique de santé mentale dans la cité: notamment pour le soutien aux familles et aidants,
- poursuivre la dynamique de diversification de l'offre de prévention et de soins en facilitant les initiatives et la souplesse dans les dispositifs et en poursuivant l'amélioration de la qualité de l'offre

de soins par la mise en place de réponses psychothérapeutiques spécifiques : thérapies familiales, thérapies de groupes, psychanalyses, actions partenariales de prévention, promotion de la santé à l'école.

4.2. Structurer le réseau de prise en charge des urgences psychiatriques et somatiques des patients souffrant de troubles psychiques et de leurs aidants

- en mettant à niveau pour l'accueil psychiatrique (prévu dans le SROS III: cf niveaux ci-dessous¹) l'ensemble des sites d'accueil des urgences :
 - faire évoluer les urgences du CHBM vers un niveau II,
 - faire évoluer les urgences à Gray vers un niveau I et structurer un travail de liaison,
- en rendant lisible l'organisation de l'accueil 24/24 des centres hospitaliers spécialisés et de leur plateforme d'accueil et d'orientation,
- en déployant des équipes mobiles de prévention en psychiatrie sur l'ensemble de la région dans chaque territoire de proximité pour faciliter la continuité soins-prévention-vie sociale par une coopération-articulation optimisée entre le sanitaire, le médico-social et le social avec comme priorité les personnes en situation de plus en plus précaires et complexes (cf. EMPI de Besançon),
- en élargissant les missions de ces équipes mobiles afin de les rendre polyvalentes et adaptables à diverses situations, pouvant aussi répondre à l'urgence (en journée, week-end et jours fériés) et venant en appui des SMUR si un transport est à organiser pour le préparer et réduire ainsi la durée d'intervention,
- en assurant la régulation des appels psychiatriques urgents par un maillage opérationnel entre C15-CHS (plateforme d'accueil 24/24 avec les services et les EMPI...)-Services des Urgences (MCO) pour répondre 24/24 aux personnes fragilisées par la maladie psychique et aux aidants, et optimiser leur orientation,
- en renforçant l'activité de liaison avec les professionnels et services soignants après le passage aux urgences mais aussi avec les aidants pour les accompagner voire les orienter vers une consultation psychologique si nécessaire pour cette période difficile. L'implication des infirmiers et des psychologues est à promouvoir pour assurer la psychiatrie de liaison en direction des patients (ex de la personne âgée démente), des professionnels et des aidants.

5. Evolution de l'offre

Création d'une implantation d'hospitalisation de jour de psychiatrie adultes à vocation périnatale à Besançon

6. Objectifs quantifiés en implantations

6.1. Psychiatrie adultes

Bavilliers	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation de placement familial thérapeutique 1 implantation d'hospitalisation de nuit
Belfort	1 implantation d'hospitalisation de jour
Héricourt	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de nuit

¹ Les 3 niveaux des urgences psychiatriques dans le SROS 3:

1. accueil et entretiens infirmiers de 12h à 24h sur 24h puis orientation en collaboration avec le médecin urgentiste (hospitalisation en psychiatrie, rendez-vous au Centre médico-psychologique)
2. accueil et entretiens infirmiers 24h/24h, vacation médecin
3. accueil et entretiens infirmiers 24h/24h médecin psychiatre 24h/24h

Montbéliard	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour
Trévenans	1 implantation d'hospitalisation complète
Valentigney	1 implantation d'hospitalisation de jour
Besançon	1 implantation d'hospitalisation complète 4 implantations d'hospitalisation de jour 2 implantations d'hospitalisation de nuit 1 implantation d'appartements thérapeutiques 2 implantations de centre de postcure 1 implantation d'hospitalisation de jour à vocation périnatale
Gray	2 implantations d'hospitalisation de jour dont une de psychogériatrie
Novillars	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour 1 implantation d'hospitalisation de nuit 1 implantation d'appartements thérapeutiques
Pontarlier	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour 1 implantation d'hospitalisation de nuit
Morteau	1 implantation d'hospitalisation de jour
Arbois	1 implantation d'hospitalisation de jour
Dole	2 implantations d'hospitalisation complète 2 implantations d'hospitalisation de jour 1 implantation d'hospitalisation de nuit 1 implantation d'appartements thérapeutiques 1 implantation de placement familial thérapeutique 1 implantation de centre de postcure
Tavaux	1 implantation d'hospitalisation de jour
Champagnole	1 implantation d'hospitalisation de jour
Lons-le-Saunier	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour 1 implantation d'appartements thérapeutiques
Pont-du-Navoy	1 implantation de centre de postcure
Saint-Claude	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour 1 implantation d'appartements thérapeutiques
Lure	1 implantation d'hospitalisation de jour
Luxeuil-les-Bains	1 implantation d'hospitalisation de jour
Polaincourt et Clairefontaine	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour 1 implantation d'hospitalisation de nuit

Saint-Rémy	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour 1 implantation d'hospitalisation de nuit 1 implantation de placement familial thérapeutique
Vesoul	1 implantation d'hospitalisation complète 2 implantations d'hospitalisation de jour dont une de psychogériatrie

6.2. Psychiatrie infanto-juvénile

Audincourt	1 implantation d'hospitalisation de jour
Bavilliers	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour 1 implantation de placement familial thérapeutique
Belfort	1 implantation d'hospitalisation de jour
Montbéliard	1 implantation d'hospitalisation complète et de jour
Besançon	2 implantations d'hospitalisation complète 3 implantations d'hospitalisation de jour
Gray	1 implantation d'hospitalisation de jour
Novillars	1 implantation d'hospitalisation de jour
Pontarlier	1 implantation d'hospitalisation de jour
Dole	2 implantations d'hospitalisation complète 2 implantations d'hospitalisation de jour
Champagnole	1 implantation d'hospitalisation de jour
Lons-le-Saunier	1 implantation d'hospitalisation complète 1 implantation d'hospitalisation de jour
Morez	1 implantation d'hospitalisation de jour
Saint-Claude	1 implantation d'hospitalisation de jour
Lure	1 implantation d'hospitalisation de jour
Vesoul	1 implantation d'hospitalisation complète 2 implantations d'hospitalisation de jour

7. Indicateurs de suivi

- Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé
- Evolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé

Fiche SROS - PRS

Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	
SROMS	

1. Contexte

1.1. La réanimation

La définition réglementaire de la réanimation est fixée à l'article R.6123-33 du code de la santé publique (CSP) : les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le retour à des méthodes de suppléance.

L'article R.6123-36 fixe la capacité minimale de l'unité de réanimation à 8 lits. Cette capacité peut être réduite à 6 à titre dérogatoire.

Les articles R.6123-37 et 38 prévoient des conventions entre les unités pratiquant des activités de réanimation et les unités pratiquant des activités de soins intensifs et surveillance continue.

La réanimation est une activité de soins soumise à autorisation répondant à des règles d'implantation et à des conditions techniques fixées par les décrets n°2002-465 et 466 du 5 avril 2002.

L'autorisation ne peut être accordée à un établissement de santé que :

- s'il dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie ou de chirurgie. A titre dérogatoire, cette autorisation peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant que d'installation de médecine en hospitalisation complète s'il a conclu, avec un ou plusieurs établissements de santé disposant d'installations de chirurgie, une convention organisant le transfert des patients dans ces établissements,
- s'il comporte au moins une unité de surveillance continue,
- s'il est en mesure d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, soit de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé convention.

1.2. Les soins intensifs et la surveillance continue

1.2.1. Soins intensifs

L'article D.6124-104 du CSP définit les soins intensifs : ils sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

1.2.2. Surveillance continue

L'article D.6124-117 CSP définit l'activité de surveillance continue : la surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités si la taille de l'établissement le justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

1.2.3. Reconnaissance contractuelle

Les activités de soins intensifs et de surveillance continue ne sont pas soumises à autorisation. Elles doivent répondre aux règles d'implantation et normes techniques prévues par les décrets 2002-465 et 466 du 5 avril 2002 Article D.6124-118 : l'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant pas d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs. Elles font l'objet d'une reconnaissance contractuelle inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

2. Diagnostic

2.1. Etat des lieux

2.1.1. Réanimation

Le SROS III prévoyait :

- une gradation des niveaux de prise en charge par une répartition des implantations par territoire et l'affichage des unités du CHU comme recours pour la région,
- une ou plusieurs unités de réanimation installées sur chaque site hospitalier disposant d'un SAU à l'exception des CH de St-Claude, Pontarlier et Champagnole,
- la non-spécialisation des unités sauf pour le CHU,
- le respect des normes réglementaires spécifiques,
- mettre en œuvre une évaluation des activités de réanimation,
- adapter les moyens en personnel, développer la formation et le soutien psychologique des soignants notamment dans la prise en charge de la douleur, des soins de fin de vie et de l'accès aux soins palliatifs.

2.1.1.1. Implantations

Au 1^{er} janvier 2011, la capacité régionale en lits de réanimation adulte s'établit à 82 lits installés. Les unités sont implantées au CHU et dans les CH pivots disposant d'un service d'accueil des urgences et d'une activité de chirurgie (CH de Belfort Montbéliard-Vesoul-Lons le Saunier-Dole). Les unités du CHU sont spécialisées. Le CHU a la mission d'assurer la réanimation pédiatrique (4 lits installés) et néonatale (10 lits).

Les implantations sont conformes aux orientations du SROS III.

2.1.1.2. Respect des normes réglementaires

Tout site hospitalier ayant une unité de réanimation doit disposer d'une unité de surveillance continue adjointe à la réanimation ou placée sous la même responsabilité. Seuls le CH de Belfort Montbéliard et le CHI de la Haute Saône répondent à cette obligation pour la réanimation adulte (12 lits chacun). Toutes les unités de réanimation ont une capacité égale ou supérieure à 8 lits.

La mise aux normes des personnels médicaux et paramédicaux a été réalisée pour l'essentiel.

Les conventions de transfert ont été signées entre le CHU et chaque CH pratiquant l'activité de réanimation pour la réanimation adulte et pédiatrique et les soins intensifs spécialisés. Des conventions sont signées entre les CH pratiquant la réanimation et les établissements ayant une activité de soins intensifs ou surveillance continue.

Les recommandations et orientations stratégiques du SROS III sont globalement atteintes pour la réanimation à l'exception de la mise en œuvre de surveillance continue adjointe aux unités de réanimation du CHU, du CH Dole et du CH Lons le Saunier.

Les capacités supplémentaires envisagées par les établissements en 2007 ne sont pas installées :

- CHU : + 5 lits en réanimation chirurgicale adultes, + 4 lits pour la réanimation pédiatrique et + 2 en réanimation néonatale
- CHBM : + 9 lits
- CH Lons le Saunier : + 2 lits
- CHI de la Haute-Saône: + 2 lits

En 2009 une enquête de la DHOS situait la Franche Comté dans l'intervalle [6;7 lits pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 7.6.

2.1.1.3. Evaluation qualitative (source établissements)

Les indicateurs d'activité et de suivi préconisés pour la réanimation dans le SROS III sont remplis et utilisés par les établissements.

2.1.1.4. Adaptation à l'emploi des personnels

Cette orientation du SROS III ne s'est pas concrétisée.

2.1.2. Soins intensifs

Le SROS III prévoyait, hors soins intensifs de cardiologie :

- une gradation des niveaux de prise en charge par une répartition des implantations par territoire : 2 implantations de recours spécialisées au CHU pour la région (11 spécialités médicales et chirurgicales concernées), 1 implantation de soins intensifs neurovasculaires à Montbéliard, à Lons le Saunier, Dole et Vesoul,
- 1 unité de soins intensifs en néphrologie à Montbéliard,
- une clarification des appellations de SI SC.

2.1.2.1. Implantations en soins intensifs adultes

- Soins intensifs de cardiologie : 59 lits installés au CHU, dans les CH pivots et à la clinique St Vincent. Ces implantations correspondent aux orientations du SROS III.
Les conventions de recours ont été signées entre le CHU ou les CH ayant une unité de réanimation et les établissements ayant une unité de soins intensifs en cardiologie.
- Soins intensifs neurovasculaires : 8 lits sont installés au CHU (niveau 1) et 4 lits au CH de Belfort Montbéliard (niveau 2).
Les unités prévues par le SROS III aux CH de Lons le Saunier, Dole et Haute Saône n'ont pas été mises en œuvre. Les dossiers déposés par le CH de Lons le Saunier et le CHI de la Haute Saône n'ont pas reçu d'avis favorable car ils ne répondaient pas aux recommandations de la circulaire DHOS/04/2007/108.
- Autres soins intensifs spécialisés
Le CHU a augmenté ses capacités en soins intensifs spécialisés de 10 lits depuis 2007 pour atteindre 92 lits.
Les soins intensifs en néphrologie prévus par le SROS III au CHBM ne sont pas mis en œuvre.

2.1.2.2. Implantations de soins intensifs en néonatalogie et en pédiatrie

- Néonatalogie : 24 lits installés répartis entre le CHU, le CHBM et le CH de Lons le Saunier.
- Hémato-oncologie pédiatrique : 4 lits au CHU.

2.1.3. Surveillance continue non adjointe à une unité de réanimation

Le SROS III prévoyait que tout établissement exerçant en MCO et ne disposant pas de réanimation devait passer convention avec un établissement de recours pour la réanimation. Tous les établissements disposant d'une unité de surveillance continue ont signé cette convention.

2.1.3.1. Implantation des unités de surveillance continue adultes

Une progression importante (de 11 à 54 lits) du nombre de lits de surveillance continue non adjoints à une unité de réanimation est constatée.

Presque tous les établissements ayant une activité de chirurgie et n'ayant pas de service de réanimation sont dotés d'unité de surveillance continue, à l'exception des cliniques de Montbéliard, Laennec (fermée en 2010) et du Jura à Lons le Saunier (le SROS III ne prévoyait pas pour cette dernière de surveillance continue).

2.1.3.2. Implantations des unités de surveillance continue pédiatrique

Le CHU a obtenu en janvier 2011 une reconnaissance contractuelle d'unités de surveillance continue en chirurgie pédiatrique (4 lits) et en onco-hématologie pédiatrique (4 lits).

2.2. Données d'activité (source SAE)

Une enquête prospective a été menée pendant 15 jours afin d'évaluer les besoins de la région en réanimation, soins intensifs et surveillance continue et mettre en évidence les éventuelles difficultés d'admission et de sortie de ces unités et leurs motifs (du 14 mars au 27 mars 2011. Elle est en cours d'exploitation.

Une analyse des séjours hors unité de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue répondant aux critères de facturation du supplément de surveillance continue SRC (à l'exception de l'IGS2) sur le PMSI MCO sur le dernier trimestre 2010 est en cours d'exploitation.

2.2.1. Réanimation

Le nombre d'admissions progresse de 1,93% de 2007 à 2009 pour un nombre de journées progressant de 22%. Ceci se traduit par un taux d'occupation pour la région à 90%.

Au CH de Lons-le-Saunier, le taux d'occupation en 2009 atteint 79,6 % et au CH de Dole 70 %. Une recommandation nationale datant de 2003 fixait le taux cible à 80%.

La DMS régionale se situe à 8,29 jours et progresse peu. Une recommandation nationale datant de 2003 fixait la DMS cible à 7 jours. Deux établissements se distinguent : le CH de Dole avec une DMS à 6,34 jours et le CHI de la Haute Saône avec une DMS à 9,88.

Le constat de DMS et de taux d'occupation hétérogènes interroge quant à la nature des patients pris en charge dans ces unités.

2.2.2. Soins intensifs

Les admissions sont en progression constante sur l'ensemble des sites entre 2007 et 2009. 6 établissements sur 8 ont un taux d'occupation 2009 égal ou supérieur à 85%.

2.2.3. Surveillance continue

L'activité est en hausse de 2007 à 2009 pour l'ensemble des établissements. La DMS tend à augmenter et est hétérogène.

3. Orientations stratégiques

3.1. Améliorer l'accès aux soins

- Conforter sur l'ensemble du territoire une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins (réanimation, soins intensifs, surveillance continue).
- Organiser la régulation des lits de réanimation.

3.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Respecter les normes réglementaires.
- Adapter les moyens en personnel.
- Développer les prélèvements d'organes et de tissus.
- Développer l'évaluation des pratiques.

3.3. Améliorer l'efficience

- Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales.
- Réduire les durées moyennes de séjour.
- Faciliter la filière des patients de réanimation.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

4.1. Améliorer l'accès aux soins

4.1.1. Conforter sur l'ensemble du territoire une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins (réanimation, soins intensifs, surveillance continue)

4.1.1.1. Niveau régional

Le CHU est identifié comme seul niveau régional et dispose d'unités de réanimation spécialisées et d'unités de soins intensifs spécialisées identifiées.

La réanimation pédiatrique et néonatale est assurée au CHU.

4.1.1.2. Niveau de recours

Le niveau de recours dispose au moins d'une unité de réanimation et d'une unité de soins intensifs en cardiologie.

Les niveaux recours doivent être concentrés sur des sites pivots afin de garantir une utilisation effective et pérenne des structures de réanimation, dotées des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif.

L'effort de recomposition territoriale doit être poursuivi afin de mutualiser les équipes et de répondre aux conditions techniques de fonctionnement en tenant compte d'une étude régionale en cours sur les dispersions en matière d'activité et de fonctionnement et dont les résultats seront connus fin 2011.

Les capacités prévisionnelles sont suffisantes pour répondre aux besoins de la région. Cependant, un déficit est constaté pour les unités du nord Franche-Comté, dont la capacité sera augmentée en s'appuyant sur une nouvelle organisation sans attendre l'ouverture du nouvel hôpital.

4.1.1.3. Autres soins intensifs

La création des unités de soins intensifs neurovasculaires est traitée par le volet "prise en charge des cérébrolésés". Les lits "subaigus" ne sont pas reconnus comme soins intensifs.

Les unités de soins intensifs de néonatalogie sont implantées au sud et au nord de la région et relèvent du volet "périnatalité".

4.1.1.4. Surveillance continue

Les établissements non détenteurs d'une autorisation d'activité de réanimation, peuvent se doter d'une surveillance continue en fonction des besoins territoriaux et compte tenu de l'éloignement géographique. Les implantations des unités existantes ne sont pas remises en cause.

Tout établissement disposant d'une autorisation de chirurgie carcinologique se dotera d'une unité de surveillance continue.

Les établissements s'attacheront à y accueillir préférentiellement des patients relevant des critères fixés par le Code de la Santé Publique et les décrets de facturation des suppléments tarifaires SRC.

Des recommandations de structure et d'environnement émises par la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et la société de réanimation de langue française (SRLF) pour les USC pourraient être partagées et utilisées lors des demandes de reconnaissance contractuelle.

4.1.2. Organiser la régulation des lits de réanimation

Les réanimateurs devront mener une réflexion sur la possibilité d'avoir un outil de régulation régional des lits de réanimation dans le cadre du répertoire organisationnel des ressources. Dans l'attente, une concertation régionale et une information réciproque des établissements doit être réalisée lors de la programmation de fermeture temporaire, même partielle, de lits de réanimation et/ou de soins intensifs.

4.2. Améliorer la qualité et la sécurité des soins

4.2.1. Mise aux normes réglementaires

Les établissements disposant d'au moins une unité de réanimation doivent être dotés d'une unité de surveillance continue adjointe ou sous la responsabilité de l'unité de réanimation. La localisation des unités de surveillance continue doit être préférentiellement adjointe aux unités de réanimation sous la responsabilité de la même équipe afin de favoriser des mutualisations de moyens et la filiarisation des patients.

Le CHU, le CH de Lons le Saunier et de Dole devront se conformer à la réglementation et se doter d'unités de surveillance continue adjointes aux unités de réanimation.

4.2.2. Adaptation des moyens en personnel

Afin de développer la formation et le soutien psychologique des soignants, une adaptation à l'emploi des personnels de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue est recherchée dans le cadre de formations mutualisées. Elle intégrera également la prise en charge de la douleur, des soins de fin de vie et de l'accès aux soins palliatifs. L'organisation de cette formation est en cours et se concrétisera en 2012.

4.2.3. Développement des prélèvements d'organes et de tissus

L'inscription systématique des équipes de réanimation au réseau régional de prélèvements auprès de l'Agence de biomédecine devra être effective dès 2012.

Dans le Nord Franche-Comté la sensibilisation du personnel et le repérage des éventuels donneurs devront être améliorés et se traduire par une augmentation du nombre de prélèvements réalisés (cf. volet SROS-PRS IRC).

4.2.4. Développement de l'évaluation des pratiques

Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs régionaux en réanimation sont définis par le groupe technique régional en incluant les indicateurs nationaux. Leur transmission annuelle fait l'objet d'un partage et d'une analyse par ce groupe.

Une analyse régionale qualitative de l'activité de soins intensifs et de surveillance continue sera réalisée. Les indicateurs choisis sont recensés annuellement et partagés comme ceux de la réanimation.

Les besoins pour les futures demande de reconnaissance contractuelle seront appréciés en fonction des résultats de :

- l'enquête prospective d'évaluation des besoins de la région en réanimation, soins intensifs et surveillance continue et de mise en évidence des éventuelles difficultés d'admission et de sortie de ces unités et de leurs motifs
- l'analyse des séjours hors unité de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue répondeant aux critères de facturation du supplément SRC (à l'exception de l'IGS2) sur le PMSI MCO sur le dernier trimestre 2010 serviront de base à l'évaluation des besoins pour les futures demande de reconnaissance contractuelle.

Un cahier des charges régional des conditions de reconnaissance de surveillance continue sera élaboré à partir des référentiels actuels et diffusé. Il déterminera la nature de l'évaluation annuelle.

Les CPOM des établissements préciseront les capacités reconnues et les modalités de transmission de l'évaluation annuelle de l'activité à l'ARS.

L'adaptation à l'emploi et les formations mutualisées seront aussi évaluées annuellement.

4.3. Améliorer l'efficience

L'optimisation de la gestion des ressources médicales et paramédicales devra être recherchée :

- par le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue,
- par la fusion d'unités de petites tailles existant au sein d'un même établissement,
- par des capacités des unités de réanimation et des soins intensifs de cardiologie si possible d'un multiple correspondant aux normes réglementaires de personnel paramédical.

Pour faciliter la filière des patients, la localisation et l'organisation des unités de SC seront préférentiellement liées au service de réanimation.

L'UNV est "de préférence" située dans un service de neurologie, elle est composée de lits aigus pour la stabilisation de l'état clinique du patient et lits subaigus pour la suite du traitement. Selon les possibilités et facilités de l'établissement, pour des raisons d'efficience, de sécurité et de mutualisation des compétences, les lits aigus peuvent être situés dans ou à proximité d'une unité de soins intensifs cardiologiques ou à défaut d'une unité de surveillance continue.

L'organisation de modules de formation spécifiques pour les personnels médicaux et paramédicaux des structures de soins de suite et de réadaptation visera à faciliter la filière des patients de réanimation et à réduire les durées moyennes de séjour.

5. Projet de coopération

En cas de saturation des filières normales, y compris interrégionales, des solutions d'exception devront être recherchées avec un partenariat international (Suisse).

6. Objectifs quantifiés en implantations

Une implantation est décomptée dès qu'est pratiquée en un lieu donné une activité :

- de réanimation et la spécialité,
- de soins intensifs en isolant les soins intensifs de cardiologie et neurovasculaires,
- de surveillance continue,

en différenciant les adultes, les enfants et la néonatalogie.

Il est comptabilisé autant d'implantations :

- que de sites différents où est pratiquée une activité de soins par la même entité juridique,
- que d'établissements qui exercent le même type d'activité sur le même site.

Aire urbaine Belfort Montbéliard	1 implantation de réanimation polyvalente à Belfort (regroupement avec Montbéliard sur le site du nouvel hôpital à Trévenans) 1 implantation de réanimation polyvalente à Montbéliard (regroupement avec Belfort sur le site du nouvel hôpital à Trévenans) 1 implantation de soins intensifs en cardiologie à Belfort (regroupement avec Montbéliard après l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans) 1 implantation de soins intensifs en cardiologie à Montbéliard (regroupement avec Belfort après l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans) 1 implantation de soins intensifs neurovasculaires 1 implantation de soins intensifs en néonatalogie à Belfort avec à terme 1 implantation sur le site du nouvel hôpital à Trévenans 2 implantations de surveillance continue à Belfort et 2 implantations de surveillance continue à Montbéliard avec pour objectif 3 implantations après ouverture du site du nouvel hôpital à Trévenans pour les adultes
Besançon	1 implantation de recours pour la région en réanimation chirurgicale 1 implantation de recours pour la région en réanimation médicale 1 implantation de recours pour la région en réanimation néonatale 1 implantation de recours pour la région en réanimation pédiatrique 2 implantations en soins intensifs de cardiologie 2 implantations en soins intensifs spécialisés avec pour objectif 1 implantation après transfert du site de Saint-Jacques 1 implantation en soins intensifs neurovasculaires 1 implantation en soins intensifs de néonatalogie 1 implantation en soins intensifs pédiatriques spécialisés en onc-hématologie 3 implantations de surveillance continue pour adultes avec pour objectif 2 implantations après transfert du site de Saint-Jacques 1 implantation de surveillance continue pédiatrique spécialisée en onc-hématologie 1 implantation de surveillance continue pédiatrique 1 implantation de caisson hyperbare
Gray	1 implantation de surveillance continue
Pontarlier	1 implantation de surveillance continue
Dole	1 implantation de réanimation polyvalente 1 implantation de soins intensifs en cardiologie 2 implantations de surveillance continue
Lons-le-Saunier	1 implantation de réanimation polyvalente 1 implantation de soins intensifs en cardiologie 1 implantation de soins intensifs neurovasculaires 1 implantation de soins intensifs en néonatalogie 1 implantation de surveillance continue

Saint-Claude	1 implantation de surveillance continue
Vesoul	1 implantation de réanimation polyvalente 1 implantation de soins intensifs en cardiologie 1 implantation de soins intensifs neurovasculaires 2 implantations de surveillance continue

7. Indicateurs de suivi

7.1. Indicateurs nationaux

Pour la réanimation adulte et la réanimation pédiatrique :

- taux d'occupation,
- taux de recours,
- durée moyenne de séjour par établissement,
- part des séjours avec indice de gravité simplifié "seconde version" (IGS2).

Pour les soins intensifs et la surveillance continue :

- nombre de lits par établissement,
- nombre d'unités par établissement.

7.2. Indicateurs régionaux

- Définition d'un tableau de bord régional partagé des indicateurs pour la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
- Nombre d'entrées.
- Nombre de journées.
- Suppléments REA, STF et SRC par unité rapportés au nombre de journées par unité.
- Pourcentage de patients ventilés.
- Pourcentage de patients ventilés plus de 48h.
- Pourcentage de patients bénéficiant d'une épuration extra-rénale.
- Pourcentage de patients sous amines durant leur séjour.
- Patients décédés en pourcentage / décès théoriques en réanimation.
- Densité d'incidence en infection nosocomiale en unité de réanimation.

Fiche SROS - PRS

Urgences

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 1 Objectif 1.2	Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	VAGUSAN.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées.

1. Contexte

1.1. Contexte politique

Les services d'urgences font face depuis plusieurs années à une activité soutenue. Le rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale de septembre 2007 rappelle que malgré le développement de la permanence des soins ambulatoire, les usagers recourent de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers. « Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions »². De plus, il apparaît que de nombreux patients accueillis dans les services d'urgence hospitaliers ne présentent pas un état de santé considéré comme grave ou relevant d'une urgence vitale. En effet, pour une majorité d'entre eux, le passage aux urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation.

Les urgences hospitalières tendent à devenir un lieu de consultation non programmé au détriment de leur vocation première qui est de prendre en charge les urgences vitales et graves. Les urgences deviennent le lieu du « tout en un », où la prise en charge se fait en un minimum de temps, permettant d'éliminer ou de confirmer par la réalisation d'examen secondaires et l'avis du spécialiste le cas échéant un diagnostic de pathologie potentiellement grave, et parfois relevant de l'urgence. Effectivement, si le diagnostic est éliminé, l'hospitalisation n'a pas lieu. C'est pourquoi le critère de l'hospitalisation n'est certainement pas le seul critère à retenir pour estimer la pertinence du passage aux urgences.

La prise en charge des urgences est une mission de service public dont la stratégie qui se doit d'être territoriale doit reposer sur :

- l'articulation avec la prise en charge des soins non programmés ne relevant pas d'une urgence vitale pendant les périodes de fermeture des cabinets médicaux et notamment le dispositif de régulation libérale ;
- le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital ;
- la prise en charge en aval et l'organisation du retour à domicile.

1.2. Contexte réglementaire

- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires dote les départements d'un numéro d'appel unique : le 15.
- Le Code Général des Collectivités Territoriales, articles L.1421-1 et suivants, et L 1424-23 relatif aux missions et compétences du service de santé et de secours médical des sapeurs pompiers.
- Décrets n° 2006-576 relatif à la médecine d'urgence et n° 2006-577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence, du 22 mai 2006.
- Arrêté ministériel du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente.
- Arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence.
- Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.
- Circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- Plan urgences du 30 septembre 2003.
- Circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.
- Circulaire DSC/DHOS/2009/192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté interministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.

² Rapport Elisabeth Hubert : mission de concertation sur la médecine de proximité. Novembre 2010.

2. Diagnostic

2.1. Activité des services d'urgences en 2009

	SAMU – Nombre total d'appels	SAMU - Nombre d'affaires traitées	Nombre de passages aux urgences	Nombre total d'intervention s	Nombre d'intervention s primaires
Lure *			8648	857	784
Luxeuil-les- Bains *			8598	342	299
Vesoul			26617	1159	1035
Gray			11562	654	525
Dole			24066	1557	1394
Lons-le- Saunier			23646	1569	1376
Champagnole			8069	497	478
Saint-Claude			12028	385	305
Morez				279	259
Belfort	112 228	51 989	38686	2267	2057
Montbéliard			42207	2123	2026
Besançon	1 793 868	295 593	66204	4035	3305
Pontarlier			23220	1147	912
	1 906 096	347 582	293551	16871	14755

* Il n'y a pas de service d'urgences mais mise en place de consultations non programmées
Source : ARS-SAE 2009

L'analyse des données issues du PMSI va dans le même sens que les arguments développés dans le rapport Hubert : en 2009 en Franche-Comté, seuls 25% des passages aux urgences étaient suivis d'une hospitalisation. Les trois quarts des patients retournent donc à domicile après leur passage aux urgences. On peut donc supposer qu'une partie non négligeable de ces patients (en retirant les patients passant par la traumatologie et nécessitant des examens complémentaires) pourraient être pris en charge en ambulatoire, leur état de santé ne nécessitant probablement pas un passage aux urgences.

2.2. Etat des lieux : bilan du SROS III

2.2.1. Les autorisations au 30 novembre 2009

Territoire	Implantations	Autorisés
Belfort Héricourt Montbéliard	CH Belfort	1 centre 15 1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Montbéliard	1 structure des urgences 1 SMUR
Besançon Gray	CHU Besançon	1 centre 15 2 structures des urgences dont 1 pédiatrique 1 SMUR
	CH Gray	1 structure des urgences 1 SMUR
Pontarlier	CH Pontarlier	1 structure des urgences 1 SMUR
Dole	CH Dole	1 structure des urgences 1 SMUR

Territoire	Implantations	Autorisés
Lons-le-Saunier Champagnole Saint-Claude	CH Lons-le-Saunier	1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Champagnole	1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Morez	1 antenne du SMUR de Lons le Saunier
	CH Saint-Claude	1 structure des urgences 1 SMUR
Vesoul Lure Luxeuil-les-Bains	CHI Vesoul	1 structure des urgences 1 SMUR
	CH Lure	1 SMUR
	CH Luxeuil-les-Bains	1 SMUR

2.2.2. Pré-hospitalier

2.2.2.1. Amélioration de la prise en charge pré-hospitalière

Conformité des SMUR (notamment en ce qui concerne la composition des équipes) : une grande majorité des SMUR répondent aux critères de conformité.

2.2.2.2. Amélioration de la qualité et de la sécurité de la réponse téléphonique 15

- La coordination entre les régulations libérales et hospitalière
L'ACORELI (Association Comtoise de Régulation Libérale) a été créée le 1^{er} février 2005 pour organiser la régulation libérale de nuit et WE sur l'e Franche-Comté, en même temps que le regroupement des départements du Jura, du Doubs et de la Haute-Saône sur le Centre 15 de Besançon.

Composée de 65 médecins généralistes libéraux volontaires et expérimentés, l'association a mis en place, en partenariat avec le SAMU 25, dans les locaux du Centre 15, un centre de régulation libérale doté depuis 2008 d'un numéro d'appel couvrant l'ensemble du territoire régional (3966) afin de mieux répondre à cette activité non programmée. Les deux plateformes (15 et 3966) sont interconnectées.

Tous les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) et les médecins régulateurs, libéraux et hospitaliers, sont sur la même plateforme, ce qui facilite un travail coordonné autour de la prise en charge des patients. Les PARM jouent un rôle essentiel dans le sens où ils orientent les appels en fonction des informations données par la personne appelant. Par ailleurs, à Besançon, les PARM utilisent un même outil commun : le ProQA (système de questionnement clairement structuré (algorithme) permettant une aide à la décision dans l'évaluation de l'urgence et sa prise en charge)

L'articulation entre la régulation libérale (le 3966) et le centre 15 est opérationnelle.

Concernant les systèmes d'information, il apparaît que le logiciel CENTAURE 15 actuellement utilisé est obsolète et ne répond plus aux besoins du Centre 15. Le CHU souhaite donc travailler sur un cahier des charges pour y remédier et lancer un appel d'offre.

- La création d'une 2^{ème} plateforme sur le Nord Franche-Comté.
Cette orientation n'a pas été mise en œuvre. Le centre 15 de Belfort est resté l'unique plateforme pour le territoire du Nord Franche-Comté. Un arbitrage ministériel de février 2011 maintient un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) strictement réservé au département du Territoire de Belfort, avec une bascule de nuit à compter de minuit sur le CRRRA 25.
- La coordination avec la plateforme ambulancière
Actuellement la coordination ambulancière est effective sur les départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône en journée de 8h à 20h, avec un coordonnateur dédié sur la plateforme. La régionalisation complète de cette plateforme est toujours en réflexion.

Une proposition avait été faite à l'époque à l'ARH de mettre en place un coordonnateur ambulancier en début de soirée (8h/00h) et en tout début de matinée (06h/08h) mais cette proposition est restée sans suite.

Un coordonnateur ambulancier est également présent sur la plateforme de Belfort de 8h à 18h.

- Admissions directes dans les services

Cette orientation stratégique n'a pas été déployée et standardisée dans les CH en dehors des filières mises en place dans les établissements.

2.2.2.3. Développement des Centres d'Enseignements des Soins d'Urgence

Les CESU de Dole et Belfort ont obtenu leur agrément fin 2010. Le CESU de Vesoul qui fonctionne doit renouveler sa demande sous peu. Enfin le CESU de Besançon devrait demander un agrément pour la première fois en 2011. Le réseau des CESU est en cours de formalisation.

2.2.2.4. Mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et du SROS

Cette orientation stratégique s'est heurtée à une difficulté compte-tenu notamment des procédures d'élaboration différentes selon les départements. Dans un premier temps l'idée était d'élaborer a minima une cartographie commune des moyens selon les mêmes modalités, mais cela n'a pu être réalisé au niveau régional.

2.2.3. Intra-hospitalier : fonctionnement des services d'urgences

L'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) en charge d'accueillir et d'orienter les patients à leur entrée dans le service des urgences est présent :

- au CHU H24 ;
- à Vesoul, Lons-le Saunier, CHBM, Pontarlier, Dole, Champagnole, Gray, St Claude selon des modalités variables (par exemple au CHI un IAO de 11h à 21h30, à Dole de 9h40 à 20h).

Des zones de surveillance de très courte durée (UHCD) existent dans tous les établissements qui disposent d'une autorisation de médecine d'urgence. Toutefois, le CHU se retrouve en difficulté depuis avril 2011 avec seulement 3 lits en UHCD.

Des commissions des admissions et des consultations non programmées existent au CHU et au CHBM.

2.2.4. Système d'information et télémédecine

Les objectifs des systèmes d'information des services d'urgence sont notamment d'améliorer la coordination et la traçabilité de la prise en charge et de la gestion des flux de patients, le partage des informations (y compris vers le DMP), l'évaluation et la surveillance. Ils constituent les outils contribuant à l'évaluation descriptive des activités d'urgences dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ainsi que la veille et à l'alerte sanitaire. Ce sont donc à la fois des systèmes opérationnels de suivi et d'aide à la décision.

2.2.5. Inter-hospitaliers

Le réseau régional des urgences (RRU) a été mis en place en 2009 sous la forme de groupement de coopération sanitaire avec pour missions de :

- permettre l'accès à une structure d'accueil des urgences de proximité et/ou un accès rapide à une réponse téléphonique coordonnée ;
- assurer la performance de prise en charge des urgences par une meilleure identification des ressources existantes au sein de la région et l'optimisation de l'orientation des patients ;

- garantir la sécurité et la continuité des prises en charge par l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisation adaptées aux besoins des patients ;
- constituer le cadre d'une organisation commune permettant l'intervention des professionnels des établissements détenteurs d'une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence pour mettre en œuvre une coopération et une organisation de cette activité en cohérence avec les projets médicaux des territoires de santé, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), voire l'inter région pour les soins très spécialisés ;
- favoriser l'identification des ressources dont disposent les établissements des territoires de santé et l'actualisation d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- optimiser l'organisation des ressources de proximité, la fluidité des parcours de l'amont à l'aval en articulation avec les différents acteurs impliqués (structures des urgences, établissements médico-sociaux, médecine ambulatoire, maisons médicales de garde, etc...) ;
- assurer le suivi anonymisé de la prise en charge des malades aux urgences et de leur trajectoire de soins dans le cadre de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) et d'en informer régulièrement aux établissements et tutelles concernés, l'ORU pouvant servir de support aux études qui pourraient être demandées par les partenaires.

L'observatoire régional des urgences (ORU), dont la principale mission est d'améliorer la connaissance qualitative et quantitative de l'activité des services d'urgence de la région, a réalisé deux rapports annuels : 2008 et 2009. Il s'agit d'une analyse descriptive de l'activité quantitative des services d'urgences qui donne des informations sur : le nombre de passage aux urgences, les caractéristiques des patients, le mode d'arrivée aux urgences, les pathologies prises en charge.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Points forts

- Le GCS « Réseau régional des urgences de Franche-Comté ». Les établissements sollicitant l'autorisation d'activité de prise en charge des patients accueillis au service des urgences ont pour la quasi-totalité d'entre eux intégré (exception du CHU qui a signé une convention de partenariat) le GCS-RRU, "Réseau Régional des Urgences de Franche Comté". Le réseau est ainsi formé par l'ensemble des établissements partenaires de l'activité de médecine d'urgences.
- L'existence de médecins correspondants du SAMU dans le secteur du Haut-Doubs : une première évaluation du dispositif sera réalisée d'ici la fin 2011.
- La création de la régulation libérale régionale : l'ACORELI garantit aux patients une réponse médicale adaptée à leur questionnement ou à leur problème de santé la nuit et le WE et leur permet d'être orientés le cas échéant dans la bonne filière de prise en charge.
- L'informatisation des services d'urgence : chaque service autorisé pour la prise en charge des urgences dispose d'un système d'information lui permettant d'évaluer son activité. Ces systèmes sont interopérables et alimentent le serveur régional des urgences.

2.3.2. Axes de consolidation et/ou d'amélioration

Les filières de prise en charge des patients sont peu présentes, ce qui peut entraîner des difficultés d'orientation en amont et en aval du passage aux urgences pour les patients nécessitant une prise en charge hospitalière. Cette problématique est notamment très prégnante en ce qui concerne les personnes âgées.

Les liens avec l'ambulatoire, notamment avec le dispositif de la permanence de soins, et les EHPAD, sont tout à fait perfectibles.

3. Orientations stratégiques

3.1. Pré-hospitalier

3.1.1. Améliorer la prise en charge pré-hospitalière

- Améliorer les transports SMUR :
 - harmoniser l'organisation des transports SMUR à l'échelle de la région ;
 - mettre en place un groupe de travail régional spécifique sur les SMUR d'ici le dernier trimestre 2011. Ce groupe portera ses réflexions sur les points suivants :
 - le nombre de lignes H24 SMUR, SMU (Service Médical d'Urgence), SAMU, et ressources médicales régionales ;
 - les carences SMUR en région ;
 - les transports hélicoptérés, en particulier pour les transports secondaires ;
 - le rôle des structures d'urgence régionales et départementales et l'amélioration de la coordination inter-SMUR ;
 - la démedicalisation de certains transports SMUR secondaires, inter-hospitaliers (avec des infirmiers).

Ce groupe de travail rendra ses travaux au 31 décembre 2012.

- Assurer la prise en charge des détresses vitales en moins de 30 minutes
L'objectif est de couvrir un pourcentage de population le plus élevé possible dans un délai de prise en charge de 30 minutes maximum. Dans les zones situées à plus de 30 minutes d'intervention d'un SMUR, il est proposé de poursuivre l'expérimentation mise en place dans le Haut-Doubs organisé autour d'un réseau de Médecins Correspondants de SAMU, en lien avec les Services Départementaux d'Incendie et de Secours, et au vu de l'évaluation qui en est faite. Ce dispositif pourrait être étendu à d'autres zones de la région le Sud Jura notamment.
- Consolider les transports sanitaires hélicoptérés
L'objectif est d'améliorer la couverture hélicoptérée dans la région. L'organisation reste perfectible notamment sur les délais de mise en œuvre, la disponibilité de l'aéronef et la mise en conformité des hélistations. Chaque établissement pivot devra être équipé d'une aire de posé conforme. L'évolution des plateaux techniques sera prise en compte dans la réflexion sur l'amélioration des transports hélicoptérés. Une enquête nationale sur l'utilisation des transports hélicoptérés médicalisés est également en cours auprès des établissements de santé et des ARS : ses résultats alimenteront la réflexion régionale.

3.1.2. Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse téléphonique du centre 15

- Mettre en place une régulation régionale unique sur le site du CHU à l'ouverture du nouvel hôpital du CHBM à Trévenans.
- Conforter la coordination entre les régulations libérales et hospitalière, et poursuivre les travaux de mutualisation (cf. 3.3 Système d'information et télé-médecine).
- Améliorer la coordination des transports ambulanciers
La régulation des transports ambulanciers est essentielle à une bonne prise en charge en urgence de la population. Après une phase de diagnostic et de concertation avec les différents intervenants, la création d'une plateforme ambulancière régionale en liaison avec la plateforme régionale de régulation devrait concourir à optimiser de manière sensible le délai d'intervention des transports urgents.

3.1.3. Améliorer les filières de prise en charge des patients

Les objectifs sont :

- de lisser les flux de patients et leur permettre d'être pris en charge dans les bonnes filières ;
- d'améliorer l'orientation en amont et en aval des urgences.

Une réflexion sur la filiarisation des urgences sera menée dans un délai de 18 mois.

En amont :

- Le lien est à faire avec le volet ambulatoire du SROS-PRS, principalement en ce qui concerne l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) pour laquelle un cahier des charges régional sera rédigé d'ici fin 2011.
- Le lien est également à faire avec le SROMS (cf.5.2 Médico-social) en menant une réflexion avec les EHPAD afin de travailler sur l'organisation de la réponse à l'urgence pour :
 - favoriser le déplacement des médecins généralistes de garde dans les EHPAD et au domicile des personnes âgées ;
 - mettre en place des conventions entre les EHPAD et les CH ayant une activité d'urgence, précisant les modalités et les conditions d'orientation du patient.

En aval :

- Lien avec le volet médecine du SROS-PRS :
 - organiser l'accès direct des personnes âgées dans les services de médecine polyvalente sans passage aux urgences ;
 - éviter le passage aux urgences des patients chroniques connus avec décompensation et privilégier l'admission directe dans le service pour ceux nécessitant une hospitalisation.
- Lien avec le volet psychiatrie du SROS-PRS pour la filière de prise en charge psychiatrique, notamment :
 - s'attacher à mettre en place des équipes mobiles de prévention intersectorielles, adaptables à diverses situations mais pouvant aussi répondre à l'urgence (en journée et week-end et jours fériés) et venant en appui des SMUR si un transport est à organiser pour le préparer et réduire ainsi la durée d'intervention du SMUR, en tenant compte de la démographie médicale ;
 - assurer la régulation des appels psychiatriques urgents par un maillage opérationnel entre Centre15 et CHS (plateforme d'accueil 24/24 avec les services et les EMPI (Equipes Mobiles de Prévention Intersectorielle...)-Services des Urgences (MCO) pour répondre 24/24 aux personnes fragilisées par la maladie psychique et aux aidants et optimiser leur orientationUne réflexion sera menée dans un délai de 1 an afin d'organiser le dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques prévu dans la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011.
- Lien avec le volet périnatalité du SROS-PRS
 - s'assurer de l'application par l'ensemble des intervenants concernés (centres périnataux, SMUR, SAMU) des protocoles élaborés par le Réseau Périnatalité de Franche-Comté (RPFC) pour les transferts in utero (TIU) des mères ;
 - former aux transports néonataux les médecins urgentistes des SMUR amenés à participer aux transports des mères et des nouveau-nés ;
 - pour ce qui concerne la prise en charge des hémorragies graves de la délivrance, un groupe de travail est constitué au niveau régional et définira les modalités de la prise en charge incluant les modalités de transfert. Il conviendra que les médecins urgentistes des SMUR appliquent les protocoles élaborés.
- Lien avec le volet cérébro-lésés du SROS-PRS pour la filière de prise en charge des AVC :
 - sensibiliser le centre 15, les médecins urgentistes des SMUR et les IAO sur l'orientation rapide permettant d'augmenter le nombre de thrombolyse ;
 - mettre en place des procédures standardisées communes de prise en charge dont les procédures pour thrombolyse ;
 - désigner des médecins référents au sein des structures médicales d'urgences ;
 - organiser les filières territoriales de prise en charge depuis les urgences jusqu'à l'unité neuro-vasculaire (UNV) en garantissant à tout patient victime ou suspect d'AVC, une entrée dans la filière de prise en charge à moins de 30 minutes du domicile.

3.1.4. Développer les Centres d'Enseignement des Soins Urgents (CESU)

Formaliser et rendre opérationnel le réseau des CESU dans le cadre du réseau régional des urgences.

3.1.5. Mettre en cohérence les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et le SROS-PRS

Les SAMU et les SDIS travailleront à l'élaboration d'un document conjoint portant sur :

- une analyse partagée des objectifs des documents SROS/SDACR ;
- l'identification des territoires présentant un déficit de réponse ;
- la recherche des solutions avec l'ensemble des partenaires.

Un document de synthèse sera réalisé.

3.1.6. Renforcer le RRU et sa composante observation (ORU)

L'objectif est de disposer sur la région :

- d'un véritable interlocuteur capable d'être force de proposition et de structuration de l'organisation sur la prise en charge des urgences ;
- d'une maîtrise d'ouvrage pour la définition des outils en particulier informatiques dans le domaine des urgences ;
- d'un outil d'observation et d'analyse de l'activité d'urgence pré-hospitalière et hospitalière ;
- d'un partage et d'une diffusion des règles de bonnes pratiques professionnelles.

Concernant l'observation et l'analyse, sont en effet considérés : l'activité des régulations, celle des services d'urgence et celle des SMUR, afin de pouvoir :

- suivre en temps réel et en différé l'activité des urgences, dans une visée organisationnelle et décisionnelle (ces données sont également suivies par la CIRE dans une visée de surveillance épidémiologique et d'alerte) ;
- suivre en temps réel et en différé les indicateurs de qualité de prise en charge : temps d'intervention, temps d'attente, décès, etc... ;
- caractériser quantitativement et qualitativement la patientelle (socio-économique, pathologie, degré d'urgence...), afin de pouvoir identifier les filiarisations pertinentes ou les modes de prises en charge ambulatoire à développer ;
- observer les pratiques professionnelles ;
- réaliser toute étude ad hoc concernant les urgences, à partir des données issues des systèmes d'information ou à partir d'enquêtes.

Le renforcement du RRU passe également par le renforcement des liens entre RRU et CHU (voire à terme l'intégration du CHU au sein du RRU) ainsi qu'entre le RRU et l'ARS.

3.2. Intra-hospitalier

3.2.1. Disposer d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

Le maillage actuel de la prise en charge des urgences hospitalières est globalement satisfaisant. Il reste cependant influencé par la restructuration des plateaux techniques. Un répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables à l'échelle du territoire de santé doit être élaboré, ainsi que les modalités d'accès et de fonctionnement à ces ressources, notamment les conditions d'exercice de la permanence médicale. Ces informations seront actualisées régulièrement et transmises en temps réel aux SAMU.

Un groupe de travail sera mis en place dans le cadre du RRU, sous l'égide de l'ARS et avec le CHU, avec pour mission :

- d'analyser et de formaliser le besoin tant sur le contenu que sur l'interface homme-machine de la régulation centre 15, premier utilisateur-client du ROR ;
- d'identifier les autres utilisateurs potentiels et leurs attentes ;
- de croiser cette expression de besoin avec les recommandations nationales ;
- de réaliser l'étude de faisabilité technique et organisationnelle (prise en compte de la problématique liée à la saisie des informations) conduisant à la rédaction des cahiers des charges techniques et organisationnels ;
- de définir et de valider l'interface-homme-machine nécessaire à la régulation ainsi que celles nécessaires aux référents au sein des hôpitaux en charge des saisies des différentes informations utiles.

Ce groupe devra produire les livrables attendus et validés avant fin 2012.

3.2.2. Améliorer le fonctionnement des services d'urgence

- Infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)

Lorsque l'activité du service des urgences le justifie, un infirmier assurant une fonction d'organisation de l'accueil peut être mis en place. Il est chargé de mettre en œuvre, par délégation du médecin présent dans le service, les protocoles d'orientation et de coordonner la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à son hospitalisation. L'objectif est d'étendre ce dispositif H24 pour les établissements ayant un nombre important de passages aux urgences.

- Les Unités d'hospitalisations de courtes durées (UCHD)

Tous les établissements sont conformes à la réglementation. Cependant une problématique de répartition des lits d'USC (Unité de surveillance continue) en lien avec les lits d'UHCD existe. Une certaine souplesse est donc laissée aux établissements en tant que de besoin concernant les USC.

3.3. Télémédecine et Système d'information

3.3.1. Télémédecine

Trois sujets touchent à la télémédecine :

- la régulation des appels ;
- la prise en charge des urgences neurologiques ;
- le réseau de téléconsultation entre les EHPAD et les CH.

Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine précise que la réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale est un acte de télémédecine. Les objectifs sont doubles :

- améliorer l'interopérabilité entre les outils communicants utilisés par le centre de réception et de régulation des appels et la plate-forme d'information et de téléconseil régionale gérée par l'Acoreli permettant de désengorger les urgences ;
- améliorer les outils d'aide au diagnostic et notamment le logiciel de sécurisation et de standardisation des prises d'appels du centre 15 Régional (ProQA) associé à un logiciel permettant de qualifier les discussions téléphoniques par rapport au protocole (AQUA - analyse des conformités, des "surqualifications" ou "sous-qualification" des problèmes).

S'agissant de la prise en charge de l'AVC en urgence, il convient de se référer au volet du SROS-PRS sur les AVC qui le traite.

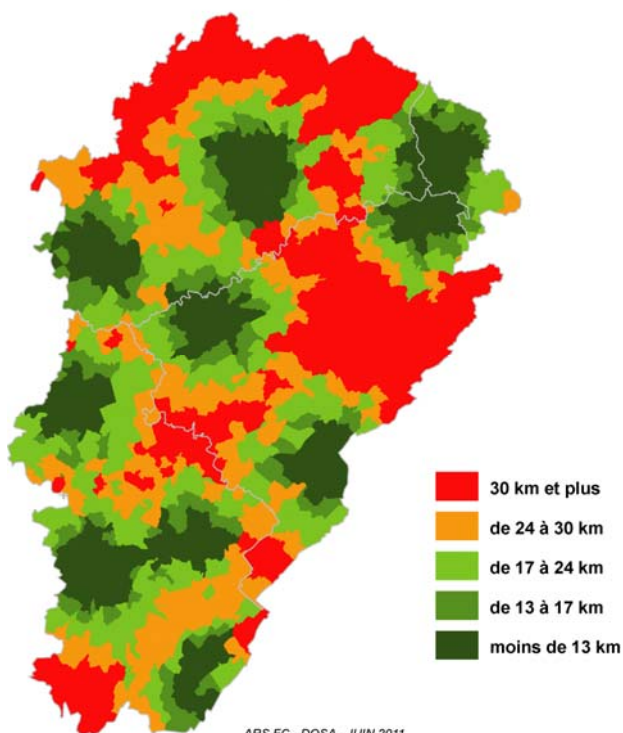
3.3.2. Autres systèmes d'information

En terme d'infocentre, l'objectif est d'améliorer le recueil et la qualité des données sur les urgences dans la région ainsi que l'exhaustivité de leur remontée dans le serveur régional des urgences (données saisies dans les services d'urgence mais non remontées à ce jour ; données SAMU et SMUR ; données de service de spécialité accueillant directement les urgences : traumatologie au CHU, pédiatrie au CHBM, etc.), afin d'accroître la description de l'activité d'urgence sur la région ainsi que la surveillance et l'alerte (réalisée par la CIRE à partir des mêmes données).

Par ailleurs, le ROR sera développé afin d'améliorer la prise en charge des patients par le centre 15 et les services d'urgence (cf. supra).

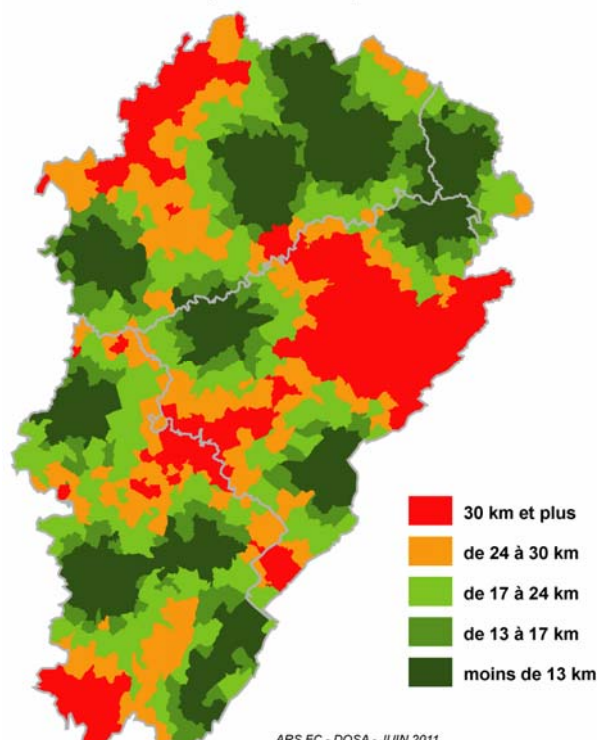
4. Organisation territoriale : cartographies

Accessibilité aux services d'urgence



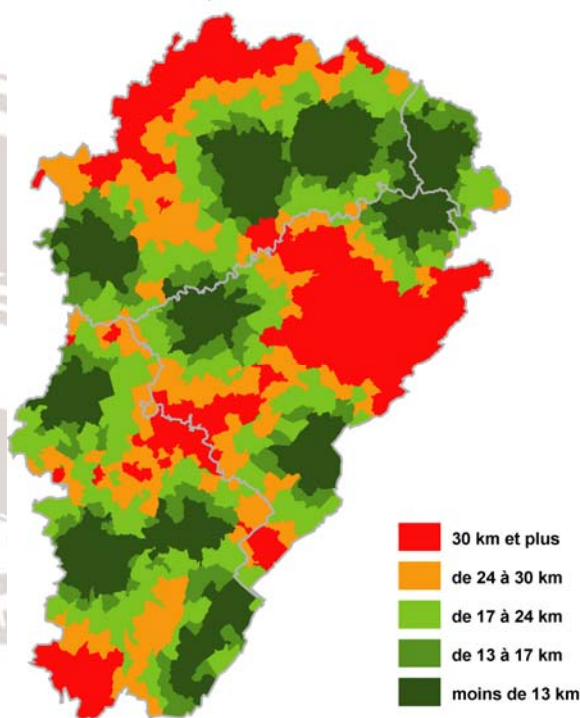
ARS FC - DOSA - JUIN 2011

Distance d'accès SMUR par commune en journée



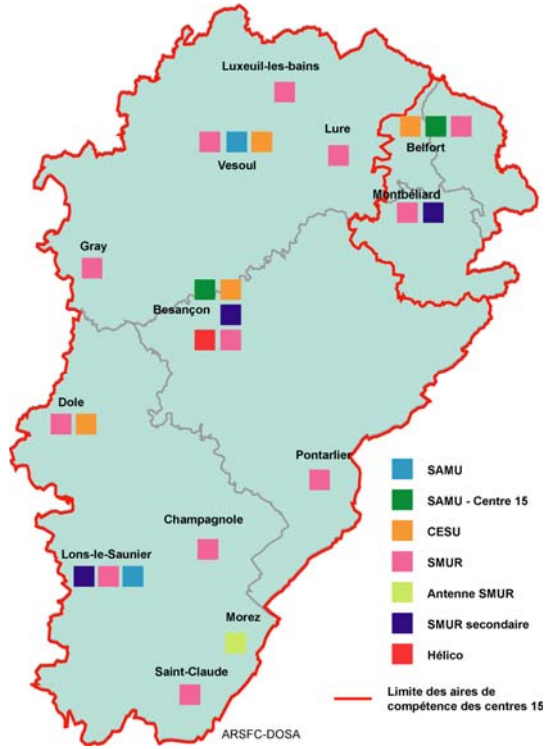
ARS FC - DOSA - JUIN 2011

Distance d'accès SMUR par commune, la nuit



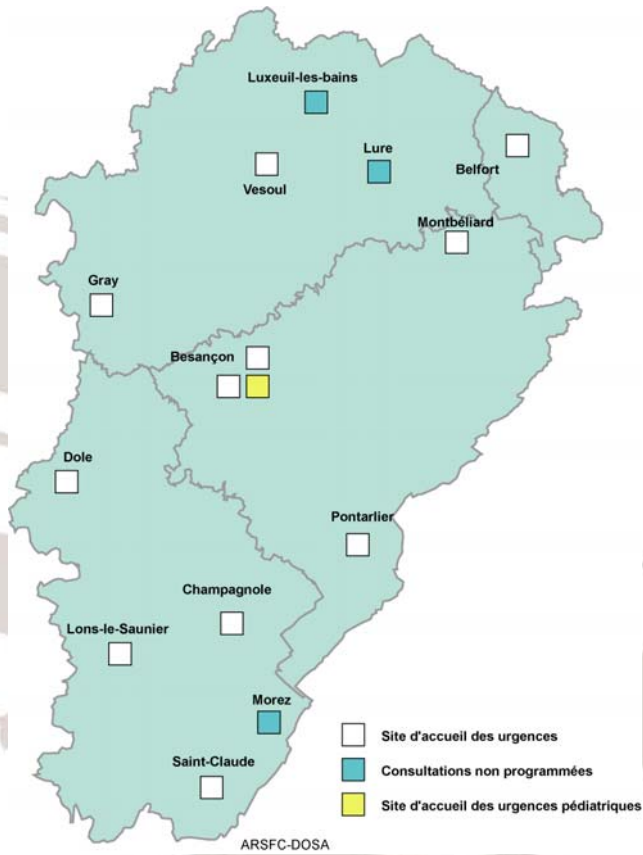
ARS FC - DOSA - JUIN 2011

Organisation pré-hospitalière



Organisation de l'accueil

ARSFC-DOSA-juillet2011



5. Modalités/actions spécifiques de coordination

5.1. Ville-hôpital

Poursuivre la coordination entre l'ACORELI et le centre 15 et tendre vers une mutualisation des outils : logiciels utilisés (cf 3.3 système d'information et télémédecine).

5.2. Médico-social

- Lancer un travail de réflexion avec les EHPAD sur la possibilité de mettre en place des sensibilisations/formations du personnel de ces structures afin d'organiser de manière plus formelle la réponse à l'urgence notamment à partir du vendredi soir.
- Mettre en place de conventions avec les établissements médico-sociaux et les CH prévoyant l'organisation de la réponse à l'urgence (3966 et centre 15), et les modalités de transferts.

6. Objectifs quantifiés en implantations

BELFORT	1 SAMU avec 1 Centre 15 en journée couvrant le Territoire de Belfort jusqu'à ouverture du nouvel hôpital du CHBM à Trévenans 1 implantation SMUR 1 structure des urgences 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence
MONTBELIARD	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
TREVENANS	1 SAMU sans l'activité de régulation 1 implantation SMUR* 1 structure des urgences* 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence* *Regroupement ou transfert des activités correspondantes autorisées à Belfort et Montbéliard
BESANCON	1SAMU avec une plateforme régionale de régulation des appels (centre15) couvrant les départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône la totalité du territoire de santé la journée et la nuit, et le Territoire de Belfort en nuit profonde jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans 1SAMU avec une plateforme régionale unique de régulation des appels (centre15) couvrant la totalité du territoire de santé la journée et la nuit à compter de l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans 1 implantation SMUR 2 structures des urgences dont une pédiatrique 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence
GRAY	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
PONTARLIER	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
DOLE	1 implantation SMUR 1 structure des urgences 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence
CHAMPAGNOLE	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
LONS-LE-SAUNIER	1 SAMU sans l'activité de régulation 1 implantation SMUR 1 structure des urgences

MOREZ	1 antenne du SMUR de LONS-LE-SAUNIER
SAINT-CLAUDE	1 implantation SMUR 1 structure des urgences
LURE	1 implantation SMUR
LUXEUIL-LES-BAINS	1 implantation SMUR
VESOUL	1 SAMU sans l'activité de régulation 1 implantation SMUR 1 structure des urgences 1 Centre d'enseignement aux secours d'urgence

7. Objectifs en accessibilité

L'objectif est de couvrir un pourcentage de population le plus élevé possible dans un délai de prise en charge de 30 minutes maximum.

8. Indicateurs de suivi

8.1. Nationaux

- Taux de recours aux urgences hospitalières (nombre de passages pour 10 000 habitants).

8.2. Régionaux

Pré-hospitalier

- Nombre de SMUR conformes à la réglementation.
- Volume d'affaires traitées par la régulation régionale PARM et médicale 15 et Acoreli.
- Délai de réalisation des transports secondaires.
- Pourcentage de population couverte à moins de 30 minutes.
- Délais d'arrivée sur site des équipes SMUR.
- Nombre de carences SMUR et ambulancières.
- Nombre de médecins correspondants de SAMU et nombre d'interventions

Intra hospitalier

- Formalisation des réseaux.
- Délais d'attente aux urgences.
- Nombre de services disposant d'un infirmier organisant l'accueil et l'orientation.

Télémédecine

- Nombre de sites utilisant les installations de télémédecine.

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	
SROMS	

1. Contexte

1.1. Contexte réglementaire

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie sont soumises à l'autorisation prévue à l'article L 6122-1 du code de la santé publique. Les décrets n°2009-409 et 2009-410 du 14 avril 2009 ont déterminé les conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ainsi que les conditions techniques de fonctionnement qui leur sont applicables.

L'arrêté du 14 avril 2009 fixe le nombre minimal annuel d'actes ; ils sont indiqués ci-dessous entre parenthèses.

Par ailleurs, le décret n°200-409 précise que les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie comprennent 3 types d'actes (articles R 6123-128 à 6123-133 du code de santé publique) :

- les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme, (activité minimale annuelle de 50 actes d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire),
- les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence, (activité minimale annuelle de 40 actes de cathétérismes interventionnels portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales. Au moins la moitié du nombre minimal annuel d'actes est réalisée sur les enfants),
- les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte. (activité minimale annuelle de 350 actes d'angioplastie coronarienne).

L'autorisation mentionne les types d'actes pratiqués.

L'autorisation de pratiquer sur les patients adultes les activités interventionnelles ne peut être accordée que pour un site sur lequel le demandeur dispose, dans un bâtiment commun ou à défaut dans des bâtiments voisins, d'une unité d'hospitalisation de médecine à temps complet et d'une unité de soins intensifs cardiologiques, éventuellement mises à disposition par convention avec un autre établissement implanté sur ce site.

Le demandeur doit également disposer, sur le même site :

- lorsqu'il pratique les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme, d'au moins une salle d'imagerie numérisée dédiée aux activités cardio-vasculaires,
- lorsqu'il pratique les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence ou les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte, d'au moins une salle d'angiographie numérisée dédiée aux activités cardio-vasculaires.

Pour les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte, le titulaire de l'autorisation devra participer à la permanence des soins dans le cadre de la prise en charge de l'infarctus du myocarde (accueil des patients 24H/24 toute l'année) et disposer de lits d'hospitalisation complète avec une unité de soins intensifs cardiologiques. Il deviendra membre du réseau de prise en charge des urgences et la notion de plateau technique de haute spécialité lui permet d'organiser, en lien avec le SAMU, l'accès direct au plateau technique sans passage par le service des urgences.

L'utilisation de dispositifs médicaux (défibrillateurs cardiaques implantables (DCI), stimulateurs cardiaques implantables avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dits "triple chambre" - STC inscrits sur la liste des produits et prestations) entre dans le champ des actes de rythmologie cités ci-dessus et fait partie de l'activité de soins autorisée. Elle ne nécessite plus une autorisation spécifique.

1.2. Précisions apportées par la circulaire DHOS/O4/2009/258 du 12 août 2009

1.2.1. Précisions sur la rythmologie

Le champ de la rythmologie comprend, en plus des actes ci-dessus, l'électrophysiologie diagnostique, la stimulation cardiaque dite "classique".

Il s'agit donc de limiter le champ de l'autorisation aux activités les plus complexes, en excluant la pose de stimulateurs simples (mono ou double chambre) qui ne requiert pas un plateau technique aussi spécialisé que pour les trois types d'actes retenus. Ces activités sont pratiquées dans le cadre de l'autorisation de médecine.

1.2.2. Electrophysiologie interventionnelle

La technique se propose de repérer par cartographie endocavitaire, puis de détruire la zone de myocarde arythmogène, les voies accessoires ou le tissu de conduction pour guérir définitivement le patient de son arythmie ou pour améliorer la tolérance fonctionnelle des tachycardies récidivantes. La destruction est opérée par le cathéter d'ablation au travers duquel une source d'énergie est appliquée sur le substrat arythmogène (recommandations de la Société française de cardiologie concernant l'électrophysiologie diagnostique et interventionnelle, la stimulation cardiaque permanente et la défibrillation automatique implantable)

La précision donnée à propos des actes de stimulation multisites et de défibrillation "y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme", est liée à la nécessaire précaution qui doit être prise dans le champ de la rythmologie interventionnelle où l'innovation technique permet une constante évolution de l'activité.

2. Diagnostic

2.1. Implantation des soins intensifs en cardiologie prévues par le SROS III

Belfort	1 implantation de soins intensifs de cardiologie à regrouper avec Montbéliard sur le site médian
Montbéliard	1 implantation de soins intensifs de cardiologie à regrouper avec Belfort sur le site médian
Besançon	2 implantations de soins intensifs de cardiologie
Dole	1 implantation de soins intensifs de cardiologie
Lons le Saunier	1 implantation de soins intensifs de cardiologie
Vesoul	1 implantation de soins intensifs de cardiologie

2.2. Implantation des salles numérisées en Franche-Comté

Les données sont issues de SAE 2008-bordereau Q03A.
Les salles ne sont plus soumises à autorisation.

	Salles de radiologie numérisée	Salles de radiologie vasculaire sans coronarographie	hémodynamique ou électrophysiologie avec amplificateur de luminance	coronarographie
CHU – site de Minjoz	3	2	3	2
CH BM – site de Montbéliard	4	1	1	
CH BM – site de Belfort	4			1
CI St Vincent	4 (radiologues)	1 (radiologues)		1
CH Pontarlier	3			
CH Lons	3			
CI du Jura	1			
CH Dole	1			
CHI Haute-Saône	3	1		
CI St Martin	1			

2.3. Données d'activité

2.3.1. Activités qui relèvent d'actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque liée à des troubles du rythme

Activité réalisée de 2007 à 2009 dans les établissements de la région qui inclut la pose de stimulateurs simple ou double chambre relevant d'une simple autorisation de médecine :

Nb actes CCAM	CHU	CI St Vincent	PFC	CH Pontarlier	CH Lons	CI du Jura	CH Dole	CHI HS	CI St Martin	CH BM
Total activité 2009 rythmologie interventionnelle	380	162	9	13	54	10	29	98	10	281
Dont activité à seuil	63	18	0	0	0	0	0	0	0	52
Total activité 2008 rythmologie interventionnelle	332	122	15	19	55	12	45	108	17	344
Dont activité à seuil	51	0	0	0	0	0	0	0	0	110
Total activité 2007 rythmologie interventionnelle	301	136	11	32	41	14	50	89	9	313
Dont activité à seuil	51	0	0	0	0	0	0	0	0	81

Les actes réalisés hors région étaient au nombre de 268 en 2008. Ils représentent 20% des actes réalisés au profit de patients de la région.

Il s'agit principalement :

- de destructions de foyer arythmogène atrial droit par méthode physique, par voie veineuse transcutanée (DENF001) (61 actes), (principalement réalisés dans le Rhône),
- de destruction de foyer arythmogène atrial gauche par méthode physique, par voie veineuse transcutanée (DENF003) (60 actes), (répartis à Nancy et à Lyon),
- d'implantation d'un stimulateur cardiaque définitif avec pose d'une sonde intra-atriale et d'une sonde intra-ventriculaire droites par voie veineuse transcutanée (DELF005) (46 actes), (Dijon et Lyon), d'interruption complète par voie accessoire de conduction cardiaque par méthode physique, par voie vasculaire transcutanée (DEPF003) (29 actes) (Dijon et Nancy).

Il est à préciser que la destruction de foyer arythmogène atrial gauche n'est pour l'instant pas réalisée dans la région. Il s'agit d'un acte complexe, nécessitant une formation spécifique ainsi que du matériel approprié.

2.3.2. Activité portant sur les cardiopathies de l'enfant

En région, les enfants sont adressés, pour plus de la moitié, dans des établissements de la région parisienne.

Ainsi, en 2008, 40 enfants, de 0 à 18 ans, ont été traités pour des cardiopathies :

code acte	libellé	CHU Dijon	CHU Nancy	HC Lyon	Région paris.
DAAF001	Dilat. intraluminale voie éjection ventricule droit et du tronc de l'artère pulmonaire, vv. trans			1	1
DAAF003	Agrandissement d'une communication interatriale, par voie veineuse transcutanée			1	1
DASF001	Fermeture du conduit artériel, par voie vasculaire transcutanée	1	2	3	6
DASF003	Fermeture de communication interventriculaire, par voie veineuse transcutanée			1	1
DBAF001	Dilatation intraluminale de l'orifice aortique, par voie artérielle transcutanée		1		1
DBAF002	Dilatation intraluminale orifice pulmonaire sans perforation valve atrésique, vv. transcutanée		1		3
DAGF001	abl. C.E intracardiaque/intravasculaire vasc.transcut.	2			2
DEGF004	abl. 1sonde stimul/défibrillation card. sans dispositif spéc. v.v	1			1
DELF005	implant. 1stimul. card. définitif +2sondes cav. dtes v.v	1			1
DEPF003	interruption cplt 1v. accessoire conduction card. méthode phys. Cathé	1	2		3
DGLF003	Stent couverte ds aort. thor. cathé art.				2
Total		6	6	6	22

2.3.3. Activité portant sur les autres cardiopathies de l'adulte

Activité réalisée de 2007 à 2009 dans les établissements de la région :

	CHU Besançon	CI St Vincent	CH Belfort-Montbéliard
Total activité 2009 autres cardiopathies de l'adulte	958	741	763
Dont activité à seuil	883	741	761
Total activité 2008 autres cardiopathies de l'adulte	949	773	683
Dont activité à seuil	882	767	682
Total activité 2007 autres cardiopathies de l'adulte	989	805	650
Dont activité à seuil	882	805	649

Les actes réalisés hors région étaient de 260 en 2008 :

- 87 sont réalisés dans le Rhône (Lyon),
- 70 en Côte d'Or (Dijon),
- 29 dans l'Ain,
- 20 dans le Haut-Rhin,
- 11 en Meurthe et Moselle,
- 43 dans d'autres départements.

Ces 260 actes représentent 10% de l'activité réalisée au profit de patients Frانس-comtois.

3. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Un comité régional sera mis en place. Il sera constitué, a minima, des représentants des établissements pratiquant la rythmologie interventionnelle et aura en charge le suivi annuel de ces données ainsi que des indicateurs qu'il aura définis dans le cadre de la mise en œuvre du présent volet. Il pourra également faire des propositions d'évolution de ses missions.

3.1. Rythmologie interventionnelle

L'objectif visé est de développer l'activité de rythmologie interventionnelle par un travail renforcé entre les équipes régionales et, en particulier, entre les équipes des 3 sites (CHU, CHBM, Clinique Saint Vincent) en mesure de poursuivre leur développement et qui disposent de soins intensifs en cardiologie.

Ainsi, et dans la mesure où il existe un besoin non couvert en Franche-Comté, des destructions de foyer arythmogène atrial gauche par méthode physique, par voie veineuse transcutanée doivent pouvoir être réalisées en région. En 2008, 60 patients de la région ont eu cette intervention qui a été réalisée à Nancy ou à Lyon et où le délai d'attente est de 6 mois à 1 an.

Dans un premier temps, il est prévu d'acquérir une machine à cartographie sur le site disposant des possibilités de faire face aux complications et ainsi de permettre aux autres équipes de la région de réaliser ces actes. De plus, de jeunes praticiens sont actuellement en formation en France ou à l'étranger. Il est important de leur permettre d'utiliser, en région, les savoir-faire acquis.

Cette activité nouvelle doit être réalisée dans le respect des recommandations professionnelles, elle fera l'objet d'un suivi particulier.

L'activité de rythmologie interventionnelle est également réalisée avec les établissements périphériques dont les praticiens disposent de vacations au CHU ou y viennent en formation. Des conventions seront à établir avec ces établissements pour ce qui relève de l'activité de proximité en rythmologie interventionnelle (ex : pose de stimulateurs cardiaque simple ou double chambre).

3.2. Cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence

Le traitement de ces pathologies, sous forme interventionnelle par voie endovasculaire, nécessite une spécialisation importante en pédiatrie que le nombre d'enfants concernés dans la région ne permet pas d'atteindre.

Il n'est pas prévu d'implantation en cardiologie interventionnelle des nourrissons et des enfants.

3.3. Autres cardiopathies de l'adulte

Les sites actuels satisfont aux seuils et peuvent absorber une activité supplémentaire. Il est rappelé que les patients Franch-comtois, urgents ou chroniques, doivent être adressés prioritairement dans les sites régionaux et non dans des centres extrarégionaux qui ne respecteraient pas les critères réglementaires. Au vu de la population régionale et des besoins recensés, il n'y a pas d'indication actuellement à ouvrir d'autres centres dans la région.

Le traitement des valvulopathies cardiaques est dévolu en particulier au site ayant la chirurgie cardiaque.

Il serait souhaitable que le coroscanner soit davantage développé dans les sites de la région qui respectent les recommandations mixtes des sociétés françaises de cardiologie et de radiologie. Il s'agit en effet d'une activité complémentaire de la cardiologie de l'adulte.

4. Evolution de l'offre / Projets de coopération

4.1. Création/suppression d'implantations prévues

Maintien des 3 sites pratiquant actuellement la cardiologie interventionnelle.

4.2. Projets de coopération

L'objectif visé est de développer l'activité de rythmologie interventionnelle par un travail renforcé entre les équipes régionales et, en particulier, entre les équipes des 3 sites en mesure de poursuivre leur développement et qui disposent de soins intensifs en cardiologie.

Des conventions seront à établir avec ces établissements pour ce qui relève de l'activité de proximité en rythmologie interventionnelle (ex : pose de stimulateurs cardiaque simple ou double chambre).

5. Objectifs quantifiés en implantations

Belfort	1 implantation en cardiologie à regrouper sur le site du nouvel hôpital à Trévenans
Montbéliard	1 implantation en cardiologie à regrouper sur le site du nouvel hôpital à Trévenans
Besançon	2 implantations en cardiologie
Trévenans	1 implantation en cardiologie par regroupement des implantations de Montbéliard et de Belfort

6. Indicateurs de suivi

6.1. Nationaux

- Suivi des prises en charge des syndromes coronariens aigus en vue de l'évaluation du protocole et/ou algorithme décisionnel concernant les stratégies de reperfusion en urgence.
- Taux de mortalité hospitalière liée à ces activités interventionnelles.

6.2. Régionaux

Outre les indicateurs prévus par la circulaire DHOS/O4/2009/258 du 12 août 2009, deux indicateurs feront l'objet d'un suivi :

- nombre annuel de procédures d'ablation (DENS 014 à 035),
- taux de procédures d'ablation avec complications.



Fiche SROS - PRS

Soins de Suite et de Réadaptation

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 2 Objectif 2.1	Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 2 Objectif 2.5	Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Education thérapeutique
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées

1. Contexte

- Décret n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Décret n° 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Instruction aux ARS du 22 décembre 2010 sur l'application de l'instruction DGOS du 19 mai 2010 relative à la mise en œuvre du SROS SSR- Mise à disposition de l'outil de remontée des projets tarifaires au sein du secteur sous OQN.

La parution des décrets 2008-377 et 2008-376 du 17 avril 2008 a entraîné la révision du volet soins de suite et de réadaptation du SROS III dans un délai de 18 mois, à compter du 19 avril 2008.

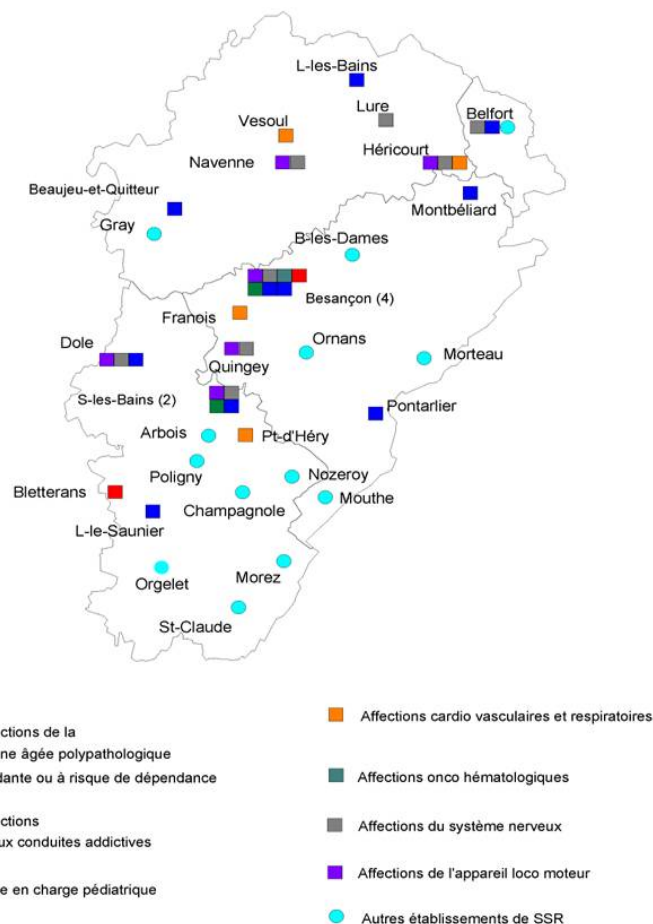
Le volet soins de suite et de réadaptation du SROS III 2006-2011, approuvé le 28 février 2006, a donc été révisé le 28 septembre 2009.

2. Diagnostic

2.1. Etat des lieux

2.1.1. Répartition des établissements de soins de suite et de réadaptation au 31 décembre 2010, par autorisations

Soins de suite et de réadaptation



Les autorisations liées à cette révision ont été consenties le 29 juin 2010. Les établissements disposent d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité, à partir de la date de réception de l'autorisation, soit approximativement jusqu'en juillet 2012. Le maintien de ces autorisations reste néanmoins conditionné aux résultats des visites de conformité qui seront réalisées dans ce cadre réglementaire.

2.1.2. Données d'activité des établissements

Synthèse des principaux indicateurs

	Consommation journées, PMSI 2009				Total	Journées et venues SAE 2009
	Région		Hors Région			
	Adultes	0-17ans	Adultes	0-17 ans		
(Source INSEE 2008)						
Besançon, Gray 339 340 habitants	160 139	3086	12652	601	176 478	162 407
Belfort /Héricourt/ Montbéliard 331 910 habitants	114 161	2362	21099	909	138 531	116 065
Pontarlier 78 715 habitants	36 273	291	1708	82	38 354	29 506
Lons-le-Saunier/ Champagnole/ Saint- Claude 168 110 habitants	76 455	951	26417	827	104 650	115 637
Dole 89 630 habitants	54 927	822	5002	760	61 511	43 450
Vesoul/Lure/ Luxeuil-les-Bains 156 230 habitants	66 061	1344	9404	747	77 556	53 236
	508 016	8856	76282	3926	597 080	520 301

	Nb Etab	Nb lits installés	Nb entrées	Nb journées	TO (%)	Nb places installées	Nb Venues
Territoire Besançon Gray	9	523	4 143	146 955	77	56	15 452
Territoire Belfort Héricourt Montbéliard	5	330	2 556	98 422	82	63	17 643
Territoire Pontarlier	3	87	910	29 506	93	0	
Territoire Lons	8	360	3 454	101 101	77	16	5250
Territoire Dole	2	124	888	42 032	93	6	1418
Territoire Vesoul Lure Luxeuil	3	135	1 487	46 367	94	15	6869
Total	30	1559	13 438	464 383	82	156	46 632
<i>La Beline</i>		40	122	9 286	64		
Franche Comté		1599	13 560	473 669	81	156	46 632
Doubs		549	4 432	153 793	82	56	15 452
Jura		524	4 464	152 419	80	22	6 668
Haute-Saône		331	3 067	100 608	87	63	22 033
Territoire de Belfort		195	1 597	66 849	94	15	2 479

Source : SAE 2009



Analyse qualitative

L'analyse qualitative des données d'activité exposées ci-dessus permet de dresser les constats suivants :

- la prise en charge en SSR est majoritairement réalisée en hospitalisation complète : 9% seulement des journées consommées le sont en hospitalisation de jour, et essentiellement par les établissements pratiquant la rééducation fonctionnelle ;
- la consommation de l'offre en SSR est très hétérogène. En effet, à population égale, 30% et 40% de journées supplémentaires sont consommées, respectivement, sur les territoires de Besançon/Gray et Lons le Saunier/St Claude/Champagnole, comparativement à ceux de Belfort/Héricourt/Montbéliard et Vesoul/Lure/Luxeuil ;
- les fuites, en termes de consommation de l'offre, sont principalement observées sur les territoires limitrophes que sont Belfort/Héricourt/Montbéliard et Lons le Saunier/St-Claude/Champagnole ; deux explications sont possibles : l'adressage des malades à des correspondants hors région et la proximité géographique, voire la qualité du réseau routier ;
- la consommation de la population des 0-17 ans est très faible : seulement 2% des journées totales consommées, bien que cette population représente environ 18 % de la population Franc-comtoise. 60% des journées sont consommées pour la prise en charge de l'obésité et pour des séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire.

Seules deux spécialisations n'ont pas été attribuées en Franche-Comté. Elles concernent la prise en charge :

- des brûlés, en effet, la masse critique suffisante n'est pas atteinte en Franche-Comté pour obtenir une prise en charge optimisée,
- des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien chez l'adulte, pour laquelle une coopération était envisagée avec un établissement bourguignon qui devait proposer cette spécialisation à Louhans et réserver 1/3 de sa capacité aux francs-comtois.

2.2. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et / ou d'amélioration

2.2.1. Les points forts

Au vu des taux d'occupation, des journées consommées et des capacités offertes, l'offre actuelle en soins de suite et de réadaptation est suffisante et doit pouvoir absorber le vieillissement de la population.

Les établissements sont répartis sur l'ensemble de la Franche-Comté. Seuls le Nord de la Haute-Saône et le territoire de Maïche n'en sont pas pourvus, mais ce constat doit être relativisé par le faible nombre d'habitants concernés.

La couverture régionale et la proximité sont donc acquises et les territoires urbains et ruraux sont globalement couverts : les structures sont réparties sur tout le territoire et les différentes spécialisations accordées assurent un maillage correct de la région.

La réflexion s'attachera donc davantage à la qualité et à la répartition de l'offre de soins en SSR sur le territoire unique de santé plutôt qu'à son développement.

2.2.2. Les axes de consolidation ou d'amélioration

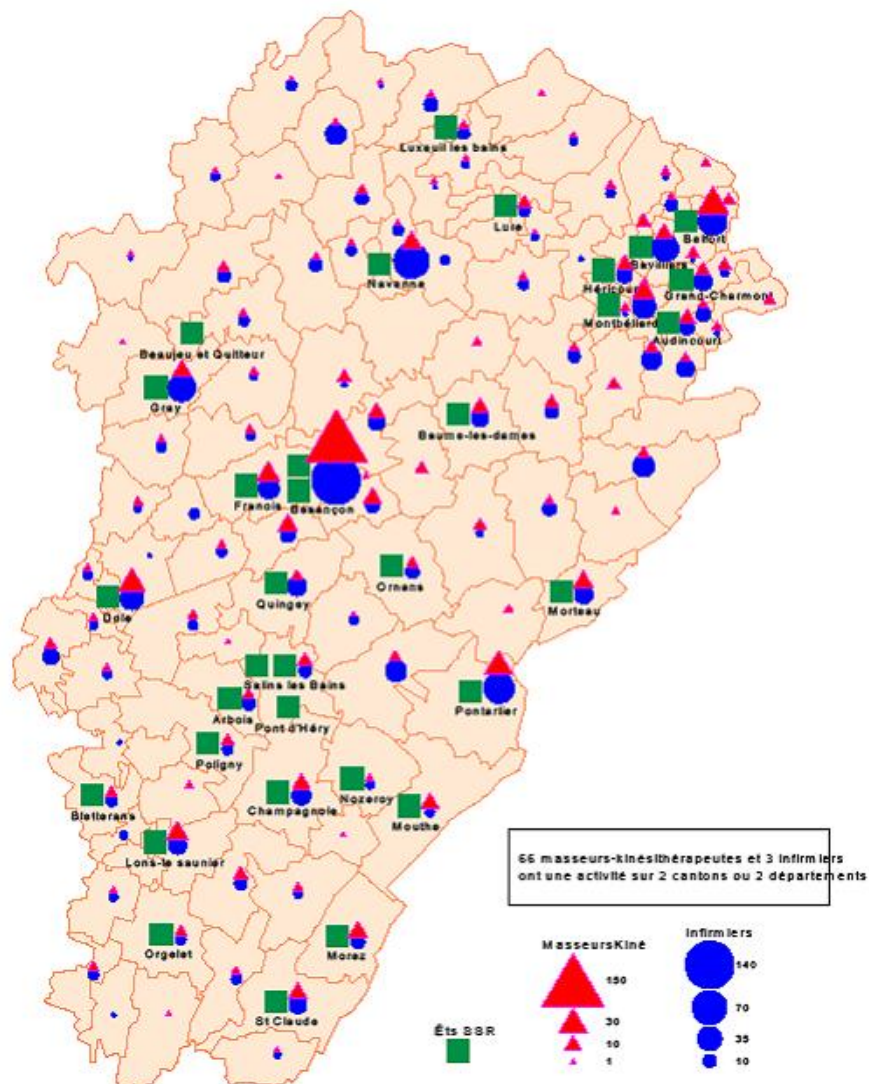
2.2.2.1. Insuffisance des professionnels paramédicaux

Il est constaté une insuffisance de professionnels para médicaux (IDE, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, neuropsychologues...) dans les établissements et en ambulatoire.

Cette situation peut expliquer, en partie, les difficultés pour les retours à domicile de certains malades, d'autant que la plupart des SSIAD ont une liste d'attente, peu compatible avec la réactivité attendue par les services hospitaliers.

En lien avec le volet ambulatoire du schéma, l'offre de formation sur le territoire doit être renforcée (cf. carte ci-dessous) :

Établissements SSR,
Infirmiers et Masseurs-kinésithérapeutes libéraux
en Franche-Comté



2.2.2.2. Le passage à la tarification à l'activité (T2A) en SSR dès 2012

A cette échéance, la viabilité de certains établissements francs comtois, de très petite capacité sanitaire, pourrait ne plus être assurée. La question de la taille "minimum" requise permettant aux établissements de faire face financièrement à l'arrivée de la T2A doit être soulevée.

Certains établissements ne disposent pas de médecin en information médicale et, de ce fait, ne sont pas en capacité de réaliser la validation interne de leurs données PMSI. Il est donc difficile de procéder actuellement à une projection de l'offre SSR prenant en considération les données PMSI et les moyens financiers dont disposeront les établissements après le passage à la T2A. Aussi, l'éventualité d'une recomposition au cours du présent SROS-PRS n'est pas exclue.

3. Orientations stratégiques

3.1. Développer les alternatives à l'hospitalisation complète et la qualité des prises en charge

Développer les alternatives

Les objectifs quantifiés en implantations fixées dans le présent volet prévoient l'hospitalisation de jour pour l'ensemble des établissements pratiquant l'activité de soins de suite et de réadaptation. Ceux-ci devront développer une démarche volontariste afin d'offrir cette alternative à la prise en charge à l'hospitalisation complète à tous les patients qui pourraient en relever.

- Promouvoir l'évaluation précoce du handicap en services MCO par des équipes mobiles de rééducation
Trois établissements, disposant de lits de MCO, ne bénéficient pas d'une équipe mobile de rééducation-réadaptation. Compte tenu de la plus value apportée par ces équipes, elles devront être généralisées dans l'ensemble des établissements MCO en fonction des moyens humains disponibles. Une réflexion a été menée au niveau de l'internat qui aboutira dans les cinq ans à la formation de dix internes spécialisés en médecine physique.
- Implanter trois laboratoires d'analyse du mouvement à Héricourt, Salins les Bains et Besançon
Les laboratoires du mouvement permettent l'analyse des mouvements des membres et principalement de la marche. Basés sur l'étude de l'utilisation des muscles avec une électromyographie intégrée, une plateforme de marche et de force et un enregistrement vidéo, ils permettent la détermination exacte des points d'appui et les mesures d'angles au niveau articulaire. Ces dispositifs ont l'avantage de disposer d'une image ponctuelle à un moment donné, d'aider au diagnostic et à la planification d'un programme personnalisé de prise en charge adaptée à l'état du patient et d'en évaluer les effets et les mesures correctrices nécessaires. Ils seront particulièrement utiles dans l'orientation du patient vers une prise en charge en hospitalisation de jour.
- Exploiter les données MAT2A (e-pmsi – recueil d'activités du PMSI - SSR retraité) pour en améliorer la qualité du recueil, évaluer le niveau de prise en charge des patients en fonction des spécialisations attribuées (construction d'un indicateur spécifique) et déterminer le nombre de patients en attente de placement.

3.2. Organiser et fluidifier les filières avec le médico-social

Les textes réglementaires prévoient la signature de convention avec les structures d'aval. Ce point fera l'objet d'une attention particulière lors des visites de conformité.

La réflexion sur les malades en impasse d'hospitalisation et sur le déficit des structures d'aval des établissements SSR sera menée à terme. Un groupe de travail créé sous l'impulsion de l'ARS, initialement sur le grand Besançon, réunit tous les intervenants concernés. Les travaux devront porter essentiellement sur :

- l'organisation des filières : les DMS longues résultent de l'occupation d'un nombre de lits non négligeable par des malades en attente de placement, estimé en moyenne à 25% de la capacité des établissements concernés. Néanmoins, la fluidité de la filière MCO-SSR dépend également de la possibilité pour les SSR de recourir à des structures d'aval pouvant accueillir les malades. Pour les adultes, la difficulté de placement concerne les malades présentant un handicap physique lourd avec assistance respiratoire pour lesquels un retour à domicile est difficilement envisageable. En ce qui concerne les personnes âgées, les "inadéquations" touchent essentiellement les malades présentant des troubles cognitifs avec troubles du comportement. Ce travail se fera en lien avec le schéma médico-social.
- l'opportunité de mettre en place un logiciel d'orientation pouvant être déployé facilement et à moindre coût au sein des établissements au niveau régional : il devra être facilitateur de la prise en charge des patients et permettre une traçabilité aujourd'hui inexistante.
- l'organisation d'une filière de retour à domicile, pour certaines pathologies, grâce à un partenariat à renforcer entre les différentes structures et les services de l'HAD.

3.3. Maintenir et développer certaines prises en charges spécialisées

- Maintenir une activité de SSR pédiatrique
Le caractère régional de l'autorisation de pratiquer l'activité SSR en pédiatrie n'est pas à remettre en cause, même si des interrogations sont légitimes, compte tenu du faible taux d'activité de l'établissement détenteur d'une autorisation. Il est illusoire d'espérer recruter une population extrarégionale, les distances étant trop importantes.
- Maintenir la spécialisation onco-hématologie sur Besançon
La prise en charge des affections onco-hématologiques n'est pas remise en cause, mais sa mise en œuvre est tributaire de la problématique actuelle du surcoût des molécules onéreuses. Régulièrement citée comme étant un frein à l'admission de malades, essentiellement en établissement sous dotation annuelle de financement, celle-ci devrait être résolue avec l'introduction du volet " molécules onéreuses " de laT2A en SSR dès 2012.
- Poursuivre la mise en place des unités pour états végétatifs chroniques et états pauci relationnels, telles que prévues dans le SROS III
La région dispose actuellement de 19 lits : 6 sont installés à Besançon et 13 à Héricourt. Cela correspond à 3 unités sur les 6 initialement préconisées dans le SROS III. L'installation d'une unité de 7 lits pour ces malades est préconisée prioritairement à Salins les Bains, puis une seconde unité de 6 lits à Besançon. La dernière unité pourra être ensuite mise en œuvre à Dole.
- Créer à Besançon une structure spécialisée dans la prise en charge des conduites addictives
L'étude sur les journées consommées met en évidence un besoin non satisfait d'environ 30 lits concernant la prise en charge de l'addictologie justifiant les implantations régionales de Bletterans et Besançon. Par ailleurs, l'absence de structure de niveau 3 (recours et référence régional, circulaire DGC/DHOS 2007-203 du 16 mai 2007), est préjudiciable. Le projet de la Fondation Arc en Ciel est susceptible d'apporter une réponse à ce besoin sous réserve que les difficultés en termes de financements soient levées et qu'une coopération soit formalisée avec le CHU.
- Désigner un service de SSR chargé de la prise en charge des patients obèses sévères
L'instruction DGS/DGOS du 29 juillet 2011, visa CNP 2011-190, relative à la mise en œuvre par les ARS du programme national nutrition santé et du plan obésité (2010-2103) préconise l'amélioration de l'accueil en soins de suite et de réadaptation en désignant un service de SSR par région et en permettant son équipement dans le but de recevoir des patients obèses sévères obligatoirement en lien avec le centre spécialisé de la région. Afin de pouvoir mettre en œuvre cette orientation, la désignation d'un service de SSR pouvant accueillir cette population sera effectuée sans recours à une création d'implantation supplémentaire.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Les structures ayant une mention spécialisée ont un rôle de recours et d'expertise vis-à-vis des autres structures de santé, des établissements et services médico-sociaux.

L'attribution d'une telle mention doit prendre en compte le besoin d'une certaine masse critique pour justifier l'implantation géographique et le degré de technicité des plateaux techniques afin de maintenir des seuils d'activité suffisants, ainsi que la présence d'une compétence médicale et paramédicale.

5. Modalités / actions spécifiques de coordination

Ville- Hôpital : l'admission directe du domicile au SSR sans passage par le court séjour est un mode d'entrée plébiscité par les professionnels. En situation d'urgence et sur prescription du médecin traitant, elle peut être parfois bénéfique pour le patient évitant les transferts. Elle peut également répondre à un besoin d'expertise, de bilan et de suivi d'un patient au long cours. Il convient de s'assurer cependant qu'une évaluation des besoins a bien été réalisée en amont, le diagnostic posé et le traitement établi. Ce dispositif se heurte parfois à la nécessité d'obtenir une entente préalable dans le cadre des dispositions de l'article R 166-3 du code de la sécurité sociale. Les réseaux gérontologiques contribuent également à l'amélioration de la fluidité de la filière de soins.

6. Evolution de l'offre

La proposition de répartition des établissements, telle que définie lors de la révision du volet SSR du SROS III, est maintenue, à l'exception de :

- l'implantation en hospitalisation complète et de jour à Nozeroy après ouverture du nouvel établissement
- de l'implantation de spécialisation affections cardio-respiratoires prévue à Vesoul ; cette unité n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation, en effet sa petite taille et son isolement posent un problème de mise en œuvre, notamment de recrutement de spécialistes et de personnel et d'équilibre économique. Les Haut-Saônois bénéficient des unités d'Héricourt et de Besançon.

Il est prévu à Besançon la création d'une implantation d'hospitalisation de jour dédiée à la prise en charge des troubles musculo-squelettiques et d'une implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux intégralement compensée par redéploiement de lits de court séjour dans le cadre d'un projet incluant le volet universitaire de formation et de recherche en médecine physique de réadaptation.

7. Objectifs quantifiés en implantations

Belfort	2 implantations en hospitalisation complète et de jour, dont une avec prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance et avec prise en charge des affections du système nerveux
Héricourt	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux et de patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel 1 implantation en hospitalisation de jour spécialisée dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires et respiratoires
Montbéliard	1 implantation en hospitalisation complète et de jour, avec prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance

Baume-les-Dames	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Beaujeu	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance
Besançon	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge, des affections onco-hématologiques et des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance avec prise en charge des patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel 1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance 1 implantation en hospitalisation complète et de jour pour adultes et enfants (de moins et de plus de 6 ans, adolescents) avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, avec prise en charge des patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel 1 implantation en hospitalisation complète et de jour, spécialisée dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives 1 implantation en hospitalisation de jour pour la prise en charge des troubles musculo-squelettiques 1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux
Francois	1 implantation en hospitalisation de jour spécialisée dans la prise en charge des affections cardio-vasculaires et respiratoires
Gray	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Ornans	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Quingey	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux
Morteau	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Mouthe	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Pontarlier	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance
Nozeroy	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec suppression à l'ouverture du nouvel établissement
Arbois	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Dole	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, avec prise en charge des patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel
Bletterans	1 implantation en hospitalisation complète et de jour spécialisée dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives
Champagnole	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
La Grange sur le Mont	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections cardio-vasculaires et respiratoires

Lons-le-Saunier	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance
Morez	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Orgelet	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Poligny	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Saint-Claude	1 implantation en hospitalisation complète et de jour
Salins-les-Bains	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance et de patients en état végétatif chronique ou pauci-relationnel 1 implantation en hospitalisation complète et de jour spécialisée dans la prise en charge des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien (limitée à l'obésité) prenant en charge à titre exclusif des enfants de moins et de plus de 6 ans et des adolescents
Lure-Luxeuil-les-Bains	2 implantations en hospitalisation complète et de jour, dont 1 implantation avec prise en charge des affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance et une implantation avec prise en charge des affections du système nerveux dans le cadre d'une convention de partenariat avec l'autre implantation du département pouvant réaliser la prise en charge des affections du système nerveux
Navenne	1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux dans le cadre d'une convention de partenariat avec l'autre implantation du département pouvant réaliser la prise en charge des affections du système nerveux

8. Indicateurs de suivi

8.1. Nationaux

- Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour AVC.
- Part des séjours inférieurs à 3 mois.
- Nombre de conventions de coopération signées avec les établissements et services médico-sociaux (établissement d'hébergement, SSIAD).
- Respect des enveloppes SSR.

8.2. Régionaux

- Part des séjours en SSR dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour TC grave.
- Nombre de ré-hospitalisations avec même motif, suite à une hospitalisation en SSR.
- Activité en venues / activité en journées.
- Niveau des tarifs régionaux moyens.
- Indicateur de qualité des prises en charge construit dans le cadre de l'exploitation des données MAT2A

Fiche SROS - PRS

Unités de soins de longue durée (USLD)

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet.
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Nutrition, Personnes âgées.
SROMS	Personnes âgées.

1. Contexte

1.1. Contexte réglementaire

- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée
- Circulaire n°2006-212 du 15 mai 2006
- Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire n°2007-193 du 10 mai 2007, relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, modifiée, concernant les unités de soins de longue durée
- Plan solidarité grand âge 2007-2012
- Plan Alzheimer 2008-2012 : création d'Unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD et USLD

1.2. Définition

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Il n'est fait référence à aucun critère d'âge et le critère de perte d'autonomie n'est pas "en soi" déterminant.

Elles ont pour mission :

- d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels,
- de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,
- d'élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie,
- d'assurer l'accompagnement des familles et des proches.

L'implantation des USLD sur le territoire régional doit assurer un maillage leur permettant de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière gériatrique tout en respectant le souci de proximité afin que les familles et les proches puissent avoir accès à ces structures dans des délais de transport raisonnables.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

En Franche-Comté, la population âgée de 75 ans et plus est de 103 030 personnes en 2009 et s'élèvera en 2016 à 114 269 personnes, soit une augmentation de 10,9 % de cette population. 33 880 personnes âgées de 75 ans et plus sont hospitalisées chaque année en Franche-Comté (moyenne 2005-2007).

La Franche-Comté ne devrait pas faire exception au vieillissement de la population attendu dans tout le pays et conséquence de l'arrivée aux grands âges des générations nées pendant les "Trente Glorieuses". La part des 60 ans et plus progresserait de 6,2 points au cours de la période 2005-2020 pour atteindre 27,2 % dans la région, tandis qu'au niveau national, la part des personnes de 60 ans et plus progresserait moins rapidement (+5,4 points).

Evolution de la population estimée par le scénario central du modèle Omphale jusqu'en 2030

		Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort	Région	France
Population	1999	499 100	250 900	229 700	137 400	1 117 000	58 496 613
	2005	513 500	255 500	234 400	139 800	1 143 000	60 702 284
	2020*	538 700	259 800	240 800	143 400	1 183 000	64 983 913
	2030*	544 500	259 500	240 600	144 000	1 189 000	67 204 319
Evolution 2005-2020		4,9 %	1,7 %	2,7 %	2,6 %	3,5 %	7,1 %
Part des 60 ans et plus en 2005		19,6	23,6	22,3	19,3	21,0	20,8
Part des 60 ans et plus en 2020		25,6	29,8	29,4	24,9	27,2	26,2
(Evolution de la part des +60 ans)		6,0	6,2	7,1	5,6	6,2	5,4

Source: INSEE

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Bilan du SROS 3

Le volet "prise en charge des personnes âgées" du SROS III évoquait les soins de longue durée comme une composante de la filière gériatrique. A la suite de la parution de la circulaire du 15 mai 2006 précisant les modalités de mise en œuvre de la réforme des USLD, un volet "soins de longue durée" a été ajouté au SROS en 2008 (version consolidée du 28 septembre 2009).

Des coupes transversales ont été réalisées en 2006 dans les 22 USLD de Franche-Comté ayant un statut juridique sanitaire au moment de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale 2006. Pour compléter les données, une enquête a eu lieu en 2007 dans les ex-USLD ayant été converties en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec la mise en œuvre de la réforme de la tarification.

Au final, la mise en œuvre de la répartition des capacités d'accueil entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social a entraîné une transformation de 622 lits d'USLD en places d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi qu'un transfert des crédits correspondant de la "dotation annuelle de fonctionnement USLD" vers l'enveloppe de crédits CNSA, entre 2008 et 2009. Cette démarche devait être sans effet sur la situation individuelle des résidents ou les modalités de leur prise en charge.

Un seuil de 30 lits minimum pour une USLD a été imposé par circulaire ministérielle mais l'hôpital de Baume-les-Dames a bénéficié d'une dérogation et dispose d'une unité de 20 lits.

En raison de l'évolution démographique prévue de la population âgée de 75 ans et plus à horizon 2011, deux hypothèses concernant les capacités en lits de soins de longue durée avaient été émises :

- hypothèse basse à 637 places,
- hypothèse haute à 1006 places.

Après la réalisation des coupes PATHOS à partir de 2008, l'arbitrage rendu par le niveau ministériel a retenu 587 places.

Capacités installées en USLD actuellement (source DOSA)

	Etablissement	Capacité au 31 décembre 2008	Capacité au 1^{er} janvier 2011
Doubs	CSLD Avanne	160	91
	HL Baume les dames	20	20
	CSLD Bellevaux	130	60
	CSLD Quingey	41	30
	CH Pontarlier	120	30
	Hôpital-Morteau	64	30
	Hôpital-Mouthe	5	0
Jura	CH Dole	60	32
	CH Champagnole	30	30
	CH Lons	80	51
	Hôpital-Nozeroy	23	0
	CH St Claude	66	30
Haute-Saône	AHFC- St REMY	80	30
T. de Belfort	CH Belfort-Montbéliard		
	Maison Joly	80	30
	CSLD le Chenois Bavillers	250	123
Franche-Comté		1209	587

2.2.2. Etat de mise en œuvre de la réforme des USLD

2.2.2.1. Répartition des USLD dans la région

La majorité des USLD est adossée à un établissement de court séjour.

On constate une répartition inégale par bassin de population. Par exemple, le sud Jura compte 111 lits d'USLD pour 150 000 habitants et le nord Jura 32 lits pour 100 000 habitants.

Il n'y a pas d'USLD "généraliste" en Haute-Saône, la seule USLD d'une capacité de 30 lits relève du CHS de Saint Rémy.

2.2.2.2. Installation et organisation des USLD

L'organisation des unités de soins de longue durée issue de la réforme est nouvelle. La mise en œuvre effective date, pour la plupart des structures, de 2009 et 2010.

Pour tous les établissements comportant à la fois EHPAD et USLD, la partition USLD/EHPAD pose ou a posé des problèmes d'identification des lits. Les structures ne sont pas forcément adaptées à la distinction géographique des résidents, notamment du fait de contraintes architecturales.

Exemples :

- Pontarlier : bâtiment prévu pour 42 lits mais unité de 30 lits d'USLD.
- Quingey : Etage prévu pour 25 lits mais unité de 30 lits d'USLD
- Lons : EHPAD et USLD sur 2 sites et un des deux sites sur deux étages. Il est donc difficile de différencier précisément l'USLD de l'EHPAD.

La partition "géographique" n'est donc pas une réalité pour toutes les structures.

Au sein d'un même bâtiment, l'organisation des services est différente, par exemple, présence d'une IDE de nuit en USLD et pas en EHPAD.

Les prochaines coupes PATHOS en USLD étant prévues en 2011, il est difficile actuellement d'évaluer avec précision l'adéquation de la répartition entre EHPAD et USLD.

2.2.2.3. Place des soins de longue durée dans la filière de soins

- Les modes d'entrées
- Les USLD remplissent un rôle d'aval au sein de la filière gériatrique.

D'après les données recueillies auprès des établissements de la région, les patients sont adressés en premier lieu (42 %) par des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) puis par des établissements médico-sociaux 37% (EHPAD). Quelques-uns viennent d'un hôpital (12%) et quelques entrées se font à partir du domicile (9%).

- Le public accueilli

La moyenne d'âge des patients accueillis dans les USLD de Franche-Comté est de 83 ans. Le nombre de personnes de moins de 60 ans est peu significatif (une dizaine de personnes). La durée moyenne de séjour est comprise entre 6 mois et 3 ans (moyenne nationale : 18 mois).

Les personnes accueillies dans ces structures présentent des pathologies lourdes d'origines diverses : pathologies neuro-dégénératives (Sclérose en plaques, Parkinson,...), pathologies cardio-respiratoires, cancer ...

Les patients cérébrolésés (AVC, TC) sont peu représentés. Ils sont majoritairement pris en charge en EHPAD ou orientés pour les plus jeunes dans des établissements médico-sociaux spécialisés. Les pathologies géro-psycho-geriatriques sont de plus en plus fréquentes. Les USLD sont confrontées aux difficultés de prise en charge de patients souffrant de troubles du comportement, notamment les déments "déambulants".

- Les modes de sorties

Compte tenu de l'état et de l'âge des patients les décès sont nombreux.

Si une amélioration suffisante de l'état de santé du patient se produit, il peut être dirigé vers un établissement médico-social (EHPAD) ou plus exceptionnellement à domicile, avec pour la famille toutes les difficultés inhérentes au retour du malade.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Les points forts

La nécessité des USLD est reconnue par les professionnels de santé. Ils permettent une prise en charge médicale de qualité pour les personnes âgées atteintes de pathologies lourdes.

Les USLD adossées à un établissement de court séjour travaillent en collaboration avec les autres services et peuvent développer des actions de coordination.

2.3.2. Les axes de consolidation ou d'amélioration

- Favoriser la mise en place d'unités dédiées (UHR) pour les personnes atteintes d'Alzheimer.
- Formaliser des coopérations avec la géro-psycho-geriatrie.
- Améliorer l'information et la coordination avec les SSR.
- Développer les actions de soutien et de formation du personnel.
- Développement des activités d'animation pour les patients.

3. Orientations stratégiques

3.1. Améliorer l'accès aux soins

3.1.1. Evaluer les besoins en lits d'USLD

Afin d'estimer les besoins en places de soins de longue durée, 2 types d'enquêtes ont été menées :

- un travail a été réalisé sur les coupes PATHOS effectuées dans les EHPAD en 2009 et 2010. 78 établissements ont été validés dans le Doubs, le Jura et le Territoire de Belfort et 5 957 résidents concernés. Les résultats bruts ont fait apparaître un GMP (GIR moyen pondéré) moyen de 719 et un PMP (PATHOS moyen pondéré) moyen de 174 avec 11,16% de SMTI (personnes requérant des

soins médico-techniques importants). Il est généralement admis qu'en EHPAD, il puisse y avoir en moyenne de 8 à 10 % de SMTI.

Le même travail a été effectué sur 23 EHPAD validés sur la même période en Haute-Saône, où la seule USLD relève du CHS, ceci afin de déterminer si des patients nécessitant des soins importants étaient contraints de rester en EHPAD faute de places en USLD. Le résultat brut a fait apparaître un GMP de 736 et un PMP de 165 avec 8,84% de SMTI.

Les résultats montrent un pourcentage de SMTI légèrement supérieur à la moyenne nationale et ne mettent pas en évidence une inadéquation importante dans la répartition entre EHPAD et USLD.

Pour l'ensemble de ces établissements, le PMP moyen de 174 est conforme au PMP national pour 2010 estimé à 180.

- Un autre travail a été mené sur les malades des établissements de SSR en attente de sortie. L'exploitation des bases PMSI ne permet pas de savoir si les sorties attendues doivent se faire vers un EHPAD ou une USLD. Les établissements ayant des durées moyennes de séjour supérieures à 40 jours ont été interrogés. Les besoins exprimés ont été essentiellement des besoins de placement en EHPAD mais peu en USLD.

3.1.2. Adapter les prises en charge

- Favoriser la mise en place d'unités dédiées (UHR) pour la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer. Les USLD sont de plus en plus confrontées aux difficultés de prise en charge de patients souffrant de troubles du comportement, notamment les déments "déambulants".
- Formaliser et développer des coopérations avec la gériatrie par le biais de conventions, d'échanges, de formations communes...
- Renforcer les coordinations et coopérations avec les équipes de soins palliatifs.
- Développer les actions de soutien et de formation du personnel en USLD pour permettre des prises en charges de qualité. Le travail dans un service de soins de longue durée est difficile. Les pathologies prises en charge sont souvent lourdes (soins palliatifs, accompagnement de fin de vie), générant stress et souffrance chez les soignants.

3.2. Améliorer l'efficacité

- Poursuivre la mise en œuvre de la partition des USLD avec identification de lits physiquement et fonctionnellement regroupés.
- Améliorer l'information des SSR sur la spécificité des soins de longue durée et formaliser des coordinations entre les deux types de structures afin de bien définir le projet de soins de la personne.
- Travailler sur les sorties des USLD vers les EHPAD (convention) et le domicile (rapprochement avec les services d'accompagnement à domicile, travail avec les familles...)

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Maintenir les implantations et le nombre de places actuelles.

5. Modalités/actions spécifiques de coordination

Développer les actions de prévention et de dépistage (dénutrition, escarres, dépression, démence,...).

6. Objectifs quantifiés en implantations

Avanne-Aveney	1 implantation
Baume les Dames	1 implantation
Bavilliers	1 implantation
Besançon	1 implantation
Champagnole	1 implantation
Dole	1 implantation
Lons le Saunier	1 implantation
Montbéliard	1 implantation
Morteau	1 implantation
Pontarlier	1 implantation
Quingey	1 implantation
Saint-Claude	1 implantation
Saint-Rémy	1 implantation

7. Indicateurs de suivi

- Résultats des coupes PATHOS effectuées dans les USLD en 2011.



Fiche SROS - PRS

Cancérologie

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 2 Objectif 2.1	Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière, de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Addictions, Cancer, Maladies infectieuses dont maladies à prévention vaccinale, Nutrition, Santé-environnement, Santé au travail, Personnes en situation de précarité/vulnérabilité
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte

1.1. Contexte politique : plan Cancer 2009-2013

Il s'agit du deuxième plan cancer, plan de mobilisation nationale contre le cancer.

Le plan cancer 2009-2013 est la déclinaison opérationnelle du rapport remis au Président de la république par le professeur Grunfeld en février 2009 "recommandations pour le plan cancer 2009-2013".

Le Plan Cancer est décliné selon 5 axes (recherche, observation, prévention-dépistage, soins, vivre pendant et après le cancer), 30 mesures et 118 actions et comprend 3 thèmes transversaux :

- mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité de l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer,
- stimuler l'analyse de la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie,
- renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre, notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Le SROS-PRS cancérologie recouvre les axes soins, recherche et vivre pendant et après le cancer.

1.2. Contexte réglementaire spécifique

- Circulaire DHOS/SDO/O1 n°2002-299 du 3.05.2002 relative à l'organisation des soins en cancérologie : actualisation pour la radiothérapie du volet cancérologie du SROS.
- Circulaire n°DHOS/O/2004/161 du 29.03.2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.
- Circulaire n°DHOS/CDO/2005/1007 du 22.02.2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
- Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement de cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
- Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
- Circulaire DHOS/E4 n°2007-230 du 11 juin 2007 relative à la sécurisation de la pratique de la radiothérapie oncologique.
- Circulaire n°DHOS/CNAMTS/Inca/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.
- Circulaire N°DHOS/O/Inca/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer.
- Critères d'agrément définis par l'INCA pour la pratique de la chirurgie des cancers, la pratique de la radiothérapie externe et la pratique de la chimiothérapie.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques (source Registre des tumeurs et ORS 2008)

Ces données sont développées dans la fiche SRP – Cancer, à laquelle il convient de se référer.

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Bilan du SROS III

Les orientations stratégiques ont été déclinées à partir des mesures du Plan Cancer et des circulaires selon 4 grands principes :

- faire évoluer de façon très volontariste l'organisation des soins autour des patients,
- rendre le système transparent,
- coordonner les structures de soins,
- donner accès de façon égale à l'information, aux innovations thérapeutiques et à une prise en charge globale et personnalisée.

Pôle régional de cancérologie (mesure 30 du Plan Cancer)

L'Institut Fédératif Régional du Cancer constitue le pôle régional de cancérologie de Franche Comté.

Réseau Régional de Cancérologie de Franche-Comté "Oncolie" (mesures 29 et 34 du Plan Cancer)

Le réseau Oncolie créé en 1998 reposait sur une convention constitutive agréée par arrêté ARH n°24/2001 du 30 octobre 2001. Depuis le 4 juin 2009, Oncolie est devenu une association loi 1901 et, depuis le 1^{er} octobre 2010, il est reconnu comme réseau régional de Cancérologie de Franche-Comté avec des objectifs définis dans une convention tripartite signée entre Oncolie, l'INCa et l'ARS de Franche-Comté.

Les actions du Réseau sont les suivantes :

- appel à projet "délais de prise en charge de 4 cancers: poumon, sein, prostate, colon-rectum" (8 régions retenues dont la Franche-Comté),
- mise en place du Dossier Communicant en Cancérologie public/privé (DCC), un outil construit en regard du cahier des charges de l'INCa en 2006, implantation de fiches RCP spécifiques, accompagnement systématique par le Réseau Oncolie de l'ensemble des professionnels utilisateurs, formation au logiciel des équipes médicales et des secrétaires.
- mise en place de groupes de travail :
 - Groupe de travail psycho-oncologie :
Objectifs : utiliser toutes les ressources disponibles (Psychologues libéraux, psychologues hospitaliers, psychologues issus de l'HAD) pour répondre équitablement à un besoin régional, assurer une cohérence de soins et proposer un suivi hors établissement et ce dans le cadre d'une charte garante de la qualité. Ainsi, le réseau permettra aux patients atteints de cancer de bénéficier de 5 consultations gratuites auprès d'un psychologue libéral sous certaines conditions.
 - Groupe de travail dispositif d'annonce :
Objectifs : aider les équipes à mettre en place le dispositif d'annonce dans tous les services accueillant des patients atteints de cancer, harmoniser les pratiques dans la région, utiliser des outils communs, faciliter les échanges d'informations entre les différents services et favoriser les liens avec les médecins libéraux.
 - Groupe onco-social :
Objectifs : réunir tous les acteurs sociaux susceptibles de prendre en charge des malades atteints de cancer en Franche-Comté, travail concerté, multidisciplinaire, pluri-institutionnel et régional, créer une filière d'accompagnement social lisible, coordonnée, équitable et accessible, établir un "annuaire" régional, permettre une continuité des soins et créer des liens pertinents entre les acteurs hospitaliers et extrahospitaliers (transversalité) et ce dans le cadre d'une charte garante de la qualité.

Centres de Coordination en Cancérologie 3 C (mesures 32 et 42 du Plan Cancer)

Cellules qualité opérationnelles avec véritable partenariat 3C/Oncolie et 3C/IRFC, 5 centres de coordination en cancérologie existent en Franche-Comté : 3C de Belfort Montbéliard, 3C de Besançon Gray et Pontarlier, 3C de Dole, 3C de Lons le Saunier et 3C de Vesoul.



Réunions de Concertation Pluridisciplinaire RCP (mesure 31 du Plan Cancer)

- Les RCP sont régionalisées et associent public et privé.

La démographie des professionnels en cancérologie, faible dans notre région, nécessite le développement des techniques de l'information et de la communication afin de permettre la télémedecine avec transfert de l'imagerie médicale, ceci dans un souci d'économie d'un temps médical précieux.

- Organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire RCP

Nom de la RCP	Périodicité de la RCP	Etablissements dont les personnels participent à la RCP	Siège de la RCP
RCP Digestive Sud Franche Comté	Tous les mardis	CHU- CHI de Haute Saône- CH de Pontarlier - CH Lons – Clinique St Vincent- Polyclinique de Franche Comté	CHU
RCP Cancérologie Pneumologique	Tous les mercredis	CHU - CHI de Haute-Saône - CH de Pontarlier – CH de Dole – Cabinet privé	CHU
RCP Sarcomes	2 vendredis par mois	CHU	CHU
RCP Pathologies thyroïdiennes malignes	Toutes les 6 semaines	CHU- PFC- CHI de Haute Saône- cabinets privés	CHU
RCP Urologie	Tous les jeudis	CHU - CH de Pontarlier -CH Lons- Polyclinique de Franche-Comté - Clinique St Vincent CHI de Haute Saône	CHU
RCP Sénologie - Gynécologie	Tous les lundis	CHU - Polyclinique de Franche-Comté - Clinique St Vincent CHI de Haute Saône	CHU
RCP Hématologie lymphome-myélocome	Tous les mardis	CHU	CHU
RCP Hématologie maladies myéloïdes-greffes de moelle	Tous les lundis	CHU Dijon et Besançon - EFS	CHU
RCP Hématologie pédiatrique	Une fois par mois	CHU	CHU
RCP ORL	Tous les mardis	CHU- Cabinets privés	CHU
RCP Hépatologie	Tous les jeudis	CHU - cabinets privés	CHU
RCP Oncologie stade avancé	Tous les vendredis	CHU	CHU
RCP Neuro oncologie (tumeurs cérébrales)	Mensuelle	CHU	CHU
RCP Tumeurs dermatologiques	Tous les lundis	CHU	CHU
Cancérologie digestive		télémedecine avec RCP digestive sud Franche comté	CH Lons
RCP sénologie-gynécologie	Tous les mercredis	CHU-CH Lons	CH Lons
RCP Cancérologie Pneumologique	Tous les Vendredis	CHU - CHBM - Cabinets privés- CHI Haute Saône	CHBM
RCP Digestives Nord Franche- Comté	Tous les jeudis	CHBM - CHU - Cabinets privés	CHBM
RCP ORL	Tous les mercredis	CHBM- Cabinets privés	CHBM
RCP sénologie	Tous les mardis	CHBM- Cabinets privés-clinique de Montbéliard-CHU	CHBM
RCP urologie et gynécologie	Toutes les 3 semaines	CHBM- Clinique de Montbéliard-cabinets privés-clinique de la Miotte	CHBM
RCP généraliste Dole	Tous les 15 jours	CH Dole - Clinique du Parc – CLCC Dijon ou Centre d'Oncologie et de Radiothérapie du Parc à Dijon	CH Dole ou Clinique du Parc

Dispositif d'annonce (mesure 40 du Plan Cancer)

La mise en place des consultations d'annonce sera vérifiée lors des visites de conformité.

Hématologie

Une convention de coopération conclue en 2010 entre le CHU de Besançon et le CHU de Dijon en matière de greffes porte notamment sur l'allogreffe de cellules sous la responsabilité du service d'hématologie du CHU de Besançon. Un staff commun des services d'hématologie de Dijon et Besançon existe pour l'examen des dossiers de greffe.

Le CHU de Besançon tant pour l'activité allogénique adulte qu'enfant, couvre la région Franche-Comté et la région Bourgogne. Le taux d'accès à l'allogreffe pour les patients de ces deux régions est supérieur ou égal à la moyenne nationale.

Il existe des protocoles communs de prise en charge des patients pour les greffes de cellules. Dans le cadre du système qualité JACIE (système d'assurance qualité incluant des revues d'indicateurs et des revues de non conformités), l'ensemble de l'activité a fait l'objet d'une formalisation. L'activité de greffe des cellules a obtenu en 2008 l'accréditation européenne JACIE en ce qui concerne les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles.

Depuis 2008, une visioconférence est en place avec le CHU de Dijon permettant l'organisation de RCP de greffes 2 à 3 fois par mois (indications et programmations).

Radiothérapie (mesure 45 du Plan Cancer)

La qualité et la sécurité des activités de radiothérapie constituent l'un des axes majeurs du deuxième plan cancer (mesure 22) ainsi que le renfort des moyens humains dans les centres de radiothérapie (mesure 22-2).

Une mission d'experts désignée par l'INCA a réalisé une étude en mars 2010 relative aux conditions d'organisation de la radiothérapie dans la région. Compte tenu des conclusions de l'audit, l'ARS de Franche-Comté a demandé expressément aux deux établissements de "regrouper les 2 services de radiothérapie sous la responsabilité unique d'un seul chef de service hospitalo-universitaire" tout en maintenant les deux implantations.

Cartographie franc-comtoise des autorisations de soins en radiothérapie
Délibération ARH du 20 octobre 2009

	RADIOTHERAPIE		
	Externe	curiethérapie	Sources non scellées
CHU	oui	oui	oui
CHBM	oui	non	non

Chimiothérapie

Des unités centralisées de reconstitution des cytostatiques sont opérationnelles sur tous les sites pratiquant les chimiothérapies. Les chimiothérapies sont pratiquées dans un lieu unique au CHI de la Haute-Saône, au CHBM, au CH de Lons le Saunier et au CH de Dole ; au CHU, dans l'attente de l'ouverture du nouveau bâtiment prévu pour réaliser, entre autres, l'ensemble des traitements médicaux anti-cancéreux, ceux-ci sont encore réalisés en pneumologie, dermatologie, gastroentérologie, hématologie et oncopédiatrie.

Le taux de couverture de "Bonnes Pratiques de Chimiothérapie" (BPC), système d'information utilisé au quotidien et "au lit du patient", est aujourd'hui de 100% (public et privé).

Certaines fonctionnalités du SI, liées à son caractère multicentrique, soutiennent l'organisation sanitaire régionale : chimiothérapie de proximité, prescripteurs multisites, sous-traitance de préparation des chimiothérapies.

Enfin, les évolutions successives du SI pilotées par le réseau régional et l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) permettent d'appliquer régionalement et efficacement les différents dispositifs nationaux : Plan Cancer, Contrat de Bon Usage, Tarification à l'Activité...

Cartographie franc comtoise des autorisations de soins en chimiothérapie
Délibération ARH du 20 octobre 2009

Etablissement	CHIMIOThERAPIE
CHU	Oui (adulte – enfant - hématologie)
Polyclinique de F. Comté	Non = site associé
Clinique St Vincent	Non (adulte) fermeture au 01/07/2010
CHBM	Oui (adulte)
CH Pontarlier	Oui (adulte pneumo, site associé pour les autres pathologies)
CH Lons le Saunier	Oui (adulte pneumo et digestif, site associé pour les autres pathologies)
CH Dole	Non = site associé
CHI de la Haute-Saône	Oui (adulte pneumo et digestif, site associé pour les autres pathologies)

Chirurgie carcinologique

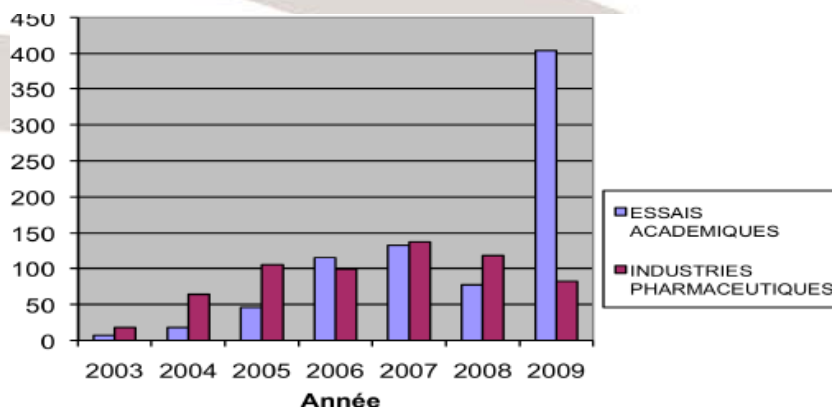
Pour certaines activités, il existe un seuil d'activité minimale annuelle (chirurgie mammaire : 30 ; digestive : 30 ; urologique : 30 ; gynécologique : 20 ; thoracique : 30 ; ORL, cervico-faciale et maxillo-faciale : 20).

Cartographie franc comtoise des autorisations de soins en chirurgie du cancer
Délibération ARH du 20 octobre 2009

Etablissement	CHIRURGIE					
	sein	urologie	gynécologie	digestif	ORL	thorax
CHU	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Polyclinique de F. Comté	oui	oui	oui	oui		
Clinique St Vincent	oui	oui		oui	oui	
CHBM	oui	oui	oui	oui	oui	
Clinique de la Miotte		oui		oui	oui	
Clinique de Montbéliard	oui		oui			
CH Pontarlier		oui		oui		
CH Lons le Saunier	oui	oui	oui	oui		
CH Dole	oui			oui		
Polyclinique du Parc		oui				
CHI de la Haute-Saône	oui	oui		oui		

Recherche-tumoro-thèque

La tumoro-thèque régionale est labellisée par l'INCa.
Il est noté la très nette augmentation des essais en 2009 pour la recherche.



2.2.2. Données d'activité 2010 (Source PMSI base production 2010)

Chirurgie des cancers : activité 2010 en fonction des seuils d'activité selon méthodologie Inca dans les établissements autorisés en chirurgie des cancers

Seuil minimum	30 digestif	30 sein	20 ORL	30 Thorax	30 Uro*	20 Gynéco**
CHU	319	289	140	151	106	81
CH Pontarlier	36				51	
CH Lons	57	82			19	31
CH Dole	57	24				
CHI HS	50	42			60	
CHBM	253	321	77		140	75
St Vincent	90	167	26		279	
PFC	95	161			98	47
Clinique de Montbéliard		38				13
Polyclinique du Parc					68	
La Miotte	12		15		42	

* les racines 11C05 et 12C04 ne sont pas comptabilisées

** la racine 13C11 n'est pas comptabilisée

Chimiothérapie : nombre de séances en 2010

	Pontarlier	Lons	Dole	CHI HS	CHBM	CHU	St Vincent	PFC
Autres	74	67	1	311	1425	3238	20	31
Digestif	264	797	365	1047	4751	3950	532	716
Gynécologie	8	195	38	66	1371	730	117	223
ORL maxillo faciale	11	51	1	8	2523	557	0	0
Sein	77	617	92	68	2015	3423	825	600
Thorax	249	146	274	901	1580	1591	97	1
Urologie	88	54	2	181	868	1096	329	236
Total	771	1 927	773	2 582	14 533	14 585	1 920	1 807

Chimiothérapie : file active 2010

	Pontarlier	Lons	Dole	CHI HS	CHBM	CHU	St Vincent	PFC
Autres	13	12	1	53	142	506	2	7
Digestif	37	81	40	99	375	459	77	89
Gynécologie	6	29	5	7	107	40	17	31
ORL maxillo faciale	5	3	1	4	101	41	0	0
Sein	10	77	12	6	266	460	120	92
Thorax	33	31	44	114	239	155	12	1
Urologie	10	9	1	22	123	90	51	30
Total	114	242	104	305	1 353	1 751	279	250

Radiothérapie : nombre de séances et file active 2010

	Nombre de séances		File active	
	CHBM	CHU	CHBM	CHU
Autres	669	3076	41	389
Digestif	1445	2376	70	107
Gynécologie	852	1022	37	55
ORL maxillo facial	2298	4044	85	153
Sein	8448	7989	313	393
Thorax	1675	1370	96	69
Urologie	8051	6349	273	255
Total	23 438	26 226	915	1 371

2.3. Points forts/Axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Les points forts

- Une organisation régionale illustrée par l'IRFC : la mise en place de l'Institut Fédératif du Cancer de Franche-Comté est une démarche collective, régionale, moteur d'une organisation pragmatique dans laquelle tous les intervenants doivent se retrouver et où les patients peuvent bénéficier d'un accès à des soins de qualité égale.
Concernant la démographie des professionnels de santé en cancérologie qui reste préoccupante, l'organisation régionale a permis, à partir de l'attractivité pour les praticiens du CHU, d'offrir le maintien des activités de cancérologie sur les différents sites impliqués dans l'IRFC. Ainsi, il existe de fait une équipe régionale d'oncologues qui intervient à partir du CHU sur plusieurs établissements et une équipe unique de radiothérapie intervenant sur les sites du CHU et du CHBM.
Aujourd'hui, nombre de praticiens exercent une activité multi-site, avec une double conséquence : un partage de moyens au service de toute la région et un partage de compétences qui améliorent les pratiques et font émerger des protocoles communs s'imposant à tous, au bénéfice de la qualité de la prise en charge.
L'IRFC est reconnu au niveau national avec une convention de partenariat privilégié avec l'INCa.
- Le réseau est opérationnel : reconnu d'intérêt général, il est le 7^{ème} réseau de cancérologie de France à avoir obtenu la reconnaissance de l'INCa (labellisation) en septembre 2010. Il existe une étroite synergie entre Oncologie et l'IRFC.
- Les RCP sont organisées ou en cours de finalisation avec leur informatisation, porte d'entrée du DCC, collaboration étroite entre le Réseau et les 3 C pour leur mise en place.
- Le DCC est en cours de déploiement dans tous les établissements.
- BPC, outil régional de prescription des chimiothérapies, est plus qu'un logiciel de prescription des chimiothérapies ; il constitue une garantie de qualité pour la région. Il intègre les référentiels de bonne pratique, assure l'application des protocoles thérapeutiques et la traçabilité des prescriptions. Il garantit le contrôle et l'optimisation des doses intensité prescrites et permet l'analyse des données en vue d'avancées constantes, au bénéfice du patient et des établissements de santé.
- La préparation des médicaments anticancéreux est centralisée dans tous les établissements concernés.

2.3.2. Les axes de consolidation et d'amélioration

Les axes de consolidation et d'amélioration concernent :

- la démographie médicale en oncologues et radiothérapeutes,
- la démographie des radiophysiciens,
- le développement d'une filière neuro-oncologie,
- le développement d'une filière oncogériatrique,
- le développement d'une plate forme régionale de biologie du cancer,
- la régionalisation de la recherche clinique,
- les procédures de chimiovigilance,
- l'amélioration du lien ville-hôpital.

3. Orientations stratégiques

Le Plan Stratégique Régional de Santé de Franche-Comté 2012-2016, à travers ses 2 enjeux transversaux et plus particulièrement de son objectif 2-1, vise à réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancer. En effet, la prise en charge des cancers constituera un axe important de la politique de l'ARS de Franche-Comté et de ses partenaires, notamment à travers le déploiement des activités de l'IRFC, l'amélioration de la qualité des soins et le développement d'une offre équitable quel que soit le lieu de prise en charge des patients.

Les orientations retenues et développées ci-après concernent :

- la régionalisation de la radiothérapie,
- la structuration de la chirurgie et des techniques innovantes,
- l'accès aux soins de support,
- la structuration de filières de prises en charge particulières : oncogériatrie, oncopédiatrie, hématologie, neurooncologie,
- le renforcement de la coordination ville-hôpital,
- la recherche,
- la prise en charge des conséquences des traitements anticancéreux sur la fertilité.

3.1. Consolider la régionalisation de la radiothérapie (Mesure n°22 du Plan Cancer)

3.1.1. Principes généraux de la nouvelle organisation

La stratégie régionale de prise en charge et d'organisation des soins est définie à partir du service de radiothérapie du CHU et avec le CHBM, l'activité de radiothérapie est pleinement intégrée au fonctionnement de l'IRFC. Les objectifs poursuivis sont visés dans le plan cancer 2009-2013 :

- assurer à tous les patients la qualité et la sécurité des pratiques,
- offrir des soins de qualité identique sur chacun des 2 sites Besançon et Montbéliard,
- soutenir les professionnels de la filière,
- accompagner l'évolution des pratiques et la structuration des centres de radiothérapie.

3.1.2. Organisation

- Création d'une structure unique de radiothérapie regroupant les deux services de radiothérapie publique de Franche-Comté en un service hospitalo-universitaire bi-sites sous la responsabilité d'un PU-PH.
- Equipe médicale et équipe de radio-physique uniques, dont les organisations respectives permettent d'assurer la permanence et la qualité des soins sur chaque site de telle sorte qu'ils offrent des soins de qualité identique, que les développements technologiques soient également répartis pour que les patients puissent être pris en charge dans les mêmes conditions de qualité et de sécurité.

Cette homogénéité de l'offre doit permettre une régulation des flux de patients entre les 2 sites. Toutefois, le maintien ou le développement de certaines pratiques propres à l'un d'entre eux prendra en compte cette spécificité (neurochirurgie, hématologie, tumeurs de l'enfant...).

- Curiethérapie organisée en unité régionale au CHU, site unique pour ce type de traitement.
- Plan unique pour les 2 sites rédigé conjointement par les médecins et les oncologues radiothérapeutes.

3.2. Mieux structurer la chirurgie et développer des techniques innovantes (Mesure n°21-3 du plan Cancer)

10 groupes de travail, constitués avec un ou plusieurs référents chirurgicaux (pathologies sarcomes et lésions dermatologiques, pathologies chirurgie de l'enfant, pathologies digestives, pathologies tête et cou, pathologies gynécologiques, pathologies thoraciques, pathologies neurochirurgicales, pathologies de l'œil, pathologies urologiques, pathologies endocriniennes) ont émis des propositions :

3.2.1. Critères qualitatifs

- Chirurgien :

Les critères INCa stipulent que les chirurgiens qui exercent cette activité de soins doivent être titulaires d'une qualification dans la spécialité où ils interviennent et justifier d'une activité cancérologique régulière dans ce domaine, quel que soit l'établissement dans lequel elle est réalisée.

Pour chaque spécialité chirurgicale, tous les chirurgiens doivent être titulaires du DESC de la spécialité ou d'un diplôme reconnu équivalent.

Concernant les jeunes chirurgiens en formation, l'obtention d'un DESC de cancérologie selon une filière adaptée à chaque spécialité de chirurgie sera encouragée au sein du CHU par la possibilité d'ouverture d'un ou de deux postes "hors filière" dans une spécialité validant la maquette.

Les chirurgiens s'engagent à participer à une réunion de morbi-mortalité dans leur structure.

- Structure :

- Plateau technique : radiologie interventionnelle et endoscopie interventionnelle spécifique à chaque discipline.

- Chirurgie ambulatoire : développement à prévoir pour certaines spécialités (chirurgie du sein, dermatologie et pose de chambre implantable). Une réflexion devra envisager d'étendre les indications de prise en charge ambulatoire pour chaque spécialité. Pour la mise en œuvre et le développement de la chirurgie ambulatoire, du personnel supplémentaire dédié serait nécessaire (anesthésistes, secrétaires, infirmières, aides-soignantes...), de même que des lits. Cette chirurgie ambulatoire ne peut s'envisager également qu'avec le développement des soins de support. La programmation et la disponibilité des blocs opératoires restent un problème puisque la chirurgie en hospitalisation classique demeure incontournable dans les années à venir pour la plupart des spécialités, notamment de recours.

- Anatomopathologie, examen extemporané et tumorothèque : collaboration avec les anatomopathologistes afin de mettre au point et généraliser une demande d'examen (liste des informations indispensables) et une réponse standardisée. L'accès à une analyse en extemporanée des pièces opératoires doit être possible pour toute chirurgie carcinologique réglée. Concernant la tumorothèque régionale s'organisant autour du réseau d'anatomopathologie, la conservation d'échantillons devra se développer de manière exhaustive au niveau régional dans un délai de 5 ans, spécialité par spécialité, organe par organe. De même, une réflexion sera engagée sur les délais d'obtention des résultats anatomopathologiques en tenant compte du degré d'urgence par organe.

- Accès à la visioconférence et à la télémédecine pour chaque structure.

- Logistique :

- Centre de recours : chaque établissement assurera la permanence des soins des patients pris en charge pour une pathologie cancéreuse. Le CHU doit jouer le rôle de centre de recours.

- Réseau : les patients pris en charge en Franche-Comté seront enregistrés dans le DCC système régional et la fiche patient sera accessible à l'ensemble des intervenants.

- Réunion de Concertation Pluridisciplinaire : la structuration discipline par discipline des RCP est acquise. Pour les années à venir, tout patient devra bénéficier d'une discussion pré et postopératoire. Le chirurgien (ou un membre de l'équipe) assiste à la discussion du cas clinique du patient. Une amélioration du fonctionnement des différentes RCP est à prévoir par exemple : plage horaire dédiée à la discussion des nouveaux cas et des cas "difficiles" avec présence obligatoire des chirurgiens et des différentes autres spécialités. Un compte rendu de chaque réunion sera adressé à chaque praticien intervenant dans la prise en charge du patient.
- Dispositif d'annonce et Programme Personnalisé de Soins (PPS) : dans le cadre du développement du PPS, il est souhaité, si nécessaire, la mise en place de consultations de post-annonce par un membre du personnel paramédical appartenant à l'équipe chirurgicale.
- Enseignement : une politique régionale de formation post-universitaire en chirurgie du cancer apparaît indispensable, avec nécessité de mettre en place, par spécialité, une ou plusieurs réunions annuelles régionales afin de coordonner les prises en charge et optimiser les filières :
 - développement de comptes rendus opératoires standardisés,
 - chirurgie ambulatoire ; nouvelles indications,
 - élaboration de protocoles de recherches,
 - discussion de dossiers "difficiles".
- Recherche :
 - Essais thérapeutiques : l'inclusion dans des essais thérapeutiques doit être encouragée. Le développement de protocoles "régionaux" est nécessaire.
 - Création de cohortes : l'avantage d'une organisation régionale de la prise en charge des pathologies cancéreuses doit amener à la constitution de cohortes de malades pour un suivi longitudinal et transversal. Une coordination entre les différentes disciplines s'occupant du cancer est indispensable. Des moyens doivent être dégagés pour la constitution de cohortes de patients : pour certains actes traceurs et certaines pathologies : cancer de vessie, cancer du rectum, cancer du pancréas, sarcomes et chirurgie de la personne âgée (âge > 80 ans)

3.2.2. Critères quantitatifs

Des seuils d'activité pour les activités de chirurgies carcinologiques majeures ont été fixés réglementairement. Une attention particulière sera portée sur le fait que le seuil d'actes chirurgicaux ne saurait être le seul critère d'évaluation. La prise en compte du nombre de traitements locaux et surveillance active doit aussi faire partie de l'évaluation des bonnes pratiques en chirurgie du cancer.

3.2.3. Structure régionale spécialisée dans la nutrition

Une réflexion est à mener en interrégion sur le besoin d'une structure (au niveau Grand Est) destinée à la prise en charge des problèmes nutritionnels après chirurgie lourde digestive et ORL s'appuyant sur une équipe experte avec nutritionniste et diététiciennes.

3.3. Consolider l'organisation régionale de l'accès aux soins de support pour tous et la coordination de l'ensemble des différents intervenants (Mesures n°19, 25-1, 25-2)

Les soins oncologiques de support (SOS) sont définis comme étant l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a. Les recommandations les concernant sont énoncées dans la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Ils ne constituent pas une nouvelle discipline mais une coordination de compétences au service du patient et des proches.

Il s'agit d'une démarche pluri-professionnelle de prise en charge globale du patient et ses proches. Elle nécessite une concertation entre tous les acteurs de soins concernés, une continuité des soins, une traçabilité et une lisibilité afin de permettre un parcours optimal, évaluable à l'aide d'indicateurs de qualité.

Cela sous-entend d'offrir à toutes les personnes malades (quel que soit leur âge) atteintes de cancer, d'hémopathie maligne ou d'autre maladie grave, l'accès à des compétences en soins de support adaptées à leurs besoins, quel que soit leur lieu de prise en charge, tout au long de leur maladie en lien avec le médecin traitant qui reste le médecin référent. Pour faciliter cet accès, l'organisation proposée repose sur la mise en place au sein des établissements disposant d'une activité cancérologique d'un "guichet unique". Ces guichets seront coordonnés entre eux puisque le patient, tout au long de son traitement, est appelé à se déplacer dans plusieurs établissements.

Les objectifs sont de :

- permettre une meilleure prise en charge globale des personnes malades et de leurs proches en partant d'une analyse précise et régulière de leurs besoins dans les différents domaines de compétences des SOS,
- respecter un principe de continuité des soins,
- optimiser les pratiques des professionnels de santé qui prennent en charge le patient en renforçant la transversalité et les pratiques collaboratrices.

Cette organisation assurera la facilitation des échanges et la continuité des soins. Son intérêt est de garder une proximité géographique avec des liens humains, professionnels tout en en assurant une qualité optimale de la prise en charge de la maladie quel que soit le stade. A terme, une réflexion relative à une coordination poly-thématique de soins au sein d'un réseau avec de multiples axes de compétence (cancer, diabétologie, neurologie, gériatrie...) pourra être menée.

3.4. Structurer les filières de prise en charge (Mesure n°23-4)

3.4.1. Oncogériatrie : mise en place d'une Unité de Coordination en Onco Gériatrie (UCOG)

En Franche-Comté, la file active des patients de 75 ans et plus (30% des prises en charge) est très importante avec une absence d'organisation particulière, peu de prise en compte de cette population en tant que telle dans les RCP et les essais.

Ces patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'une double évaluation oncologique et gériatrique et faire l'objet d'une réflexion spécifique avec un Programme Personnalisé de Soins particulier. Cela implique clairement tous les acteurs autour du patient qui pourront s'appuyer sur l'UCOG.

Chez le sujet âgé, l'équilibre est fragile entre les différentes pathologies éventuelles et il faut pouvoir détecter ces critères de fragilité et évaluer le degré de vulnérabilité. L'oncologue et son équipe évaluent et prennent en charge la maladie cancéreuse. Le gériatre et son équipe réalisent l'Evaluation Gériatrique Approfondie (E.G.A.). Cette collaboration devrait permettre de répondre à un certain nombre de questions essentielles :

- pour le cancérologue : quels patients traiter ou ne pas traiter, comment ne pas "traiter insuffisamment" des patients sous prétexte d'éviter d'éventuelles toxicités,
- pour le gériatre, quelle hiérarchie des problèmes rencontrés, quel programme personnalisé de soins mettre en œuvre pour optimiser les éventuelles chances de guérison et la qualité de vie.

L'UCOG de Franche-Comté mettra en cohérence les établissements épars aux ressources humaines hétérogènes, les médecins et les soignants aux modes d'exercice différents mais volontaires. Les objectifs à atteindre sont les suivants :

- accès des personnes âgées atteintes de cancers à des soins documentés,
- suivi du parcours de soins,
- suivi des comorbidités en hospitalisation et au domicile avec le médecin traitant,
- accès de la fiche d'évaluation gériatrique au DCC,
- PPS adapté,

- formation médicale,
- formation des soignants,
- ouverture vers la médecine de ville,
- collaboration avec le réseau régional de cancérologie "Oncolie",
- accès adapté aux RCP,
- RCP de recours oncogériatrique,
- programme de recherche.

3.4.2. Oncopédiatrie (Mesure n°23-5)

L'un des objectifs de la mesure 23 du plan cancer 2009-2013 est d'augmenter le taux de guérison des cancers de l'adolescent et du jeune adulte. L'étude des taux de guérison de ces cancers montre en effet que la France se situe un peu en dessous de certains pays Nord-européens. Le taux de survie à 5 ans des patients âgés de 15 à 24 ans en France est inférieur à la moyenne européenne.

Les conditions de traitement et d'accueil des enfants porteurs de cancer devront être améliorées (unité d'hospitalisation spécifique, hospitalisation à temps partiel). Les priorités pour les années à venir sont les suivantes :

- amélioration des résultats thérapeutiques et aide à l'insertion sociale chez les adolescents par identification d'une unité multidisciplinaire dévolue à la prise en charge des adolescents et jeunes adultes porteurs de tumeurs solides, de leucémies et de lymphomes,
- amélioration de la prise en charge des patients via le réseau régional d'oncologie pédiatrique par mise en place de consultations avancées,
- amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie par déploiement du réseau de soins palliatifs pédiatriques,
- développement d'alternatives à l'hospitalisation grâce à la poursuite et l'extension du partenariat étroit avec les associations (nouvelle Maison des Familles sur le site de Jean Minjoz),
- meilleure prise en charge à domicile des patients ayant reçu des chimiothérapies ou une greffe de moelle par recours à l'HAD,
- identification plus précoce du cancer chez l'enfant et l'adolescent via la formation continue des médecins de ville,
- développement des relations avec le CHU de Dijon dans l'optique de la création d'un centre pédiatrique inter régional Bourgogne-Franche-Comté de haut niveau (développement des phases I-II et de la recherche translationnelle) dans les 5 ans.

3.4.3. Hématologie

Objectifs:

- Maintenir et développer l'accès à la greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) allogéniques pour les patients Franc-comtois et bourguignons (60 allogreffes annuelles depuis 2 ans). Les indications potentielles sont de 70-80 patients adultes/an pour les 2 régions (objectif retenu au sein du SIOS).
- Maintenir l'accès aux traitements lourds (traitements des leucémies aiguës et autogreffes de CSH) pour tous les patients Francs-comtois.

Améliorer l'efficience :

- Favoriser la prise en charge de l'ensemble des hémopathies (malignes et non malignes) pour tous les patients Francs-comtois.
- Consolider les circuits biologiques et anatomopathologiques pour réduire les délais des relectures indispensables et permettre la réalisation des examens nécessaires quel que soit le lieu de prise en charge du patient.

Moyens :

- L'allogreffe de CSH ne peut-être réalisée qu'au CHU de Besançon (activité soumise à autorisation) pour la Bourgogne et la Franche-Comté. La capacité maximale d'accueil est atteinte dans la structuration actuelle et la poursuite de son développement ne peut se faire qu'au détriment des autres missions dévolues au CHU.

- L'autogreffe de CSH et le traitement des leucémies aigües relèvent en Franche-Comté du CHU et sont en concurrence avec l'activité d'allogreffe en termes de capacités d'accueil et de disponibilité de personnels soignants et médicaux compétents.

Pour maintenir au niveau régional ces activités, plusieurs pistes peuvent être explorées :

- une augmentation des capacités d'accueil au CHU pour les patients relevant de soins hématologiques lourds,
- une délocalisation de certaines activités moins lourdes au sein d'un réseau régional d'hématologie, avec un site privilégié (mais non exclusif) de prise en charge sur le site Belfort Montbéliard,
- une volonté de développer l'hématologie sur les sites de Vesoul et Lons le Saunier.

3.4.4. Neurooncologie

La neurooncologie est une spécialité complexe qui nécessite des compétences en neurologie, chirurgie, radiothérapie, oncologie, soins de supports spécifiques, imagerie et anatomopathologie. Il est nécessaire de développer une filière avec la structuration d'une collaboration interrégionale pour offrir les meilleures chances possibles aux patients. L'ensemble des acteurs sera coordonné à partir du CHU et l'organisation déclinée dans le cadre de l'IRFC. Elle nécessiterait l'acquisition d'expertises en neurooncologie et en oncologie médicale, ainsi qu'une prise en charge régionale coordonnée de la souffrance neurologique.

3.5. Renforcer la coordination Ville Hôpital (Mesures n° 18-2 et 18-3)

La complexité des parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination afin de mieux accompagner les malades pendant et après la phase aiguë de leur traitement et d'éviter une rupture dans le parcours de soins, particulièrement entre la ville et l'hôpital.

3.5.1. Médecin traitant et prise en charge globale de proximité du patient

L'amélioration du rôle du médecin traitant dans le cadre d'une prise en charge globale de proximité du patient sera facilitée par la mise en place des outils suivants :

- élaboration de fiches de toxicité pour chaque protocole de chimiothérapie et envoi au médecin traitant dès le 1er courrier et publication des fiches sur le site du réseau Oncolie,
- mise en place d'un numéro dédié dans les établissements autorisés afin de mieux gérer les urgences et les demandes d'exams (réalisation sur une journée), ceci dans une démarche d'optimisation des prises en charge,
- mise en place du PPS (avec calendrier) pour 100% des patients atteints de cancer,
- partenariat IRFC-Oncolie avec SOS médecins et les différentes associations de médecins.

Ces outils seront complétés par le développement de la formation :

- DU de cancérologie.
- formation médicale continue : nécessité de contact avec le réseau Oncolie et l'IRFC, chaque action réalisée par le réseau ou l'IRFC sera publiée sur le site régional www.fmc-franche-comte.org pour diffusion et/ou intervention.
- création d'un "espace généraliste" sur le site Oncolie/IRFC.

3.5.2. Pharmaciens de ville

Le rapport de l'INCa sur la situation de la chimiothérapie des cancers en 2010 préconise pour les thérapies orales la même approche d'évaluation des pratiques et de respect de bon usage que celle des molécules par voie injectable.

Bonnes Pratiques de la Chimiothérapie (BPC) est un système d'information régional assurant une informatisation totale du circuit du médicament en cancérologie. Son fonctionnement multicentrique repose sur un thésaurus thérapeutique unique et un suivi régionalisé de chaque patient.

Tous les acteurs concernés (médecins, pharmaciens, infirmières) indiquent leurs actes quotidiens dans un seul et même outil. L'émergence des thérapies ciblées par voie orale pose de nouvelles problématiques de prise en charge ambulatoire et représente un nouveau challenge en termes de sécurité, d'observance et d'enjeux financiers. Les pharmaciens officinaux font partie intégrante de cette démarche en partenariat avec le réseau régional de cancérologie ONCOLIE et l'Institut Régional Fédératif du Cancer.

Actuellement, ce système d'information s'attache à sécuriser l'accès aux thérapies par voie orale du cancer en construisant des liens ville-hôpital efficaces et à développer une approche globale de "chimiovigilance". Un portail "Officines" du progiciel est en cours de développement. Il permettra un suivi ambulatoire des patients et un échange d'informations entre la ville et l'hôpital.

Les outils de ce module sont multiples :

- dématérialisation avec un envoi sécurisé de l'ordonnance de l'anticancéreux oral directement à l'officine à partir de la prescription hospitalière,
- aide à la dispensation pour les officinaux grâce à un accès aux protocoles dans leur globalité,
- échanges d'informations avec un module de suivi thérapeutique qui offre la possibilité au pharmacien de suivre et d'évaluer la toxicité et l'observance du patient, et d'alerter le cas échéant le prescripteur,
- gestion de la chimiovigilance de proximité par envoi des déclarations au Centre Régional de Pharmacovigilance puis archivage par patient.

Le déploiement de cet outil s'accompagnera d'un plan d'information et de formation des professionnels avec le soutien du réseau ONCOLIE.

3.5.3. Education thérapeutique

La création d'une équipe d'éducation thérapeutique multidisciplinaire dédiée à la cancérologie est un axe à développer. Cette équipe serait formée de professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins du malade. Elle aurait pour objectif d'élaborer un programme d'éducation thérapeutique personnalisé destiné aux patients et à leur entourage afin qu'ils acquièrent les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie chronique (recommandations HAS juin 2007).

3.5.4. Psycho-oncologie

Toutes les ressources disponibles (psychologues libéraux, hospitaliers et issus de l'HAD) doivent être utilisées pour répondre équitablement à un besoin régional, assurer une cohérence de soins et proposer un suivi hors établissement et ce, selon une charte de qualité. Le réseau permettra aux patients atteints de cancer de bénéficier de 5 consultations gratuites auprès d'un psychologue libéral.

3.6. Développer la recherche

3.6.1. Recherche scientifique fondamentale

Le Cancéropôle Grand Est a reconnu pour la région la thématique de recherche en immunité et cancers. Les travaux actuellement réalisés ont abouti au prix d'excellence de l'INSERM en 2011 et reflètent la qualité de la recherche régionale (structuration au sein de la Faculté).

3.6.2. Recherche scientifique translationnelle

Le transfert des connaissances biologiques aux soins des patients est l'objectif de la recherche. Une structuration pour permettre ce transfert est nécessaire avec des acteurs bi appartenant qui possèdent à la fois l'expertise scientifique et soignante.

L'émergence des thérapeutiques ciblées impose le développement de plates - formes "biologie du cancer" en lien avec l'anatomopathologie et la pharmacologie pour garantir aux patients la pertinence de l'option thérapeutique.

3.6.3. Recherche clinique

L'existence d'un bénéfice de survie dans les services, où la recherche clinique est la norme, impose un seuil d'activité clinique.

Pour réaliser cet objectif sur l'ensemble de la région, l'organisation d'une structure de recherche clinique incluant TEC et ARC régionaux est souhaitée.

L'organisation de la Franche-Comté sur le modèle d'un centre unique permettra à l'ensemble des sites de bénéficier des thérapeutiques innovantes disponibles au CHU et imposera une gestion pharmaceutique régionale de la recherche clinique à partir du CHU dans le cadre de l'IRFC.

3.7. Prendre en charge les conséquences des traitements anticancéreux sur la fertilité (Mesure n° 21-3)

L'objectif national est de structurer les plateaux de cryobiologie. Les enjeux des prochaines années dans le domaine de la préservation de la fertilité et le suivi des patients après traitement anticancéreux peuvent être regroupés en quatre thèmes :

- les possibilités d'accès pour le patient aux moyens de cette préservation,
- l'organisation de plateformes médico-techniques adaptées aux besoins,
- l'organisation de la prise en charge et du suivi multidisciplinaire dans ce domaine des patients en pré et post-traitement,
- la recherche fondamentale, translationnelle et biomédicale.

La problématique de préservation de la fertilité concerne sur le plan technique l'autoconservation de gamètes et les conservations de tissus germinaux, ovariens et testiculaires.

La reconnaissance d'un plateau régional de cryobiologie dédié à la reproduction nécessite la mise à niveau du plateau du CHU pour la conservation à très long terme dans les meilleures conditions de qualité, sécurité, traçabilité et pérennité. A cet effet, cette reconnaissance passe par l'optimisation des équipements du plateau technique de cryobiologie : remplissage automatique des cuves en azote liquide, contrôles de niveaux et reports d'alarmes, mise en place de la conservation en phase gazeuse, informatique de gestion de banques et amélioration des locaux (salle à atmosphère contrôlée pour la préparation des échantillons).

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

La cancérologie en Franche-Comté est organisée régionalement sous l'égide de l'IRFC.

4.1. Conforter l'existant

4.1.1. Institut Régional Fédératif du Cancer de Franche-Comté

La cancérologie en Franche-Comté s'inscrit résolument dans une démarche régionale. Regroupés au sein de l'Institut Régional Fédératif du Cancer (IRFC), les établissements qui prennent en charge les traitements de chimiothérapie et radiothérapie partagent procédures, outils et protocoles. La mutualisation des compétences médicales tend à constituer des équipes uniques intervenant sur les différents sites régionaux et permettant de conjuguer proximité et qualité des soins.

Au-delà de l'aspect médical, une culture commune irrigue de plus en plus la diversité des intervenants. En lien étroit avec ONCOLIE, des groupes de travail associent en effet infirmières, assistantes sociales, psychologues, soins de supports, ...

La recherche est également abordée dans ce même esprit.

Par ailleurs, les collectivités territoriales et les organismes concernés (associations de malades, ordres, registre du cancer, structures de dépistage, ...) sont parties prenantes dans le cadre d'un conseil d'administration élargi de l'Institut. C'est ainsi une synergie à l'échelle de la région qui se met en place pour, "ensemble, lutter contre le cancer" avec l'objectif d'apporter à tous les Franc-Comtois, quels que soient leur lieu de vie, qualité et équité dans les prises en charge et accès à la recherche clinique.

En continuité avec le SROS III ayant prévu la mise en place de l'IRFC, le SROS-PRS réaffirme le rôle structurant de l'Institut. Il doit poursuivre ses missions d'organisation des soins de chimiothérapie et de radiothérapie et étudier les conditions de l'intégration progressive des autres spécialités de la prise en charge (anatomopathologie, chirurgie carcinologique, hématologie ...).

La très forte coopération entre l'IRFC et ONCOLIE a été gage d'efficacité et cette collaboration doit être la plus intégrée possible dans le respect des spécificités des missions de chacun des partenaires.

4.1.2. Dossier communiquant en cancérologie

Le dossier communiquant en cancérologie constitue l'outil métier régional des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et devra répondre aux objectifs suivants :

- déploiement et structuration dans tous les établissements autorisés,
- exhaustivité et qualité des données médicales permettant une discussion et une argumentation pertinente lors des RCP,
- intégration systématique des données anatomopathologiques.

4.1.3. Réunions de concertation pluridisciplinaires

La poursuite de l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires s'appuiera sur les principes suivants :

- structuration régionale des RCP public/privé,
- équipe régionale par thématique oncologique,
- présentation, enregistrement et/ou discussion en RCP pour la totalité des patients,
- respect des critères qualité de l'INCa (RCP post chirurgicale supplémentaire) pour certaines pathologies : cancer de l'ovaire, du rectum, de l'œsophage, du pancréas et du foie,
- RCP de recours en oncogériatrie.

4.1.4. Programme personnalisé de soins

Dans les 4 ans, 100% des patients auront un PPS, intégrant le volet psycho social. Il mentionnera le calendrier du projet thérapeutique global et du projet thérapeutique spécifique (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) en lien avec les équipes de prise en charge.

4.1.5. Dispositif d'annonce

100% des patients devront avoir accès à ce dispositif dans le cadre de l'organisation régionale et de la collaboration entre les différents acteurs et structures.

4.2. Développer les orientations régionales

4.2.1. Radiothérapie

Dans le cadre du regroupement des 2 services de radiothérapie du CHU et du CHBM sous la responsabilité d'un chef de service hospitalo-universitaire, chaque établissement reste titulaire de ses autorisations. Un projet médical commun sera élaboré et une politique commune d'investissement et d'équipements matériels sera mise en place.

Il sera procédé au recensement des besoins en effectifs et équipements pour la période 2011-2016. L'installation d'une "machine régionale" type Cyberknife nécessitera un 5^{ème} bunker sur le site de Besançon (2015-2016), ainsi qu'un 4^{ème} bunker (2014-2015) pour accueillir un 4^{ème} accélérateur sur le site de Montbéliard. Une mise à niveau des effectifs en radiothérapeutes, physiciens, dosimétristes et manipulateurs permettra d'approcher les conclusions de l'audit réalisé en 2009 par l'INCa.

Equipements			
Accélérateurs			
Situation actuelle		Situation future	
Site Besançon	Site Montbéliard	Site Besançon	Site Montbéliard
3	3	-1 en 4 ^{ème} machine -1 remplacement Clinac -1 type Cyberknife 2015-2016 (nécessité 5 ^{ème} bunker)	-2011-2012 remplacement saturne -1 en 4 ^{ème} machine 2014-2015 (nécessité 4 ^{ème} bunker)
Scanner simulateur : remplacement à envisager			
TPS (Treatment Planning System) : nombre à déterminer			
Curiethérapie : 1 appareil HDR en remplacement d'un des 3 PDR : 2015			

4.2.2. Oncologie médicale

Il est proposé le regroupement, sous la responsabilité d'un chef de service unique, des services d'oncologie médicale des établissements publics, notamment ceux du CHU, CHBM, CH de Lons le Saunier, CHI de la Haute-Saône. Chaque établissement reste titulaire de ses autorisations. Un projet médical commun sera établi. Les traitements médicaux seront réalisés sur un site unique dans chacun des établissements autorisés ou associés.

Les activités translationnelles de recherche et la clinique seront développées ainsi que la chimiovigilance régionale et le suivi et de l'éducation thérapeutique.

4.2.3. Chirurgie

Le CHU est le centre de recours régional pour toutes les spécialités chirurgicales.

La permanence des soins des patients pris en charge pour une pathologie cancéreuse sera assurée par chaque établissement autorisé. Des partenariats CHU/autres établissements seront développés, par exemple, l'intervention au CHI de la Haute-Saône de chirurgiens urologues du CHU et de la clinique St Martin.

Des chirurgiens référents seront désignés pour les pathologies rares et/ou les mises en œuvre thérapeutiques complexes et des consultations multidisciplinaires "très spécialisées" mises en place :

- chirurgie du sarcome,
- chimiothérapie intra péritonéale (CHIP),
- chirurgie testiculaire, une consultation spécialisée d'oncologie est organisée : numéros de téléphone à disposition des urologues et consultation auprès de l'un des oncologues référents programmée dans un délai de 8 jours maximum,
- ré intervention pour récurrences de cancers thyroïdiens dans un environnement adapté (repérage récurrentiel par électromyographie per opératoire),
- chirurgies multidisciplinaires simultanées (par exemple chirurgie carcinologique et reconstruction mammaire).

4.2.4. Oncogériatrie

La mise en place d'une UCOG en Franche-Comté concerne tous les établissements (pratique de travail en commun et mutualisation déjà existante), avec :

- structuration d'une spécificité gériatrique aux RCP,
- création d'une RCP de recours oncogériatrie,
- travail en synergie des spécialités médicales multiples et de la médecine libérale,
- volet de recherche clinique et fondamentale.

4.2.5. Hématologie

La structuration régionale des activités d'hématologie est indispensable, sa mise en place a débuté et doit être poursuivie en s'appuyant sur le travail du réseau Oncolie et en développant les collaborations avec les différents établissements de la région selon des modalités qui restent à préciser : centres associés (partenariat existant avec CH de Pontarlier et CHI de la Haute-Saône), postes partagés, structuration régionale plus avancée selon les modèles oncologique et radiothérapique (par exemple au CHBM).

4.2.6. Oncopédiatrie

Des consultations avancées sont à prévoir à Lons le Saunier et Belfort Montbéliard.

4.2.7. Soins oncologiques de support (SOS)

L'organisation des soins oncologiques de support comprend :

- l'identification des besoins lors le dispositif d'annonce (médecin ou IDE) et l'évaluation tout au long du parcours de soins,
- au sein de l'établissement siège des 3C, un guichet unique qui assure la coordination de l'ensemble des acteurs, des soins oncologiques de support, (SOS, oncologues, médecin traitant, etc...),
- une coordination régionale sous l'égide de l'IRFC et du réseau Oncolie avec utilisation des outils métier (DCC) et des filières de soins existantes (oncosocial, psycho onco...), cette coordination assurera le lien avec le lieu de vie du patient et la coordination inter-établissements.

4.2.8. Imagerie (mesure 21-4 du plan Cancer)

L'imagerie représente une activité importante pour guider la prise en charge des patients présentant un cancer. L'accès à une imagerie de qualité justifie la recherche d'une organisation spécifiquement dédiée au cancer dans l'ensemble de la région, par exemple, plages horaires, compétence spécifique des radiologues, avec le développement:

- de plate(s)-forme(s) d'imagerie interventionnelle dédiée aux biopsies diagnostiques, au suivi thérapeutique des cancers et aux soins spécifiques (radio fréquence, cimentoplastie, alcoolisation, chimio embolisation, ...),
- de l'imagerie fonctionnelle en cancérologie.

5. Modalités/actions spécifiques de coordination

5.1. Prévention

L'ensemble des acteurs du soin hospitalier et ambulatoire participeront aux objectifs de prévention suivants :

- poursuivre la lutte contre le tabac (Mesure n°10 du plan Cancer),
- promouvoir des actions de prévention sur les liens entre alimentation (risques nutritionnels, consommation d'alcool, ...), activité physique et cancer (Mesure n°11 du plan Cancer),
- renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement professionnel par l'amélioration du recensement des cancers d'origine professionnelle (Mesure n°12.1 du plan Cancer),
- renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV (notamment la protection des jeunes enfants) (Mesure n°12-5 du plan Cancer),
- prévenir les cancers d'origine infectieuse notamment par l'amélioration du taux de couverture vaccinale contre le HPS des jeunes filles de 14 ans (Mesure n°13.1 du plan Cancer)
- participer aux actions de dépistages organisés des cancers du sein et colorectal (Mesure n°14 du plan Cancer).

5.2. Coordination Ville/Hôpital

Afin d'améliorer la coordination ville – hôpital, les mesures suivantes sont prévues :

- mise en place d'un numéro dédié dans les établissements autorisés afin de mieux gérer les urgences et les demandes d'examens (réalisation sur une journée),
- accès sécurisé au DCC,
- ouverture de l'application "Officines" aux pharmaciens officinaux, premier lien entre la ville et l'hôpital.

6. Evolution de l'offre et projets de coopération

Compte tenu de la situation géographique du Sud Jura et de son éloignement par rapport à Besançon, il est prévu la création d'une implantation en chirurgie carcinologique ORL maxillo-faciale à Lons le Saunier. Elle est conditionnée à la mise en place d'une RCP commune avec le CHU en visioconférence, à des actions de formation des équipes lédoniennes et à une gradation des prises en charge.

7. Objectifs quantifiés en implantation

Répartition géographique de l'offre de soins gradués régionale par bassin hospitalier

	Région	Besançon	Pontarlier	Belfort Montbéliard Héricourt	Dole	Lons Champagnole St Claude	Haute Saône
Pôle de cancérologie	IRFC						
Réseau	Oncolie		3C	3C	3C	3C	3C
RCP	Coordination	X		X		X	
UCOG	X						
Guichet unique oncogériatrie		X	X	X	X	X	X
Radiothérapie	X	X		X			
Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X
Chirurgie	X	3	1	3	2	1	1
SOS	Coordination	guichet unique	guichet unique	guichet unique	guichet unique	guichet unique	guichet unique
Ville Hôpital	Coordination	N° dédié dans chaque établissement autorisé					
Hématologie	Coordination	X	Partenariat	X			partenariat
Oncopédiatrie	Coordination	X		Consultations avancées		Consultations avancées	

Chirurgie des cancers

Implantations	Nombre implantations					
	digestive	mammaire	urologique	gynécologique	ORL	thoracique
Besançon	3	3	3	2	2	1
Aire Urbaine	2	2	2	2	2	-
Pontarlier	1	-	1	-	-	-
Lons le Saunier	1	1	1	1	1	-
Dole	1	1	1	-	-	-
Vesoul	1	1	1	-	-	-

Autres activités soumises à autorisation

Implantations	Radiothérapie Curiethérapie	Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées	Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques
Besançon	1 implantation de radiothérapie 1 implantation de curiethérapie en débit pulsé PDR avec pour objectif du haut débit HDR	1 implantation	1 implantation de chimiothérapie 1 implantation en oncopédiatrie 1 implantation en hématologie
Aire Urbaine	1 implantation de radiothérapie	1 implantation	1 implantation de chimiothérapie
Pontarlier			1 implantation de chimiothérapie
Lons le Saunier			1 implantation de chimiothérapie
Dole			1 implantation de chimiothérapie
Vesoul			1 implantation de chimiothérapie

8. Indicateurs de suivi

8.1. Indicateurs nationaux

- Part des séjours de médecine en cancérologie en hospitalisation de jour.
- Part des patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements dits associés.

8.2. Indicateurs régionaux

- Part des patients traités pour cancer ayant bénéficié du dispositif d'annonce.
- Part des patients traités pour cancer ayant eu un PPS.
- Part des patients traités pour cancer vus en RCP.
- Nombre de patients inclus dans un essai thérapeutique.
- Nombre de réunions morbidité mortalité réalisées par les chirurgiens.
- Gestion des accidents et complications de la radiothérapie : oui/non.
- Gestion des accidents et complication de la chimiothérapie : oui/non.
- Délai diagnostic-passage en RCP.
- Délai passage en RCP-début de traitement.

Fiche SROS - PRS

Insuffisance rénale chronique

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 2 Objectif 2.6	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare.
Priorité 3 Objectif 3.1	Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Education thérapeutique du patient, Maladies chroniques.
SROMS	Personnes âgées.

1. Contexte

1.1. Définition

L'insuffisance rénale chronique est définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire (DFG). La mesure de la créatininémie sanguine est un bon indice de dépistage et de contrôle de la fonction rénale.

Il existe différents stades d'insuffisance rénale chronique en fonction de l'importance de la diminution de la filtration glomérulaire.

L'indication pour débiter un traitement de suppléance chez l'adulte est le passage au stade dit d'insuffisance rénale chronique terminale (DFG < 15 ml/min/1.73 m²).

1.2. Prise en charge

La prise en charge du patient dans le cadre de la suppléance peut être effectuée par deux méthodes qui se complètent ou alternent : l'épuration extra-rénale et la greffe rénale.

La greffe rénale qui consiste à remplacer le rein malade par un rein fonctionnel doit être évoquée rapidement car plus elle est réalisée tôt, meilleurs sont les résultats. Ce traitement représente la solution fonctionnelle idéale.

Pour l'épuration extra rénale, deux techniques sont actuellement utilisées :

- la dialyse du sang par voie intra corporelle ou dialyse péritonéale manuelle ou automatisée, elle est réalisée à domicile ou dans le lieu où le patient réside (EHAPD, USLD). Elle est pratiquée par le patient lui-même avec ou sans l'aide d'une tierce personne. Le liquide de dialyse, introduit dans l'abdomen par l'intermédiaire d'un cathéter 3 à 4 fois par jour, est retiré après un temps variable,
- la dialyse du sang par voie extra corporelle ou hémodialyse. Les échanges entre le sang à épurer et le liquide de dialyse s'effectuent au travers d'une membrane semi-perméable. Le plus souvent, une fistule artério-veineuse permet l'accès aux voies sanguines. Cette technique est, en général, trihebdomadaire.

Quelle que soit la méthode de dialyse retenue, elle doit correspondre aux besoins du patient. A cette fin, l'offre de prise en charge devra permettre de lui proposer la technique la plus en adéquation avec son état de santé, son handicap et ses possibilités réelles dans la vie quotidienne.

Les articles R. 6123-54 à R. 6123-67 du Code de la Santé Publique définissent les 4 modalités de prise en charge :

- hémodialyse en centre pour les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin. Ce centre doit être implanté au sein d'un établissement de santé disposant de lits d'hospitalisation complète en médecine ou éventuellement en chirurgie,
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) pour les patients dont l'état de santé nécessite une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en centre d'autodialyse,
- hémodialyse en unité d'autodialyse simple pour les patients formés à l'hémodialyse en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement ; hémodialyse en unité d'autodialyse assistée si l'assistance d'une infirmière est nécessaire pour certains gestes,
- dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale pour les patients pouvant assurer les gestes nécessaires à leur traitement avec l'aide éventuelle d'une personne de leur entourage.

Pour être autorisés, les établissements de santé doivent pratiquer au moins les trois modalités de prise en charge suivantes : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'hémodialyse et dialyse à domicile.

Néanmoins, par dérogation, les établissements ne disposant pas des trois modalités mentionnées ci-dessus peuvent conclure avec un ou plusieurs établissements de santé, ou avec une ou des structures disposant elles mêmes d'une ou de plusieurs de ces modalités, une convention de coopération.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

Les données concernant les patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont connues et précises, mais il n'en est pas de même pour les patients en amont, c'est-à-dire en insuffisance rénale chronique non terminale (IRC). Les études sont rares et on estime leur prévalence entre 1,7 et 2,5 millions de personnes en France.

Les données qui suivent sont issues du rapport annuel 2009 du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). Créé en 2002, le réseau épidémiologie et information en néphrologie est un système d'information d'intérêt commun aux malades et aux professionnels de santé ainsi qu'aux décideurs et institutions concernés. Son objectif général est de décrire l'incidence et la prévalence des traitements de suppléance de l'IRC, les caractéristiques de la population, la mortalité et les modalités de traitement. Il a aussi pour finalité de contribuer à l'élaboration et à l'évaluation de stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'IRC.

Il regroupe toutes les régions sauf la Franche-Comté qui en fera toutefois partie en 2011 et dont le premier rapport portera sur l'année 2010.

En 2009, sur 57 millions d'habitants (20 régions), 8 560 nouveaux malades ont débuté un premier traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique (IRC) avec un âge médian de 70,2 ans. L'incidence brute globale de l'insuffisance rénale terminale était de 150 par million d'habitants.

A l'initiation du traitement, plus d'un malade sur deux avait au moins une pathologie cardiovasculaire et 41% un diabète (diabète de type 2 dans 92 % des cas).

Au 31 décembre 2009, 33 558 malades étaient en dialyse (âge médian 70,5 ans), et 29 181 étaient porteurs d'un greffon rénal fonctionnel (âge médian 54,8 ans).

La prévalence brute a été estimée à 588 par million d'habitants pour la dialyse et à 510 pour les malades porteurs d'un greffon rénal, soit une prévalence brute globale de 1 098 par million d'habitants.

Dans la cohorte des 43 433 malades ayant débuté un traitement de suppléance entre 2002 et 2009, 83% étaient en vie à 1 an et 45% à 6 ans. La probabilité de survie diminuait avec l'âge mais restait au-dessus de 50% à 2 ans chez les malades de plus de 75 ans. Chez les moins de 45 ans, 90% étaient en vie après 6 ans.

La première hémodialyse a été effectuée en urgence pour 33% des malades. En 2009, une personne sur 10 a commencé la dialyse par une dialyse péritonéale (DP) et 7% étaient en DP (dont 40% en dialyse péritonéale automatisée). En hémodialyse, 95% des malades avaient eu 3 séances par semaine, d'une durée médiane de 4 heures.

La répartition entre les différentes modalités de dialyse était la suivante : 63,3% en centre, 12,6% en unité de dialyse médicalisée, 22,1% en autodialyse, 0,7% à domicile et 1,2% en entraînement.

Dans la cohorte des malades de moins de 60 ans ayant débuté un traitement de suppléance entre 2002 et 2009, la probabilité d'être au moins une fois inscrit sur la liste d'attente d'une greffe rénale était de 50% à 15,6 mois.

L'année 2009 avec 2 750 malades greffés a été marquée par une diminution de 3,8% de greffes par rapport à l'année précédente. Elle est associée à une baisse du nombre de prélèvements sur donneurs décédés de mort encéphalique. Au 31 décembre 2009, 7 272 malades étaient en attente de greffe de rein dans les centres de transplantation des 22 régions, ce qui représente sur 1 an une progression de 9%.

Les maladies initiales les plus fréquentes chez les patients dialysés étaient, en 2009, l'hypertension artérielle, le diabète, et les glomérulonéphrites.

Les causes qui représentaient plus de la moitié des décès chez les patients suppléés (dialyse et greffe) étaient les maladies cardiovasculaires, les maladies infectieuses et les cancers.

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Données d'activité

Dans le domaine de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la Franche-Comté était organisée en 4 territoires. Les données d'activité concernant la dialyse proviennent de la Fondation Transplantation et des services de néphrologie. Les données sur les prélèvements et greffes proviennent du site de l'ABM ainsi que de la base de données Cristal gérée pour la région par le CHU.

2.2.1.1. Dialyse

Entre 2006 et 2010, une faible augmentation du nombre de patients pris en charge en dialyse, toutes techniques confondues, est observée dans la région alors que le SROS III, par le biais des objectifs quantifiés, prévoyait une augmentation de 4 à 5% par an. En effet, le nombre de patients dialysés est passé de 485 à 523 entre 2006 et 2010, soit une augmentation de 7% en 5 ans.

Cette estimation prévue d'une progression de 5% par an du nombre de patients en insuffisance rénale chronique terminale est toutefois effective si on considère les 2 modalités de prise en charge, dialyse et greffes. Entre 2006 et 2010, le nombre de patients progresse de 854 à 1061 soit + 24% en 5 ans, avec un nombre de greffés qui augmente de 369 à 538, soit + 46%.

Si l'hémodialyse en centre progresse peu (15% en 5 ans), l'hémodialyse hors centre augmente de 21% ce qui s'inscrit parfaitement dans les objectifs stratégiques actuels de développement de la dialyse en ambulatoire.

Par contre, une autre tendance apparaît : la diminution progressive du nombre de patients en dialyse péritonéale avec une baisse de 20% en 5 ans. Elle est directement liée à la très forte hausse des greffes, les bénéficiaires de la DP étant souvent des patients jeunes en attente de greffe et qui du fait de la forte augmentation de cette activité passent moins de temps en DP.

Le taux moyen régional en autodialyse est très faible (6.3%) par rapport au taux national (22%). Ceci s'explique et est compensé en partie par le développement de la DP.

ANNEE 2010 : REPARTITION DES PATIENTS EN REGION ET PAR TERRITOIRE IRC SELON LE TYPE DE DIALYSE

	Territoire Besançon Gray Pontarlier		Territoire Belfort Héricourt Montbéliard		Territoire Dole Lons-le Saunier Saint-Claude		Territoire Vesoul Lure Luxeuil-les-Bains		Région Franche-Comté		
	Patients	%	Patients	%	Patients	%	Patients	%	Patients	%	OQOS 2010 MAX
HD en centre	78	42,62	74	54,81	74	69,16	44	45,36	270	51,72	344
UDM	38	20,77	35	25,93	14	13,08	19	19,59	106	20,31	
Entraînement	4	2,19	1	0,74	0		3	3,09	8	1,53	
Autodialyse	7	3,83	4	2,96	10	9,35	12	12,37	33	6,32	
HD à domicile	1	0,55	1	0,74	0		1	1,03	3	0,57	
Total HD hors Centre	50	27,32	41	30,37	24	22,43	35	36,08	150	28,74	144
Dialyse péritonéale	55	30,05	20	14,81	10	9	18,56	19	103	20	200
TOTAL Patients dialysés	183	100	135	100	107	100	97	100	523	100	688
Patients greffés suivis	538										
TOTAL IRCT (Dialyse+ Suivi greffés)	1061										

**Patients pris en charge sur la région Franche-Comté de 2006 à 2010
(dialysés et greffés)**

	2006	2007	2008	2009	2010	évolution 2006/10
Hémodialyse en centre	234	244	262	256	270	15%
Hémodialyse hors Centre	124	138	147	147	150	21%
Dialyse péritonéale	127	124	118	106	103	-19%
Total des patients dialysés	485	506	527	509	523	7%
Patients greffés	369	401	446	488	538	46%
TOTAL IRC	854	907	973	997	1061	24%

Patients dialysés pris en charge sur les 4 territoires de Franche-Comté de 2006 à 2010

		Besançon Gray Pontarlier	Dole Lons-le-Saunier Saint-Claude	Belfort Héricourt Montbéliard	Vesoul Lure Luxeuil
2006	Hémodialyse en centre	72	68	57	37
	Hémodialyse hors Centre	42	21	34	27
	Dialyse péritonéale	69	14	24	20
	Total des patients pris en charge	183	104	116	84
2007	Hémodialyse en centre	79	73	57	36
	Hémodialyse hors Centre	47	22	39	30
	Dialyse péritonéale	65	15	24	20
	Total des patients pris en charge	191	110	119	86
2008	Hémodialyse en centre	80	77	66	40
	Hémodialyse hors Centre	47	23	44	33
	Dialyse péritonéale	60	12	26	20
	Total des patients pris en charge	188	112	136	92
2009	Hémodialyse en centre	75	73	67	40
	Hémodialyse hors Centre	46	22	45	34
	Dialyse péritonéale	53	10	22	20
	Total des patients pris en charge	174	105	135	94
2010	Hémodialyse en centre	78	74	74	44
	Hémodialyse hors Centre	50	24	41	35
	Dialyse péritonéale	55	9	20	18
	Total des patients pris en charge	183	107	135	97

2.2.1.2. Prélèvements et greffes

Les données de l'Agence de Biomédecine (ABM) permettent une comparaison entre niveau national et régional.

- Prélèvements sur sujets en état de mort encéphalique (nombre de prélèvements/million d'habitants) :

En 2006 et 2007, la Franche-Comté prélevait plus que la moyenne nationale. Il est constaté en 2008 et 2009 une baisse importante des sujets prélevés et un passage sous la moyenne nationale (21,9 Pmh contre 23,2).

Cette évolution est expliquée en Franche-Comté par le défaut de recensement des états de mort encéphalique. De ce fait, la région est obligée "d'importer" la majorité de ses greffons. Ainsi en 2009, 46 greffes ont été réalisées avec seulement 25 sujets prélevés dans la région (54%). L'organisation en réseau régional est essentielle.

- Liste d'attente :

Le nombre de patients a doublé entre 2006 et 2009 (66 versus 131) et le taux régional après avoir été inférieur à celui du niveau national l'a dépassé en 2009 (113 contre 108 exprimé en Pmh).

Il est donc difficile dans ces conditions de réduire le temps d'attente d'inscription sur la liste nationale des malades en attente de greffe.

- Greffes :

Le taux régional des greffes en 2009 était inférieur au taux national (39.7 contre 44.2 Pmh). Mais on constate en 2010 une forte augmentation du nombre de greffes avec une croissance moyenne de 30% sur les 3 dernières années. Le nombre de greffés à suivre augmente régulièrement et représente 538 patients en 2010 contre 335 en 2005, soit environ 4 à 5 000 consultations par an.

Le dernier rapport du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en sa séance du 8 octobre 2010 pointait l'insuffisance de la France en matière de greffes rénales à partir de donneurs vivants (3.5 Pmh contre plus de 20 pour la Norvège ou les USA par exemple). En Franche-Comté, il y a eu, en 2010, 4 greffes à partir de donneurs vivants, soit un taux de 8.7% (supérieur au taux national).

FRANCHE-COMTE : ACTIVITE PRELEVEMENTS ET GREFFES DE REIN 2006 - 2009

	FRANCHE COMTE				NATIONAL			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Prélèvements								
Sujets recensés								
Nombre	63	63	56	45	3 070	3 148	3 181	3 081
Pmh	56,0	54,7	48,5	38,9	49,5	49,8	50,0	48,2
Sujets prélevés								
Nombre	32	35	22	25	1 442	1 561	1 563	1 481
Pmh	28,5	30,4	19,1	21,6	23,2	24,7	24,6	23,2
Liste d'attente au 01/01 de chaque année								
Nombre	66	77	82	131	5 994	6 214	6 525	6 893
Pmh	58,7	66,9	71,0	113,1	96,6	98,3	102,6	107,9
Greffes								
Nombre	41	36	47	46	2 731	2 912	2 937	2 826
Pmh	36,5	31,3	40,7	39,7	44,0	46,1	46,2	44,2

Pmh = par million d'habitants

2.2.2. Professionnels de santé (PS)

- Démographie des professionnels de santé

Une insuffisance de néphrologues existe dans la région notamment au regard de l'augmentation de l'activité liée au suivi des patients greffés.

6 internes sont actuellement en formation, ce qui fait de la Franche-Comté une région très attractive. Toutefois, le déficit de postes en post-internat et l'offre existante dans d'autres régions entraîne un départ des internes et donc un réel problème de recrutement pour les établissements francs-comtois.

Les postes de néphrologues :

- CHU : 2 PUPH, 5 PH, 1 CCA
- Dole : 3 postes de PH, dont 1 vacant, et 1 assistant associé
- CHBM : 5 PH
- Vesoul : 3 PH
- Saint Claude : 2 postes de PH vacants, dont 1 occupé par 1 contractuel
- Pontarlier : 1 poste (salarié de la Fondation)

Les infirmières dédiées (CHU) ou référentes DP :

- CHU : 3
- CHBM : 4 (problème pour la DP la nuit)
- Pontarlier : 0
- Vesoul : 6 (permet d'assurer la nuit)
- Dole : toutes les infirmières sont formées
- Saint-Claude : toutes les infirmières sont formées

Il existe un manque d'infirmières dédiées exclusivement à la DP mais aussi référentes dans ce domaine, en particulier pour assurer la DP la nuit. Ces infirmières ont bénéficié d'une formation spécifique et consacrent tout ou partie de leur activité à la DP, modalité de dialyse qui nécessite beaucoup de temps de manipulation.

- Formation des professionnels de santé

Les infirmières bénéficient en IFSI de 8 h de cours sur la néphrologie (réduit à 4 h sur Besançon).

Les médecins généralistes sont peu touchés par les formations sur la DP mais ils ne verront que très peu de patients dans ce cas. Des thèmes de formation médicale continue sur l'IRC en général, avec les différents aspects intéressant plus particulièrement le généraliste mais aussi avec une information sur la DP et la qualité de vie, leur permettraient de mieux sensibiliser leurs patients à cette technique.

Leur rôle reste essentiel dans le dépistage et le suivi des patients pour ralentir la progression de l'IRC par la maîtrise des principaux facteurs de risque modifiables (pression artérielle, protéinurie, diabète), tant sur le plan du suivi avec l'application des recommandations de bonne pratique de l'HAS (septembre 2004), que sur le plan de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

2.2.3. Prévention et éducation thérapeutique des patients (ETP)

- Dépistage des IRC : réalisation et indication systématique de l'indice de Cockcroft (évaluation de la clairance de la créatinine) par les laboratoires d'analyse médicale.

- Prévention de l'aggravation des IRC suivis mais non IRCT

Cette population est suivie exhaustivement et l'intérêt d'une éducation thérapeutique pour mieux maîtriser les facteurs de risques (diabète, HTA) et retarder le passage en IRCT n'est plus à démontrer. Elle nécessiterait la mise en place de programmes spécifiques avec des moyens adéquats (infirmières, diététiciennes, psychologues).

- Education thérapeutique des patients dialysés

Actuellement, 3 programmes ont été autorisés et concernent la Fondation Transplantation, le CHBM et la clinique Saint Pierre à Pontarlier.

Les moyens sont à consacrer en priorité à ces programmes autorisés.

2.2.4. Données d'activité et épidémiologie

La région ne dispose pas encore d'un registre REIN exhaustif.

En Franche-Comté, la montée en charge de la collecte des données sur le logiciel DIADEM est progressive et ne sera exhaustive qu'en juin 2011 ce qui permettra la publication d'un premier rapport REIN portant sur l'année 2010.

Les données d'activité concernant la dialyse proviennent donc de la Fondation Transplantation et des services de néphrologie. Les données sur les prélèvements et greffes proviennent du site de l'Agence de Biomédecine (ABM) ainsi que de la base de données Cristal gérée pour la région par le CHU.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Les points forts

2.3.1.1. Activité de dialyse

- Taux très élevé de dialyse péritonéale par rapport à la moyenne nationale (20% contre 9 % au niveau national en 2009).
- Hémodialyse en centre limitée à 51% au niveau de la région, mais fortes disparités territoriales avec des variations de 43% (territoire de Besançon-Gray-Pontarlier) à 69% (territoire de Dole-Lons avec Saint-Claude et 56% sans Saint-Claude).
- Taux d'hémodialyse hors centre à 29% sur la région avec un pic à 36% sur le territoire de Vesoul-Lure-Luxeuil.

2.3.1.2. Activité de greffes

- Activité de greffes importante avec une très forte augmentation sur ces 5 dernières années en prenant en compte l'année 2010. Les objectifs du SROS III qui prévoyaient au moins 40 greffes annuelles sont largement dépassés, avec 53 greffes réalisées en 2010. Ainsi, le taux de greffes par million d'habitant a rejoint et même légèrement dépassé le taux national.
- Cohésion régionale et bonnes relations entre les structures existantes.
- Bon fonctionnement du réseau régional prélèvements/greffes.

2.3.1.3. Prévention

- Bon dépistage de l'insuffisance rénale chronique (IRC).
- Réalisation systématique par les laboratoires de biologie médicale de la clairance calculée de la créatinine.
- Très peu de patients avec IRC découverte lors du passage en dialyse.
- Suivi satisfaisant des patients IRC.
- Actions de formation et d'information auprès des médecins généralistes.
- Développement de l'éducation thérapeutique des patients (ETP). Trois programmes sont autorisés dans le cadre de la nouvelle réglementation issue de la loi HPST.
- Actions de sensibilisation des associations de patients.

2.3.2. Les axes de consolidation et d'amélioration

2.3.2.1. Dialyse

- Doubs : maintien problématique d'un centre d'hémodialyse à Pontarlier dans le respect des contraintes réglementaires, en particulier, l'obligation d'une équipe médicale comportant au moins deux néphrologues, la présence permanente d'un néphrologue pendant les séances, les astreintes hors séances et l'existence de lits d'hospitalisation de repli et de possibilité de réanimation.

- Jura : réflexion nécessaire quant à l'organisation globale dans le Jura. Le centre hospitalier de Lons le Saunier est dépourvu de centre d'hémodialyse et de service de néphrologie alors que Dole et Saint-Claude possèdent un centre d'hémodialyse (ou centre lourd) et une UDM. La position de Lons le Saunier éloignée des autres centres justifierait ce type de service. Une autorisation d'UDM a été délivrée à la Fondation Transplantation en février 2010 mais non mise en œuvre à ce jour. Il est par ailleurs souhaitable d'améliorer la prise en charge de la DP par des IDE dédiées sur Lons le Saunier.
- Haute-Saône : besoin d'augmentation de la capacité du centre d'hémodialyse du CHI à Vesoul. Il est rappelé que l'autorisation ne détermine pas le nombre de lits ou de postes et que celui-ci est du ressort du titulaire de l'autorisation.

2.3.2.2. Dialyse péritonéale et dialyse hors centre

- Dialyse péritonéale en EHPAD : après une rapide enquête réalisée par mail, seuls 5 établissements sur 40 répondants ont pris ou prennent des patients en DP. Certains se disent intéressés, mais demandent information et formation. La problématique est globale et concerne toute la chaîne de mise en œuvre depuis les formateurs des services de néphrologie jusqu'à la prise en charge des patients.

Actuellement, les freins sont nombreux :

- nécessité d'une volonté forte des Praticiens Hospitaliers (PH),
 - nécessité d'infirmières dédiées dans les centres de dialyse pour former les patients (très chronophage),
 - charge de travail jugée trop lourde pour les soignants des EHPAD (changement de poche 3 à 4 fois par jour soit 1h30 à 2h d'IDE),
 - peu de recours aux infirmières libérales, malgré la formation d'une cinquantaine d'entre elles,
 - trop peu de patients concernés par infirmière (file active),
 - surcoût en médicaments,
 - problème de la liste d'attente en moyenne de 3 à 4 mois, ne favorisant pas l'admission des patients en DP (le plus souvent refusés),
 - rémunération des IDE libérales en sus du forfait soins (mesure dérogatoire).
- Dialyse en soins de suite et réadaptation : le besoin existe, mais seul le CH d'Ornans la pratique. Les obstacles sont à la fois organisationnels et financiers :
 - surcharge de travail pour les soignants, absence de formation, faible nombre de patients concernés par structure, impossibilité d'intervention d'une infirmière libérale,
 - pas de financement spécifique prévu par la Dotation Annuelle de Financement. La situation évoluera avec la mise en place en 2012/2013 de la T2A en moyen séjour (accès aux GHS, forfaits et Migac).
 Quelques expérimentations ont été développées dans d'autres régions : SSR spécialisées, équipe de liaison d'infirmières volontaires, réseau de correspondants d'infirmières libérales.
 - Dialyse péritonéale en USLD : pour la dialyse péritonéale, le problème est le même qu'en EHPAD, le financement des USLD étant identique (tarification ternaire). Pas de problème pour l'hémodialyse car il existe une convention de transport entre le CHU et les USLD.
 - Autodialyse : très faible développement dans la région

2.3.2.3. Prélèvements et greffes

Seuls le CHU et le CHBM prélèvent. Il est à noter la très faible activité de ce dernier (2 prélèvements en 2009). Une commission spécifique dans le cadre de la CME a été créée au CHBM pour remédier à cette situation.

Un élargissement des prélèvements aux autres centres hospitaliers, notamment à Dole, Vesoul et Lons n'est pas souhaitable, le transfert dans un centre autorisé étant préférable.

La culture du prélèvement n'est pas assez développée, cette activité n'est pas encore considérée au même titre que les autres activités de l'hôpital.

2.3.2.4. Education thérapeutique des patients

D'une manière générale, le développement de l'ETP se heurte à une insuffisance de moyens en particulier de psychologues et de diététiciennes. L'ETP chez les patients greffés n'est pas suffisamment développée.

2.3.2.5. Utilisation des nouveaux générateurs simplifiés

Ils sont actuellement en test aux USA. Plus simples à utiliser et donc mieux adaptés pour les personnes âgées, ils permettent une dialyse journalière (diminution de la fatigue et meilleur équilibre). Ils présentent une utilité en autodialyse. Mais, ils ne sont pas encore disponibles en France.

2.3.2.6. Recours à la télésanté pour la surveillance et le suivi des patients

La DGOS a annoncé pour 2011 un plan national télémédecine avec 5 chantiers prioritaires dont la prise en charge des maladies chroniques avec l'insuffisance cardiaque, le diabète et la télédialyse. Cette dernière intéresse les partenaires en particulier pour les patients en UDM, en autodialyse et à domicile.

Le développement d'une offre de proximité est également tributaire de ces nouvelles technologies qui permettent d'intervenir à distance pour le suivi des patients et en cas d'urgence (accès dossier, transmission des paramètres machine, webcam).

La HAS a publié en janvier 2010 des recommandations sur les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en UDM.

La mise en place d'un protocole écrit établissant les circonstances cliniques conduisant l'infirmière à contacter le médecin dispense de l'application stricte des conditions prévues par le décret de 2002 (article D. 6124-76), à savoir l'intervention en cours de séance d'un néphrologue dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité. Le lien peut être fait avec les protocoles de coopération prévus par l'article 51 de la loi HPST, sur la délégation de certains actes. Des centres de néphrologie ont déjà déposé auprès de la HAS des protocoles de coopération entre infirmière et médecin.

Sur la région, certains sites pourraient bénéficier de la télédialyse, en particulier les UDM éloignées des centres de néphrologie (Lons le Saunier, Belfort, Saint-Claude, Pontarlier...), permettant ainsi d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en maintenant une offre de proximité.

La télésurveillance présente également un intérêt pour les patients dialysés à domicile, ainsi que la téléassistance pour les IDE à domicile et dans les structures d'hébergement (EHPAD, USLD).

La Fondation Transplantation pourrait s'appuyer sur son réseau informatique existant pour développer ces nouveaux services.

3. Orientations stratégiques

3.1. Améliorer l'accès de proximité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la dialyse

3.1.1. Accès à la dialyse

- Rééquilibrer l'offre sur le territoire de santé régional, diversifier et renforcer l'offre de soins de proximité.
- Favoriser les prises en charge en unité de dialyse médicalisée (UDM) de proximité et renforcer les unités d'auto-dialyse (UAD) en zone de proximité notamment en complément des activités d'UDM de proximité. En effet, la diminution du nombre de patients, autonomes (vieillesse) par rapport aux générateurs, se traduit par un frein au développement de l'hémodialyse à domicile et de l'autodialyse simple, d'où l'intérêt de favoriser le développement des unités de dialyse médicalisée (UDM) autonomes (non accolées à un centre), des unités d'autodialyse assistée et de la dialyse péritonéale. Une association entre les centres hospitaliers et les associations de dialyse assurant la proximité peut être envisagée afin de mutualiser les personnels et diversifier les compétences professionnelles.

- Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale, en particulier, dans les structures de soins et d'hébergement :
 - développer la dialyse péritonéale en EHPAD,
 - développer la dialyse péritonéale en USLD,
 - spécialiser quelques EHPAD et USLD dans la prise en charge de ces patients âgés en perte d'autonomie sous DP avec une répartition harmonieuse sur le territoire et avec une convention spécifique de financement signée avec l'ARS En l'absence de telles dispositions, le risque pour ces patients est de rester de nombreux mois en centre hospitalier, avec des conséquences en termes de qualité de vie et économique. La prise en charge est plus facile si l'EHPAD est intégré à un centre hospitalier,
 - favoriser la coopération ville-hôpital, plus précisément avec les infirmiers en exercice libéral pour des prises en charge de proximité telles que la DP pour les patients en EHPAD,
 - renforcer le développement des liens entre les structures autorisées en dialyse péritonéale et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
 - s'appuyer sur les nouveaux leviers issus de loi HPST qui permet désormais à un établissement de santé public ou privé de signer un contrat d'exercice libéral avec un infirmier diplômé d'Etat (IDE) libéral pour les soins à domicile sur financement de l'ONDAM hospitalier, pour favoriser le développement de la dialyse péritonéale en institution (notamment EHPAD).
- Faciliter le développement de l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques (nouveaux générateurs simplifiés) et suivre l'expérimentation en cours de ces appareils aux USA pour décider de leur utilité.
- Utiliser la télésanté pour améliorer l'offre de proximité :
 - recourir à la télémedecine pour la surveillance et le suivi des patients
 - développer la télédialyse au niveau des UDM éloignées des centres de néphrologie,
 - développer la télésurveillance des patients dialysés à domicile et la téléassistance des IDE libérales à domicile et dans les structures d'hébergement de type EHPAD,
 - développer des protocoles de coopération entre néphrologues et infirmières pour favoriser le partage de certaines compétences.

3.1.2. Qualité et sécurité des soins des personnes dialysées

- Renforcer la qualité et la sécurité des soins des personnes dialysées :
 - en développant si nécessaire le recours à la télémedecine en ce qui concerne la surveillance et le suivi des patients pris en charge (Cf. recommandations sur télémedecine),
 - en augmentant le nombre d'infirmières dédiées ou référentes DP en particulier pour assurer la DP la nuit,
 - en s'appuyant sur les recommandations existantes en matière de bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse (Société Française d'Hygiène Hospitalière, décembre 2004) et en matière de risques de contamination des générateurs (AFSSAPS 2004).

3.1.3. Efficience des prises en charge en dialyse

- Réduire le nombre de personnes dialysées en urgence en favorisant le recours adapté au néphrologue des personnes atteintes d'IRC pour lesquelles un traitement par épuration extra-rénale doit être envisagé (particulièrement, les malades souffrant de diabète ou de néphropathie hypertensive),
- Développer la dialyse hors centre et de proximité pour améliorer la qualité de vie des patients et contribuer à la réduction des dépenses liées à la prise en charge des transports.

3.2. Améliorer l'activité de prélèvements et de greffes

- Sensibiliser les acteurs du prélèvement et en particulier les médecins, développer une véritable culture du prélèvement et considérer cette activité comme les autres activités de l'hôpital.
- Améliorer l'activité de prélèvements d'organe dans la région pour diminuer le recours à des greffons extérieurs :

- augmenter notamment l'activité de prélèvements d'organes au CHBM,
- communiquer sur le réseau régional prélèvements greffes.
- Réduire le temps d'attente d'inscription à la "liste nationale des malades en attente de greffe d'organe" pour les patients pouvant en bénéficier.
- Réduire le délai d'attente entre l'inscription sur la liste et la greffe.
- Augmenter la part de greffons prélevés sur donneurs vivants.

3.3. Améliorer la prévention et l'éducation thérapeutique des patients

- Dépister et mieux prendre en charge les patients à risque d'insuffisance rénale chronique (IRC) : diabète HTA, maladie athéromateuse, néphropathies familiales. Prévenir la iatrogénie médicamenteuse en ciblant particulièrement les personnes âgées.
- Prévenir ou retarder la survenue de l'IRCT chez les patients atteints d'IRC en particulier en cas de diabète, d'hypertension (recommandations ANAES 2004) :
 - améliorer le suivi des patients diabétiques par la réalisation d'une créatinine et d'une protéinurie annuelle,
 - poursuivre le suivi des IRC par les néphrologues de la région (intérêt d'une cohorte et des moyens adéquats),
- Développer l'éducation thérapeutique du patient :
 - en lien avec les médecins généralistes et les autres professionnels de santé de ville, chez les IRC pour ralentir l'évolution de la maladie.
 - pour les patients dialysés, mettre en priorité les moyens sur les programmes autorisés,
 - pour les patients greffés parallèlement à leur suivi
 - en mutualisant les programmes et moyens (IRC-cardiologie-diabète)
 - en disposant du nombre de diététiciennes, de psychologues et d'infirmières nécessaires au développement des programmes.

3.4. Améliorer la démographie et la formation des professionnels de santé

- Adapter le nombre de néphrologues à l'évolution de l'activité et développer les collaborations avec le CHU.
- Développer les possibilités de post internat pour les néphrologues (assistants partagés).
- Former les infirmières des EHPAD, SSR et USLD à la dialyse péritonéale.
- S'assurer d'un nombre suffisant d'heures de cours sur l'IRC en IFSI (8 heures en moyenne).
- Sensibiliser les médecins généralistes à l'intérêt de la DP notamment en termes de qualité de vie dans le cadre de leur formation médicale continue portant sur le thème IRC.
- Diffuser les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur le suivi des patients IRC auprès des médecins généralistes (Visites DAM prévues au plan GDR). Les informer dans le même temps sur les différentes modalités de dialyse et sur la DP en particulier.

3.5. Améliorer le recueil des données d'épidémiologie et d'activité

- Mettre en place, en 2011 et sur toute la Franche-Comté, le registre REIN.

3.6. Améliorer le système informatique pour gérer les patients dialysés

- Mettre en place pour les patients dialysés un système informatique permettant la communication et le partage de données entre les différents centres hospitaliers de la région et en lien avec le système existant

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Il s'agit de développer prioritairement la dialyse hors centre : unité de dialyse médicalisée (UDM), autodialyse simple ou assistée, dialyse péritonéale. Les objectifs prévus par le SROS III étaient les suivants :

- 50% au maximum d'hémodialyse en centre,
- 20% au minimum d'hémodialyse hors centre (UDM, autodialyse, dialyse à domicile),
- 30% de dialyse péritonéale.

Les objectifs de ce SROS PRS sont modifiés en fonction des évolutions constatées ces 5 dernières années et sont fixés respectivement à 50%, 30% et 20%.

Les gradations des niveaux de prise en charge ne sont plus d'actualité car la différence se fait sur la présence ou non d'une unité de transplantation.

La permanence des soins est assurée par un néphrologue et un interne de néphrologie.

En ce qui concerne la répartition géographique, les priorités d'organisation sont les suivantes :

- Pontarlier :
 - Maintenir une UDM et supprimer l'hémodialyse en centre afin d'assurer une prise en charge des patients lourds en adéquation avec leur état de santé et les contraintes réglementaires. Une UDM de type renforcée, avec si nécessaire télé-dialyse et protocole de coopération, est la solution la plus adéquate, car elle répond à la fois aux besoins des patients et aux contraintes réglementaires. La convention entre les différentes parties (Clinique Saint Pierre, Fondation et CHU pour le repli) devra être révisée.
 - Diversifier l'offre de dialyse hors centre en développant l'autodialyse et la DP.
- Lons le Saunier :
 - Mise en place le plus rapidement possible de l'UDM.
 - Créer un poste de néphrologue à Lons le Saunier qui travaillerait en coopération avec Dole et Saint-Claude.
 - Organiser la présence de néphrologues à partir de Dole et de Saint-Claude dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire Sud Jura.
 - Evoluer progressivement, après une période d'observation, vers un centre de néphrologie plus complet regroupant une partie des néphrologues du Jura
- Saint Claude :
 - Continuer sur un fonctionnement mixte hémodialyse en centre et unité de dialyse médicalisée.
 - Réintégrer l'autodialyse réalisée actuellement en Rhône-Alpes en autorisant la Fondation Transplantation à reprendre cette activité.

5. Modalités/actions spécifiques de coordination

- Prévention : cf. orientations sur prévention et éducation thérapeutique du patient.
- Ville-hôpital : cf. orientations sur formation des professionnels de santé.
- Médico-social : cf. orientations sur dialyse péritonéale en EHPAD.

6. Evolution de l'offre / projets de coopération

6.1. Création d'implantations

- Besançon : unité de dialyse médicalisée intégrée en soirée
- Saint-Claude : autodialyse et dialyse péritonéale en lien avec Lons le Saunier

6.2. Suppression d'implantations

- Lure : une unité d'autodialyse est autorisée, mais elle n'est plus en service actuellement. Les patients sont pris en charge à Vesoul. L'autorisation est à supprimer
- Pontarlier : hémodialyse en centre
- Gray : une implantation d'autodialyse était prévue au SROS III mais n'a jamais fait l'objet d'une demande d'autorisation. Les patients vont à Besançon ou à Vesoul (45 mn). En l'absence de demande spécifique actuellement, cette possibilité d'implantation n'est pas maintenue.

6.3. Projets de coopération

- Communauté hospitalière du Sud Jura notamment entre Lons et Saint-Claude pour organiser la présence des néphrologues.

7. Objectifs quantifiés en implantations

Région : dialyse à domicile par hémodialyse ou dialyse péritonéale sur l'ensemble de la région

Besançon	1 unité d'hémodialyse en centre avec dialyse médicalisée intégrée en soirée pour adultes 1 unité d'hémodialyse en centre pour enfants 1 unité de dialyse médicalisée 1 unité d'autodialyse
Pontarlier	1 unité de dialyse médicalisée 1 unité d'autodialyse
Belfort	1 unité de dialyse médicalisée 1 unité d'autodialyse
Montbéliard	1 unité d'hémodialyse en centre pour adultes avec dialyse médicalisée intégrée en soirée (à transférer sur le site du nouvel hôpital à Trévenans) 1 unité de dialyse médicalisée
Trévenans	1 unité d'hémodialyse en centre pour adultes avec unité de dialyse médicalisée intégrée en soirée par transfert de l'unité située à Montbéliard
Dole	1 unité d'hémodialyse en centre pour adultes avec dialyse médicalisée intégrée en soirée 1 unité de dialyse médicalisée 1 unité d'autodialyse
Lons-le-Saunier	1 unité de dialyse médicalisée 1 unité d'autodialyse
Saint-Claude	1 unité d'hémodialyse en centre pour adultes avec dialyse médicalisée intégrée 1 unité d'autodialyse
Vesoul	1 unité d'hémodialyse en centre pour adultes 1 unité de dialyse médicalisée 1 unité d'autodialyse

8. Indicateurs de suivi

- Nombre de patients traités par DP/nombre total de patients en dialyse.
- Nombre de nouveaux patients traités par DP/nombre de nouveaux patients traités par dialyse.
- Nombre de patients en dialyse hors centre (UDM, AD, DP, HD à domicile)/nombre total de patients en dialyse.
- Délai moyen d'attente pour l'inscription sur la liste nationale.
- Délai moyen entre l'inscription sur la liste d'attente et la greffe.
- Part des patients ayant un traitement de suppléance par dialyse inscrits sur liste d'attente de greffe moins de 6 mois après la mise en place du traitement de suppléance.
- Part des patients greffés sur l'ensemble des patients en IRCT traités.

- Nombre de patients avec diabète ayant eu un dosage de créatininémie dans l'année/nombre de patients avec diabète.
- Nombre de patients avec diabète ayant eu un dosage de protéinurie ou de micro albuminurie dans l'année / nombre de patients avec diabète.

La population des patients diabétiques sera déterminée par le remboursement d'au moins un antidiabétique (oral ou insuline) pendant au mois 3 mois consécutifs au cours de l'année.



Fiche SROS - PRS

Imagerie médicale et équipements matériels lourds

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées.

1. Contexte

L'article R.6122-26 du CSP indique que sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L.6122-1 les équipements matériels lourds (en imagerie médicale) énumérés ci-après :

- caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence (gamma-caméras et TEP), tomographe à émissions, caméra à positons
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique,
- scanographe à utilisation médicale.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont exprimés pour les équipements matériels lourds par territoire de santé en nombre d'implantations disposant d'un équipement matériel lourd déterminé et en nombre d'appareils le cas échéant des objectifs en termes d'accessibilité peuvent être exprimés.

Une des actions du Plan cancer 2009-2013, en vue de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie :

- modifier les SROS 3^e génération pour intégrer l'objectif de 10 machines IRM/million d'habitants dans chaque région en mars 2011,
- mettre à disposition en région, d'ici 2013 dans le cadre de l'existant ou des prévisions ci-dessus, soit une IRM disposant de larges plages dédiées à la cancérologie, soit une IRM dédiée, permettant d'implémenter des programmes de recherches en utilisation conjointe CHU/Centre de lutte contre le cancer (CLCC),
- suivre les délais d'attente pour les examens scanners et IRM réalisés en ambulatoire par une enquête pluriannuelle spécifique, étudiant l'impact sur la prise en charge des malades,
- suivre les dépassements d'honoraires sur les actes d'imagerie en ambulatoire.

Le plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014" indique qu'un accent particulier doit être mis sur l'accès en urgence à l'imagerie. Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire 24h/24 et 7j/7 à l'imagerie cérébrale, en privilégiant autant que possible l'IRM (recommandation HAS 2009).

2. Diagnostic

2.1. Etat des lieux

Les implantations existantes par bassin de vie au sein du territoire de santé régional :

Bassin de vie	Nombre de sites d'implantation	Nombre d'appareils
Besançon	3 implantations d'IRM	4 appareils IRM
	4 implantations de scanner	6 scanographes et 1 appareil dédié à la dosimétrie
	2 implantations de gamma caméra	5 gamma-caméras
	1 implantation de TEP scan	1 TEP scan
Gray	1 implantation de scanner	1 scanographe
Pontarlier	1 implantation d'IRM	1 appareil d'IRM
	1 implantation de scanner	1 scanographe
Dole	1 implantation d'IRM	1 appareil d'IRM
	1 implantation de scanner	1 scanographe
Champagnole	1 implantation de scanner	Appareil non installé
Saint-Claude	1 implantation de scanner	1 scanographe
Lons le Saunier	1 implantation d'IRM	1 appareil d'IRM
	1 implantation de scanner	1 scanographe
	1 implantation de gamma caméra	1 gamma-caméra
Vesoul	1 implantation d'IRM	1 appareil d'IRM
	2 implantations de scanner	2 scanographes
	1 implantation de gamma caméra	1 gamma-caméra

Bassin de vie	Nombre de sites d'implantation	Nombre d'appareils
Belfort	1 implantation d'IRM	1 appareil d'IRM
	2 implantations de scanner	2 scanographes
Montbéliard	2 implantations d'IRM	1 IRM installé et 1 IRM autorisé non installé
	3 implantations de scanner	2 scanographes et 1 scanographe autorisé non installé
	3 implantations de gamma caméra	3 gamma-caméras
	1 implantation de TEP Scan	1 TEP Scan

Au total :

- 20 appareils de scanners étaient prévus par le SROS III, 2 ne sont pas installés au 31/12/2010
- 11 appareils d'IRM étaient prévus par le SROS III, 1 n'est pas installé au 31/12/2010
- 10 gamma-caméras étaient prévues par le SROS III, la dernière a été installée début 2011.
- 2 TEP-scan étaient prévus par le SROS III et sont installés.

La quasi-totalité des implantations prévues ont été réalisées dans la durée du SROS. Fin 2010, il restait à autoriser l'implantation de deux scanographes et d'un IRM, ces autorisations ont été délivrées en juin 2011.

2.2. Données d'activité

Pour une population régionale de 1 135 000 habitants en 2009, il a été réalisé dans la région Franche-Comté :

- 74 000 examens d'IRM,
- 160 000 examens de scanner,
- 21 000 examens de scintigraphie,
- 4 200 examens de TEP Scan.

2.2.1. Délais moyens de rendez-vous dans la région par modalité d'imagerie

Le guide méthodologique fourni par la DGOS pour la construction du volet "Imagerie/Équipement matériel lourd du SROS-PRS" et les travaux conduits par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en 2010 dans 14 régions ont mis en évidence que le délai de rendez-vous constitue l'un des principaux indicateurs de performance organisationnel en imagerie médicale et le principal reflet de l'accessibilité des équipements matériels lourds pour les patients qui en ont besoin.

Une étude a donc été conduite sur ce point, dont les résultats figurent dans le tableau suivant :

Modalités d'imagerie	Délai moyen de RDV régional pour les patients externes (mesure 2009)	Délai moyen de RDV pour des patients hospitalisés (mesure 2009)
Scanographe	13 jours en secteur public et 10 jours en secteur privé	3 jours dans le secteur public et 2 jours dans le secteur privé
Appareil d'IRM	50 jours en secteur public et 37 jours en secteur privé	5 jours en moyenne sur la région
Gamma-caméra	Faible (de 0,5 à 3 jours)	Inférieur à la journée à 1 journée
TEP Scan	Faible (inférieur à la semaine, voire à 2 jours)	Inférieur à la journée à 1 journée

Ces délais moyens cachent des contrastes importants en fonction des différents sites d'implantation.

Le suivi de ces mesures nécessite surtout une méthodologie commune à tous les établissements de la région et un suivi annuel afin de fiabiliser les résultats.

2.2.2. Organisation de la permanence des soins

Avec les délais de rendez-vous, l'accessibilité des équipements matériels lourds en période de permanence des soins constitue le deuxième élément majeur à développer, notamment pour ce qui concerne les IRM.

L'analyse de situation en 2009 montre que tous les scanners implantés dans la région au sein des établissements publics participent à la permanence des soins, ce qui permet d'assurer au patient un accès à cette technologie la nuit.

En ce qui concerne les IRM, seuls 4 appareils sur 10 participent à la permanence des soins, ce qui ne représente que 2 implantations sur les 7 existantes.

Les équipements matériels lourds de médecine nucléaire ne participent pas à la permanence des soins, ces techniques n'ayant pas d'indication d'examen en urgence.

2.2.3. Accessibilité aux modalités d'imagerie pour les radiologues et médecins nucléaires de la région

L'accès aux différentes modalités IRM et Scanners est assuré pour 86 des 104 médecins radiologues de la région Franche-Comté, répondant ainsi à l'un des objectifs du SROS III qui était d'élargir cet accès. En effet, cette accessibilité est un des facteurs d'attractivité de la région pour des radiologues, et il convient de maintenir cet objectif, notamment par le biais des structures juridiques mixtes public-privé.

Tous les médecins nucléaires ont accès à au moins une gamma-caméra. Pour trois d'entre eux, l'accès au TEP doit être renforcé.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Taux d'équipement et accessibilité

Le taux d'équipement de la région est proche de la moyenne nationale, présentant comme l'ensemble des régions de France un retard important au regard celui constaté dans les autres pays européens pour l'IRM.

Des disparités intra-régionales existent et plusieurs bassins de vie sont sous-équipés au regard des moyennes nationales et régionales. Parmi eux, on peut noter pour l'IRM les bassins de :

- Belfort-Montbéliard
- Lons-le-Saunier
- Vesoul.

En outre, les délais de rendez-vous sont longs comparativement aux résultats moyens obtenus par l'ANAP dans le cadre de son étude conduite en 2010 portant sur 14 régions françaises, tant pour ce qui concerne l'accès la technologie IRM que pour l'accès à l'imagerie scanner.

L'accessibilité de certaines populations (enfants, personnes de forte corpulence ...) à l'appareil d'IRM est déjà assurée par la présence à Besançon et à Lons-le-Saunier d'un appareil d'IRM "large bore".

Le développement des techniques d'imagerie interventionnelle utilisant les scanners et la prise en charge de pathologies de pointe nécessitent un renforcement des équipements d'imagerie de coupe.

Par contre, le taux d'équipement matériel lourd en médecine nucléaire est satisfaisant au regard de l'organisation des soins en oncologie et des délais d'accès aux différentes modalités pour les patients.

2.3.2. Equipement matériel lourd et urgences

En matière d'accessibilité des appareils en urgence, seuls 2 sites organisent une permanence des soins en IRM.

Un service d'urgence n'a pas actuellement d'accès sur site à un scanner, l'équipement ayant été autorisé en juin 2011.

Au regard des besoins des patients et de l'exigence de substituer certains examens de scanner par des examens d'IRM, il est important que l'ensemble des services d'accueil des urgences puissent avoir un accès direct au scanographe et à l'IRM, soit par un équipement installé sur place, soit par convention de partenariat avec une structure en disposant

2.3.3. Démographie médicale

L'imagerie médicale de la région est marquée par des difficultés de recrutement de praticiens sur certains plateaux techniques.

Parmi les causes de ce déficit, peuvent être cités des problèmes d'attractivité de certains bassins de vie mais aussi parfois des conditions de travail peu satisfaisantes, par exemple en matière de permanence des soins au sein des établissements qui l'assurent.

A ce titre, il est important de pouvoir s'appuyer sur les nouvelles technologies de l'information afin de faciliter les mutualisations qui soulageront le nombre d'astreintes supportées par les praticiens.

De même, il est important que le SROS propose des modalités d'organisation pour que l'ensemble des praticiens libéraux et hospitaliers participent à la permanence des soins (voir paragraphe 4.2 ci-après).

2.3.4. Téléradiologie

La région Franche-Comté bénéficie à ce niveau de l'expertise et des infrastructures régionales mises en place par les différents établissements d'une part, et par le groupement de coopération sanitaire GCS Emosist d'autre part, qui a développé par exemple un PACS (picture archiving and communication system) régional auquel 3 établissements sont raccordés en avril 2011.

3. Orientations stratégiques

3.1. Imagerie de coupes

3.1.1. Implantation de scanographes

Tenant compte des orientations préconisées par le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS, et principalement la nécessité de substituer les technologies de type IRM aux technologies irradiantes, il n'est proposé aucune nouvelle autorisation de scanographe à destination diagnostique dans la région Franche-Comté en dehors de celles prévues antérieurement et dont il convient d'achever la mise en œuvre.

La forte croissance de la demande en imagerie interventionnelle justifie par contre l'autorisation d'un appareil dédié. Cet appareil pourra être implanté sur l'agglomération de Besançon.

Enfin, dans le cadre du renouvellement des appareils en place, une attention particulière devra être portée à l'accès à ces appareils par l'ensemble des praticiens radiologues des bassins de vie concernés.

3.1.2. Implantation d'appareils d'IRM

L'implantation de nouvelles IRM dans la région a été pensée de manière à prendre en compte pour chaque bassin de vie et chaque implantation déjà existante les critères suivants :

- le taux d'équipement en IRM pour 100 000 habitants par bassin de vie,
- le nombre d'examens réalisés par appareil pour chaque bassin de vie,
- le nombre de passages aux urgences réalisés dans le cas où les CH sont titulaires d'une autorisation d'activité de soins en urgence sur le bassin de vie étudié,
- la présence d'unités spécifiques qui nécessitent un accès à l'IRM 24h/24 (UNV et Urgences Pédiatriques),
- le besoin grandissant d'examens IRM, exprimé par les oncologues, avec demande de pouvoir disposer de plages horaires dédiées à la cancérologie et/ou de la possibilité d'effectuer des examens IRM en urgence.

Il est apparu à travers l'examen de ces critères la nécessité de réduire les inégalités constatées sur le territoire régional en matière de taux d'équipement par bassin de vie et de répondre aux exigences liées à l'implantation de nouvelles unités neurovasculaires dans la région Franche-Comté.

C'est pourquoi il est retenu l'implantation :

- d'un appareil supplémentaire d'IRM à Vesoul,
- d'un appareil supplémentaire d'IRM à Lons-le-Saunier,
- d'un appareil supplémentaire d'IRM sur l'aire urbaine Belfort Montbéliard après ouverture du nouvel hôpital à Trévenans et réalisation d'une nouvelle évaluation des besoins.

Afin d'assurer une prise en charge correcte des patients nécessitant une imagerie de haute technicité et à des fins de recherche, il est proposé également l'implantation d'un appareil d'IRM dédié à l'imagerie de pointe sur l'agglomération de Besançon.

3.1.3. Développement des appareils d'IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non cancérologique

Les travaux préparatoires à la construction du volet Equipement matériel lourd-Imagerie nucléaire ont mis en évidence que les besoins d'imagerie médicale dans la région :

- connaîtront une forte progression en matière d'examens relatifs à la cancérologie,
- que l'application du guide de bonnes pratiques des prescriptions d'examens de radiologie amènera une forte progression des demandes d'examens IRM pour des activités de neurologie et sur des organes comme le foie.

Ces examens ne peuvent être réalisés sur des IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non cancérologique.

En outre, le parc actuel d'IRM de la région est composé de 9 appareils d'IRM sur 10 d'une puissance de 1,5 Tesla, c'est-à-dire des appareils dits "polyvalents", qui répondent à la projection du besoin en examens d'IRM d'ici les 5 ans à venir.

Compte tenu de ces éléments, il n'est pas proposé d'implantation d'IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non cancérologique dans la région Franche-Comté en première intention.

Toutefois, dans le cas où les délais de rendez-vous constatés au cours des enquêtes annuelles de l'ARS ne connaîtraient pas d'amélioration dans l'année qui suivra l'implantation de tous les IRM autorisés dans le cadre du présent volet, il pourra être envisagé, à titre expérimental, une implantation supplémentaire d'IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non cancérologique.

Cette implantation ne pourra se faire que :

- sur un bassin de vie déjà équipé d'au moins 2 appareils,
- sur un bassin de vie pour lequel les délais de rendez-vous dépasseraient les 30 jours pour des patients externes,

Cette autorisation ne pourra être accordée qu'à une structure titulaire d'une autorisation en IRM polyvalent, et dont le nombre d'examens ostéo-articulaires non cancérologiques est estimé l'année

précédente à plus de 4 000 par an. Le cas échéant, un appel à projet spécifique sera lancé auprès des porteurs d'autorisation potentiellement éligibles.

Une évaluation de l'amélioration des délais de rendez-vous sera faite dans les six mois qui suivront l'implantation.

3.2. Imagerie nucléaire

Il n'est pas prévu ni de nouvelles implantations ni de nouveaux appareils en médecine nucléaire sur la région Franche-Comté.

Cette orientation a été retenue en tenant compte :

- du fait que l'offre actuelle permet de répondre aux besoins de la population sans difficulté,
- que les techniques actuellement présentes sur le marché ne permettent pas d'identifier de besoins nouveaux en matière d'équipement matériels lourds pour lesquels une patientèle suffisante pourrait être identifiée au sein de la région et qui permettrait d'en assurer la viabilité.

Si toutefois des évolutions technologiques nouvelles venaient à apparaître pour les TEP scan, notamment par le développement de nouveaux traceurs nécessaires à l'activité de cancérologie ou dans le cadre du diagnostic et du suivi des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, une réflexion sur les besoins pourrait être engagée dans le cadre du renouvellement de certaines autorisations.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

L'organisation territoriale pertinente se définit à l'échelle du bassin de vie, en partant de l'implantation des EMSP (zone de couverture des EMSP et de la coordination d'appui) et en travaillant le lien EMSP / coordination d'appui / Domicile / HAD.

4.1. Modalité de portage d'autorisation

Afin d'assurer un accès le plus large possible des équipements matériels lourds aux radiologues de la région, les porteurs de demandes d'autorisations veilleront à proposer des solutions d'ouverture de l'utilisation des équipements tant aux radiologues libéraux qu'aux radiologues hospitaliers du bassin de vie. Cela pourra se faire :

- soit par des structures juridiques mixtes qui seront privilégiées,
- soit par des modalités de coopération publique-privée pour l'accès aux différents équipements sous la forme de conventions qui devront être jointes aux demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation.

Les porteurs de demandes d'autorisation devront impérativement produire une réflexion sur la réorganisation de leur plateau technique et les modalités de diminution des délais de rendez-vous. Cette mesure vise tant les équipements à renouveler que les équipements nouvellement autorisés.

4.2. Permanence des soins

Dans un premier temps, il est rappelé qu'il est impératif que les sites ayant un service d'accueil des urgences dans la région disposent :

- d'un accès à un scanographe sur place 24 heures sur 24,
- d'une modalité d'accès à un IRM 24 heures sur 24, soit par le biais d'un appareil sur place lorsque cela est prévu par le présent volet du SROS-PRS, soit par le biais d'une convention avec un établissement titulaire d'une autorisation.

Le schéma proposé vise aussi à améliorer la gestion de la permanence des soins au sein de la région Franche-Comté.

A cette fin, dans le cadre de la coopération entre le secteur libéral et le secteur hospitalier pour les porteurs d'autorisation, la participation à la permanence des soins en imagerie de tous les utilisateurs d'équipements matériels lourds sera prévue lorsque le secteur hospitalier n'est pas en mesure de l'assurer seul, dans les conditions précisées ci-après.

Les radiologues libéraux ayant accès à un équipement matériel lourd participent au tour de garde et astreinte en imagerie médicale de l'établissement avec lequel ils le partagent lorsque notamment :

- ils ont des plages d'accès en journée aux matériels lourds de l'établissement,
- les radiologues publics sont moins de 5 pour assurer la ligne de garde et astreinte,
- les appels dans le cadre de l'astreinte ne se font que par un urgentiste sénior.

4.3. Développement de la Téléradiologie

Afin de faciliter l'organisation de la permanence des soins, les porteurs d'autorisations sont invités à mutualiser autant que faire se peut leur ligne d'astreinte.

Cet objectif vise à répondre à la nécessaire efficacité qu'il convient de trouver dans l'organisation de la permanence des soins d'une part, et à améliorer les conditions de travail des radiologues en ce qui concerne leur sollicitation dans la permanence des soins d'autre part.

A cette fin, il est proposé que les projets de mutualisation de lignes d'astreintes et de gardes en imagerie respectent les éléments suivants :

- la réalisation préalable d'une étude d'activité de radiologie et d'imagerie en période de permanence des soins, afin notamment de cerner le besoin en matière d'échographie en urgence,
- une harmonisation entre tous les établissements mutualisés des protocoles de demandes d'examens en urgence (avec les urgentistes) et de réalisation des différents types d'examens (responsabilités des manipulateurs radios et des radiologues quand ces derniers sont à distance),
- ces protocoles devront être soumis aux instances prévues par la réglementation après avis d'un comité technique régional d'imagerie médicale,
- l'obligation pour les établissements participants de prévoir et de présenter la solution technique qu'ils envisagent pour assurer la bonne transmission des images dans un environnement sécurisé.

Le PACS Régional devra en être le support. Son accès devra être étendu tant aux praticiens libéraux qu'aux praticiens exerçant dans des établissements publics. Au cours de la première phase (avril 2011), le CHU de Besançon, le CH de Gray, le CH et les praticiens libéraux de Pontarlier ont intégré ce dispositif. La seconde phase (fin 2011 – 1^{er} semestre 2012) concernera les CH et les praticiens libéraux de Lons le Saunier, de Dole et de la Haute-Saône, ainsi que le CH de Belfort-Montbéliard.

Le droit d'accéder au PACS régional ne sera accordé qu'à condition que le demandeur accepte de partager ses examens avec les autres utilisateurs.

4.4. Développement des performances du parc d'équipements installés

Afin de garantir aux patients un accès au meilleur équipement possible, les porteurs de demandes d'autorisations veilleront à indiquer les modalités selon lesquelles ils entendent assurer le maintien à niveau et la mise à jour régulière des matériels pour lesquels ils demandent une autorisation nouvelle ou un renouvellement d'autorisation.

Ces éléments figureront dans le dossier d'analyse des demandes d'autorisation utilisées par les rapporteurs de l'ARS lors de l'examen des dossiers présentés.

Cette disposition concerne toutes les modalités d'imagerie, tant les renouvellements d'équipement matériels lourds que les nouvelles acquisitions.

4.5. Gradation des plateaux techniques d'imagerie

La gradation des plateaux techniques prévue par le SROS III est reconduite dans le cadre du présent schéma.

4.5.1. Plateau technique complet

- Environnement

Ils sont implantés dans les CHU et dans les établissements les plus importants de la région qui ont vocation à disposer de l'ensemble des techniques d'imagerie.

Les équipements peuvent être dispersés sur plusieurs sites géographiques en fonction de l'organisation des activités cliniques.

L'entité où est implanté le plateau technique doit être suffisamment attractive pour justifier de cette implantation (établissements à vocation régionale ou ayant fonction de recours important).

- Composition :

- radiologie conventionnelle ;
- échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
- exploration vasculaire ;
- plusieurs scanners multibarettes. La garantie d'une permanence des soins (garde radiologique sur site 24 heures sur 24 pour le scanner comme pour l'IRM) Des plages horaires doivent être dédiées :
 - aux urgences lorsque l'on comptabilise plus de 40 000 passages,
 - aux actes diagnostiques liés aux pathologies cancéreuses ;
- au moins deux IRM. Un des appareils doit correspondre à une activité habituelle et permettre une utilisation dans les indications les plus larges. Il doit notamment être accessible 24 heures sur 24 en particulier pour les indications neurologiques d'urgence (AVC) ;
- médecine nucléaire : 2 gamma caméras au moins par site, 1 TEP.

4.5.2. Plateau technique étendu

- Environnement

Il concerne les établissements ou regroupements d'établissements de taille importante couvrant la majorité des pathologies et pouvant disposer d'une autorisation d'accueil des urgences avec une activité conséquente. Ces établissements doivent justifier d'un rôle important au sein d'un territoire de recours.

Certains d'entre eux peuvent avoir développé une spécificité dans un domaine de compétence particulière comme la cardiologie interventionnelle.

- Composition :

- radiologie conventionnelle ;
- échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
- exploration vasculaire si l'environnement médicochirurgical est approprié ;
- un scanner multibarettes disposant de plages horaires dédiées à la prise en charge des urgences, ouvert 24 heures sur 24 ;
- une IRM assurant la permanence des soins, accessible notamment 24 heures sur 24 en particulier pour les indications neurologiques d'urgence ;
- l'accès à la médecine nucléaire pourrait être envisagé, selon le type d'activité de l'établissement.

4.5.3. Plateau technique diversifié

- Environnement

Ces plateaux seront implantés dans les établissements de court séjour disposant d'une activité médicale ou d'une activité chirurgicale suffisante.

- Composition
 - radiologie conventionnelle ;
 - échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
 - un scanner disposant de plages horaires dédiées à la prise en charge des urgences et assurant la permanence de soins ;
 - une IRM dans l'établissement ou par convention.

4.5.4. Plateau technique de proximité

- Environnement
Les établissements ayant une activité limitée.

- Composition
La radiologie conventionnelle et l'échographie semblent suffisantes pour couvrir les besoins de ces établissements. La couverture radiologique en établissement peut être assurée dans le cadre d'une coopération avec les professionnels installés en ville.

5. Evolution de l'offre

- un appareil supplémentaire d'IRM à Vesoul,
- un appareil supplémentaire d'IRM à Lons-le-Saunier,
- un appareil supplémentaire d'IRM sur l'aire urbaine Belfort Montbéliard après ouverture du nouvel hôpital à Trévenans et réalisation d'une nouvelle évaluation des besoins,
- un appareil supplémentaire de scanographie sur l'aire urbaine Belfort Montbéliard,
- un appareil d'IRM dédié à l'imagerie de pointe sur l'agglomération de Besançon
- un appareil de scanographie dédié à l'activité de radiologie interventionnelle à Besançon.

6. Objectifs quantifiés en implantations et nombre d'appareils

	Nombre d'implantations	Nombre d'appareils
Agglomération de Besançon	3 implantations d'IRM	5 appareils d'IRM dont 1 appareil d'IRM dédié à l'imagerie de pointe.
	4 implantations de scanner (3 implantations lors de la fin de l'opération de remontée de Saint-Jacques vers Jean Minjot au CHU de Besançon)	6 scanographes à visée diagnostic 1 scanographe dédié à la dosimétrie 1 scanographe dédié à l'activité de radiologie interventionnelle.
	2 implantations de gamma caméra 1 implantation de TEP scan	5 gamma-caméras 1 TEP scan
Gray	1 implantation de scanner	1 scanographe
Pontarlier	1 implantation d'IRM	1 appareil d'IRM
	1 implantation de scanner	1 scanographe
Dole	1 implantation d'IRM	1 appareil d'IRM
	1 implantation de scanner	1 scanographe
Champagnole	1 implantation de scanner	1 scanographe
Saint-Claude	1 implantation de scanner	1 scanographe
Lons le Saunier	1 implantation d'IRM	2 appareils d'IRM
	1 implantation de scanner	1 scanographe
	1 implantation de gamma caméra	1 gamma-caméra
Vesoul	1 implantation d'IRM	2 appareils d'IRM
	2 implantations de scanner	2 scanographes
	1 implantation de gamma caméra	1 gamma-caméra

	Nombre d'implantations	Nombre d'appareils
Aire urbaine de Belfort Montbéliard	3 implantations d'IRM, Lors de la mise en service du nouvel hôpital à Trévenans, il conviendra d'opérer le transfert d'une implantation existante vers ce site.	4 appareils d'IRM dont 1 conditionné à la mise en service du nouvel hôpital à Trévenans prévue dans le cadre de la restructuration du CH de Belfort Montbéliard
	6 implantations de scanner avec 5 implantations après la mise en service du nouvel hôpital à Trévenans, dont une sur ce site	6 scanographes
	3 implantations de gamma caméra	3 gamma-caméras
	1 implantation de TEP Scan	1 TEP Scan

7. Objectifs en accessibilité

Concernant l'accessibilité, les points suivants sont rappelés :

- amélioration de l'accès des usagers par réduction des délais de rendez-vous (se reporter au paragraphe 4.1 ci-dessus)
- accès 24H/24 au scanographe et à l'IRM (se reporter aux paragraphes 4.2 et 4.5)
- ouverture de l'accès aux équipements au plus grand nombre de professionnels (se reporter au paragraphe 4.1)

8. Indicateurs de suivi

Afin de répondre aux objectifs fixés par le guide méthodologique diffusé par la DGOS, et afin de s'assurer de mesurer les évolutions en terme d'accessibilité aux équipements matériels lourds, il est proposé la réalisation d'une enquête annuelle sur les délais de rendez-vous.

Cette enquête sera conduite avec les outils créés par l'ANAP et selon la méthodologie mise en place par celle-ci dans son étude sur 14 régions en 2010.

Elle sera menée par les services de l'ARS dans le quatrième trimestre de chaque année et fera l'objet d'une restitution auprès des titulaires d'autorisation avec des éléments de comparaison interrégionale si ceux-ci sont disponibles, dans le courant du premier trimestre de l'année suivante.

Le taux d'équipement pour 100 000 habitants et le nombre d'examen par appareils fera l'objet d'un suivi annuel.

Enfin, une enquête annuelle sera conduite afin d'évaluer pour chaque équipement son profil d'activité selon les différents types d'examen d'imagerie qu'il pratique (incluant la proportion d'examen par appareil d'IRM liés aux pathologies cancéreuses).

A l'occasion de cette enquête, l'ARS procédera aussi à un recensement :

- du nombre de sites disposant d'un accès H24 à l'IRM,
- du nombre de coopérations entre plusieurs sites portant sur la télémédecine pour l'interprétation à distance des images.

Un tableau spécifique élaboré par l'ARS sera transmis à cet effet à tous les titulaires d'autorisation dans le courant du mois de novembre de chaque année.



Fiche SROS - PRS

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et leur faciliter leur prise en charge.
Priorité3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Maladies chroniques et rares, Périnatalité, Petite enfance.
SROMS	Personnes handicapées.

1. Contexte

1.1. Contexte politique

Il s'agit d'une activité qui figure pour la première fois dans le schéma régional d'organisation des soins.

Ce volet intéresse uniquement l'activité de génétique constitutionnelle post-natale et exclut certains domaines particuliers tels que la génétique des populations, la génétique somatique (recherche de marqueurs génétiques des tumeurs) et l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques aux fins d'établissement d'une preuve par et sous contrôle judiciaire.

Le cadre des autorisations concerne les laboratoires qui réalisent des analyses de cytogénétique et de biologie moléculaire.

La génétique est une science mais aussi une technologie en évolution extrêmement rapide qui voit simultanément apparaître ou disparaître certaines analyses en fonction de la mise au point de nouvelles techniques.

La territorialisation de cette activité doit essentiellement porter sur les consultations qui ne sont pas soumises à autorisation et qui sont impératives, tant au moment de la prescription qui conditionne la nature même des recherches et des techniques utilisées, que pour le rendu des résultats.

Pour la partie technique relative aux examens de biologie en laboratoires, la réforme de la biologie impose l'accréditation des laboratoires, le dialogue entre biologistes et cliniciens. Elle offre des options de coopération différentes et graduées en matière de biologie médicale, soit par la voie de contrat de coopération (article L. 6212-6), soit par la possibilité offerte à un groupement de coopération sanitaire d'exploiter un laboratoire (article L.6223-2), ceci afin de permettre certaines restructurations.

1.2. Contexte réglementaire spécifique

- Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.
- Arrêté du 27 novembre 2008 fixant la liste des équipements des laboratoires d'analyse de biologie médicale nécessaires à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.
- Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.
- Arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale.
- Arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.
- Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

Partie législative

Préalablement à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne, le médecin prescripteur informe celle-ci des risques qu'un silence ferait courir aux membres de sa famille potentiellement concernés si une anomalie génétique grave, dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, était diagnostiquée. Il prévoit avec elle, dans un document écrit qui peut, le cas échéant, être complété après le diagnostic, les modalités de l'information destinée aux membres de la famille potentiellement concernés, afin d'en préparer l'éventuelle transmission. Si la personne a exprimé par écrit sa volonté d'être tenue dans l'ignorance du diagnostic, elle peut autoriser le médecin prescripteur à procéder à l'information des intéressés.

En cas de diagnostic d'une anomalie génétique grave, sauf si la personne a exprimé par écrit sa volonté d'être tenue dans l'ignorance du diagnostic, l'information médicale communiquée est résumée dans un document rédigé de manière loyale, claire et appropriée, signé et remis par le médecin. La personne atteste de cette remise. Lors de l'annonce de ce diagnostic, le médecin informe la personne de l'existence d'une ou plusieurs associations de malades susceptibles d'apporter des

renseignements complémentaires sur l'anomalie génétique diagnostiquée. Si la personne le demande, il lui remet la liste des associations agréées en application de l'article L. 1114-1.

La personne est tenue d'informer les membres de sa famille potentiellement concernés dont elle ou, le cas échéant, son représentant légal, possède ou peut obtenir les coordonnées, dès lors que des mesures de prévention ou de soins peuvent leur être proposées.

Si la personne ne souhaite pas informer elle-même les membres de sa famille potentiellement concernés, elle peut demander par un document écrit au médecin prescripteur, qui atteste de cette demande, de procéder à cette information. Elle lui communique à cette fin les coordonnées des intéressés dont elle dispose. Le médecin porte alors à leur connaissance l'existence d'une information médicale à caractère familial susceptible de les concerner et les invite à se rendre à une consultation de génétique, sans dévoiler ni le nom de la personne ayant fait l'objet de l'examen, ni l'anomalie génétique, ni les risques qui lui sont associés.

Le médecin consulté par la personne apparentée est informé par le médecin prescripteur de l'anomalie génétique en cause.

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 1111-2 et à l'article L. 1111-7, seul le médecin prescripteur de l'examen des caractéristiques génétiques est habilité à communiquer les résultats de cet examen à la personne concernée ou, le cas échéant, aux personnes mentionnées au second alinéa de l'article L. 1131-1.

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ne peuvent être pratiqués que dans des laboratoires de biologie médicale autorisés à cet effet et accrédités dans les conditions prévues par le code de la santé publique. Lorsque le laboratoire dépend d'un établissement de santé, l'autorisation est délivrée à cet établissement.

Sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1131-2-1, sont habilités à procéder à des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales les praticiens agréés à cet effet par l'Agence de la biomédecine mentionnée dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Partie réglementaire

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette analyse a pour objet :

- 1° soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- 2° soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- 3° soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Constituent des analyses aux fins de détermination des caractéristiques génétiques d'une personne ou de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales :

- 1° les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- 2° les analyses de génétique moléculaire ;
- 3° toute autre analyse de biologie médicale prescrite dans l'intention d'obtenir des informations pour la détermination des caractéristiques génétiques d'une personne équivalentes à celles obtenues par les analyses mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus. Ces analyses sont récapitulées dans un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence de la biomédecine.

La prescription et la réalisation de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales, ainsi que les modalités particulières des consultations adaptées en matière de génétique, font l'objet de règles de bonnes pratiques et tiennent compte des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

2. Diagnostic

2.1. Bilan des autorisations

- CHU : autorisation en date du 9 octobre 2008 pour les analyses de cytogénétique, y compris analyses de cytogénétique moléculaire, et pour les analyses de génétique moléculaire.
- Etablissement Français du Sang de Bourgogne Franche-Comté : autorisation en date du 15 juin 2010 pour les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et autres facteurs impliqués dans la thrombophilie.

2.2. Données d'activité

2.2.1. Cytogénétique postnatale en 2009

- Définitions
 - Anomalie équilibrée : réarrangement chromosomique, à type de translocation, ou d'inversion, qui n'a généralement pas de conséquence directe sur le phénotype du porteur (pas de signes ou symptômes). Une partie de ces remaniements peut être transmise au produit de conception de manière déséquilibrée et déterminer, le cas échéant, des malformations et une déficience intellectuelle ou des fausses-couches. Il est donc important de les déceler.
 - Anomalie déséquilibrée : réarrangement chromosomique qui provoque des effets délétères chez les sujets porteurs.
- Activités

Indications	Techniques	Nombre d'analyses	Nombre d'anomalies équilibrées	Nombre d'anomalies déséquilibrées
Retard mental/malformations	Caryotype	143	1	3
	FISH	57	0	6
Anomalies du développement Cette section n'est pas très différente de la précédente et devrait y être jointe	Caryotype	115	0	2
	FISH	7	0	0
Troubles de la reproduction	Caryotype	297	5	5
	FISH	2	0	1
Etudes familiales	Caryotype	43	5	1
	FISH	3	0	0
Autre	Caryotype	31	6	1
	FISH	10	0	7
Total Région	Caryotype	629	17	12
	FISH	79	0	14
Total France	Caryotype	68186	1944	2484
	FISH	12792	900	1710

Pour une meilleure compréhension, il est précisé dans le cadre du présent bilan que la génétique biologique du laboratoire de génétique du CHU concerne différentes activités :

- la cytogénétique postnatale,
- la cytogénétique prénatale (bilan dans volet DPN),
- la cytogénétique somatique onco hématologique qui représente une forte activité mais n'est pas concernée par les différents volets du SROS-PRS,
- la génétique moléculaire constitutionnelle (cf. infra).

Il est à signaler que la cytogénétique postnatale proprement dite ne dispose actuellement que de 0,3 ETP de PH au CHU de Besançon.



2.2.2. Activité de CGH array postnatale en 2009

L'array CGH est une méthode d'analyse qui repose sur l'hybridation génomique comparative. Elle est aussi bien utilisée par les laboratoires de cytogénétique que par les laboratoires de génétique moléculaire. Elle ne fait pas l'objet d'une demande d'autorisation spécifique et est souvent mutualisée dans un même établissement voire en inter-établissement.

Elle permet la détection de déséquilibres quantitatifs de petits segments de chromosomes, non visibles à l'examen microscopique de ceux-ci par les méthodes conventionnelles d'analyse (cytogénétique). Elle tend à remplacer progressivement ces méthodes, car plus sensible.

Elle a fait l'objet de subsidiation directe, hors nomenclature, par deux programmes successifs du ministère. Ceux-ci couvrent de 10 à 20% des besoins La plupart des centres de génétique a ainsi suppléé le programme de soutien par l'acquisition d'une plate-forme propre.

Le savoir-faire afférent, indispensable au personnel scientifique qui assure ce type d'analyse, est volontiers enseigné par les compagnies commerciales qui vendent ces plates-formes. Il s'agit des mêmes indications que celles qui présidaient autrefois à la prescription du caryotype qui reste souvent indiqué simultanément, car décelant les anomalies équilibrées citées plus haut, ce que l'aCGH ne fait pas.

A titre d'exemple, Strasbourg, Dijon, Amiens et Lyon ont ainsi développé leurs ressources propres.

Indications	Nombre de dossiers rendus	Nombre d'anomalies déséquilibrées
Retard mental/malformations	46	46
Autres	2	2

En 2009 : 59 tests sont pris en charge et financés en Franche-Comté. La demande pour 2010 s'est élevée à 100 demandes de tests, ces réalisations sont donc actuellement bloquées. Le besoin est évalué d'après les professionnels, entre 400 et 600 tests annuels.

2.2.3. Activité de génétique moléculaire postnatale en 2009

La pharmacogénétique est différente des autres analyses de génétique car elle n'a pas pour objet le diagnostic de maladie mais l'étude du lien entre les caractéristiques génétiques d'un individu et la réponse de l'organisme à l'égard des médicaments.

L'hémochromatose est particulière car la recherche des mutations fréquentes est la seule analyse de génétique moléculaire actuellement à la nomenclature.

Enfin, la recherche des mutations des facteurs II et V (thrombophilie non rare) a la particularité d'être souvent prescrite dans le cadre d'un bilan de thrombose. De nombreux laboratoires qui réalisent ces analyses considèrent à tort qu'il ne s'agit pas d'un examen des caractéristiques de la personne.

	Franche-Comté	France
Nombre de diagnostics		
- disponibles	12	1060
- réalisés	11	951
Nombre de gènes		
- réalisés	9	1143
- testés	9	1042
Nombre d'analyses rendues	2397	271330
- dont hémochromatose et facteur II facteur IV	1788	109168

Au regard de la disponibilité en biologiste au CHU, la liste des tests présentés ne peut que se limiter à un nombre réduit de tests de niveau 1. Depuis quelques mois toutefois, a été mise en place, dans le cadre des tests de pharmacogénétique, la recherche du polymorphisme du gène de l'IL28 B utilisés pour la conduite du traitement de certaines hépatites C.

2.2.4. Liste des tests effectués par génétique moléculaire en 2009

Le nombre d'affections génétiques offertes au diagnostic par la génétique moléculaire (analyse de l'ADN) a cru de manière considérable ces dernières années et c'est aujourd'hui plus de 1800 d'entre elles qui sont ainsi devenues disponibles. Des laboratoires de référence sont ainsi accrédités pour effectuer ces analyses, en France et, souvent, à l'étranger. Leur coût varie de 300 à 2000 EUR, en fonction de la taille du gène correspondant et du type d'analyse (voir infra).

Ces analyses comportent deux niveaux de complexité :

- analyses courantes de niveau 1. : souvent inscrites à la nomenclature, elles relèvent de l'offre de proximité. Elles recherchent les mutations les plus fréquentes dont la causalité pour la maladie étudiée est clairement démontrée. La technique utilisée est généralement simple et souvent basée sur des dispositifs spécifiquement établis pour une recherche ciblée. Elle peut faire l'objet d'un contrôle de qualité externe.

Le résultat d'une analyse de niveau 1 est par conséquent le plus souvent binaire et toutes les mutations ne sont généralement pas étudiées.

Tout laboratoire accrédité et autorisé (dans la limite de son autorisation) peut réaliser ces analyses.

- analyses de niveau 2. : hyperspécialisées et dont le niveau de recours peut être, selon la rareté de pathologies en cause et la complexité du diagnostic et de la prise en charge : régional, interrégional, voire national ou international.

L'analyse du gène est exhaustive, la technique peut être simple ou complexe. Toute technique de balayage pour rechercher des mutations inconnues rentre dans ce cadre.

Pour réaliser cette analyse, le laboratoire devra assurer :

- la prise en charge d'échantillons d'autres laboratoires lorsque les analyses de niveau 1 n'ont pas permis de mettre en évidence de mutation et si la clinique le justifie,
- la veille technologique et scientifique,
- la participation à l'organisation du contrôle de la qualité interne et externe (mise à disposition de témoins positifs),
- le lien avec un centre de référence de la maladie s'il existe.

Numéro ORPHA	Maladie	Nombre de tests rendus	Nombre de laboratoires ayant effectué un test de niveau 1
ND	qPCR de contrôle de CGH array	39	1
ORPHA1646	Délétion de l'Y	183	1
ORPHA242	Dysgénésie gonadique XY	7	1
ORPHA393	Syndrome du mâle XX	6	1
ORPHA395	Homocystinurie par déficit en méthylènetétrahydrofolate réductase	128	1
ORPHA445	Hémochromatose	75	1
ORPHA586	Mucoviscidose	137	1
ORPHA64738	Thrombophilie non rare	1713	1
ORPHA72	Syndrome d'Angelman	7	1
ORPHA739	Syndrome de Prader-Willi	25	1
ORPHA908	Syndrome de l'X fragile	77	1

Numéro ORPHA : le numéro ORPHA de la maladie est un numéro unique qui permet d'identifier la pathologie et reconnu au niveau européen pour les maladies rares.

2.2.5. Consultation de génétique

Le CHU organise des consultations de génétique. A ce jour, trois médecins y participent, dont deux à temps partiel. Au total, c'est 1 ETP qui est consacré à cette activité. Il s'agit de consultations de génétique clinique dans ses composantes d'avis diagnostique et de conseil génétique.

Elles sont assurées par un chef de clinique assistant (0.5 ETP) et par un PU-PH nouvellement nommé au CHU, chef du service dénommé "Centre de génétique humaine", et existant, au côté du service de GBHBDR (Génétique biologique-histologie-biologie de la reproduction) comme composantes génétiques du pôle de Biologie.

Des consultations de médecine prédictive en oncogénétique sont également assurées par un médecin-biologiste spécialisé en cytogénétique, à raison de 0.33 ETP, et par un conseiller en génétique (1 ETP), dans le cadre d'un soutien INCA.

L'ensemble de ces consultations se tient dans le bâtiment St Paul, sauf une consultation mensuelle d'oncogénétique à Montbéliard, et une consultation de conseil génétique hebdomadaire sur le site de Minjoz. La partie oncogénétique clinique reste supervisée par le service de GBHBDR, l'UF d'oncogénétique formant partie de ce service.

Le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard organise des consultations de génétique une fois par mois depuis juin 2010. Elles sont assurées par un PU-PH de Strasbourg, qui a déjà rencontré environ 50 patientes. La périodicité de ces consultations en génétique paraît insuffisante au vu de la forte demande dans le Nord Franche-Comté (et notamment des pédiatres).

Consultations d'oncogénétique réalisées par le CHU de Besançon :

	2005	2009	2010
Nombre de consultations cliniques	233	514	540
Nombre de nouvelles familles vues en consultation	73	179	210
Nombre de nouveaux patients vus en consultation	69	290	300
Nombre Total de biologies moléculaires demandées (cas index)	50	53	80
Nombre de biologies moléculaires demandées BRCA (cas index)	ND	25	49
Nombre de biologies moléculaires demandées MMR (cas index)	ND	10	10
Nombre de biologies moléculaires demandées (apparentés)	49	36	50
Nombres de résultats rendus (cas index)	17	37	45
Nombre de résultats rendus (apparentés)	32	34	45
Nombre de mutations identifiées (cas index)	4	6	8
Nombre de mutations identifiées (apparentés)	13	13	19

Type de consultation	2005	2009	2010
Sein – Ovaire	66	211	246
Cancers digestifs	58	147	150
Autres	109	156	144
TOTAL	233	514	540

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

- Mise en place récente d'un service clinique de génétique avec recrutement d'un praticien hospitalo-universitaire en génétique. Le SROS III avait noté la fragilité de la génétique et la nécessité de stabiliser la génétique clinique. Cette restauration récente a pu être obtenue par un investissement important de la génétique biologique ayant permis de maintenir cette activité pendant plusieurs années mais au prix d'une perte de disponibilité sur le créneau du développement de la biologie.
- Insuffisance des consultations de génétiques en Franche-Comté qui souffre d'un important retard dans la structuration de la filière qui génère d'une part, une insuffisance de prise en charge, et d'autre part un accès inégal de la population à ces consultations. Compte tenu de la vocation du centre de génétique humaine à assurer à l'échelle de la région un rôle dans l'établissement du diagnostic des maladies rares, dans le conseil génétique aux familles et dans les choix à opérer dans le cadre de la consultation pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, il importe que celui-ci puisse disposer d'un renforcement de ses ressources.
- Faiblesse de la génétique moléculaire qui nécessite d'être renforcée avec intérêt de mener une réflexion interrégionale dans le cadre de la biologie moléculaire pouvant permettre la réalisation éventuelle d'analyses de niveau 2 dans ce cadre.

3. Orientations stratégiques

Le délai imparti pour la réalisation de ce premier volet n'a pas permis la réalisation d'une réflexion et d'une coordination interrégionale qui paraît cependant souhaitable compte tenu de la taille de la région. Cette concertation pourra, le cas échéant, se formaliser par l'élaboration d'un SIOS en application de l'article L. 1434-10 du CSP et par la délivrance d'autorisations dans un cadre interrégional.

Dans l'attente, les orientations retenues sont les suivantes :

3.1. Organiser au sein d'une filière structurée, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes et de leur famille concernées par les problématiques de génétique constitutionnelle

- Soutenir le développement et le renforcement du centre de génétique humaine du CHU afin de :
 - renforcer les consultations de génétique,
 - développer la mise en place progressive de consultations avancées.
- Prévoir une articulation avec les centres de référence et de compétence de maladies rares afin de renforcer l'expertise.
- Développer les centres de prélèvements couplés à une organisation mutualisée du ramassage et du transport de ceux-ci, permettant une offre de proximité pour les phases pré-analytique, analytique et post-analytique des examens ne nécessitant pas de proximité mais une expertise à renforcer en développant notamment la coopération entre laboratoires.
- Développer une phase pré-analytique de proximité (prises en charge, prélèvements, transports des échantillons) pour les examens de génétique moléculaire spécialisés et dont les plateaux techniques ne peuvent pas être régionalisés.
- Développer une phase de biologie post-analytique d'expertise renforcée pour répondre aux besoins des consultations avancées dans la région.
- Renforcer la coopération entre le laboratoire de biologie médicale du CHU et les laboratoires de biologie médicale nationaux de référence.
- Mettre en place une coopération entre le CHU et le laboratoire de recherche régional qui dispose d'un plateau technique comportant un automate qui réalise les analyses de CGH array ou rechercher une autre solution car celle-ci n'est pas complètement adaptée aux besoins qui sont ici purement diagnostiques. Eviter les doublons en automates pour une meilleure efficacité.

3.2. Soutenir la mise en place d'une filière universitaire en génétique médicale

Le recrutement d'un nouveau PU-PH permettra à la région de former des internes dans cette spécialité. La demande de la région est de 3 internes sur 5 ans, cependant cet objectif semble déjà difficile à atteindre puisque seuls 90 postes sont ouverts dans toute la France pour la période 2010-2014 (arrêté pluriannuel modifié du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision).

3.3. Mettre en place une offre graduée

En Franche-Comté seules sont réalisées les analyses de niveau 1. Les analyses de niveau 2 hyper spécialisées ne pourront être envisagées que dans le cadre d'une coopération interrégionale entre les différents CHU concernés.

Les analyses chromosomiques par puce à ADN, pouvant être réalisées soit par des laboratoires de cytogénétique, soit par des laboratoires de biologie moléculaire, sont appelées à tripler dans les prochaines années, avec, en corollaire, la baisse d'indication des caryotypes, compte tenu des nouvelles recommandations internationales dans le diagnostic des syndromes malformatifs et troubles du développement. Toutefois, cette activité nécessite une expertise clinique et biologique importante, compte tenu de la complexité de son interprétation, justifiant son développement à l'échelon interrégional ou régional, dans le cadre d'un réseau national adossé aux centres de génétique clinique et aux CHU, en lien étroit avec les laboratoires de cytogénétique ou de biologie moléculaire existants.

3.4. Réorganiser les structures existantes

Au sein des établissements de santé afin de favoriser le regroupement de l'activité d'analyse et post-analyse, l'objectif étant de parvenir à un nombre restreint de plateaux techniques de taille critique suffisante pour permettre l'automatisation des techniques, l'amélioration de la qualité du service rendu et le recours à l'innovation.

3.5. Veiller à l'inscription des laboratoires dans les démarches d'évaluation de leurs pratiques et/ou de certification. (cf. SROS-PRS Biologie)

4. Articulations avec la prévention et le médico-social

- Développer les liens avec les CAMSP et établissements pour handicapés par identification d'une filière structurée permettant d'articuler l'offre de génétique avec ces centres.

5. Objectifs quantifiés en Implantations

Besançon 1 implantation : analyses de cytogénétique, y compris analyses de cytogénétique moléculaire, et analyses de génétique moléculaire

1 implantation : analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et autres facteurs impliqués dans la thrombophilie.

6. Indicateurs de suivi

- Nombre et répartition des consultations de génétique.
- Effectivité de l'entrée des laboratoires de cytogénétique et de génétique moléculaire en Franche Comté dans la démarche d'accréditation.

Fiche SROS - PRS

Soins Palliatifs

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 1 Objectif 1.4	Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité.
Priorité 2 Objectif 2.1	Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière, de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	
SROMS	Personnes âgées.

1. Contexte

1.1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 2002, "les Soins Palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux conséquences des maladies mortelles, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés". Pour la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), "les soins palliatifs et l'accompagnement sont multidisciplinaires dans leur démarche. Ils s'adressent au malade en tant que personne humaine, à sa famille et à sa communauté, que ce soit à son domicile ou en institution. La formation des soignants fait partie intégrale de la démarche de soins palliatifs. Les soins palliatifs renvoient à une démarche plutôt qu'à un modèle d'une structure de soins qui correspond à une conception humaniste et pluridisciplinaire de la médecine".

1.2. Contexte règlementaire spécifique

On distingue 3 périodes :

1.2.1. 1999-2001

La loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs est un texte important. Elle complète les dispositions existant jusqu'alors et rappelle que le schéma régional d'organisation sanitaire "fixe en particulier les objectifs permettant la mise en place d'une organisation optimale pour répondre aux besoins en matière de soins palliatifs". Cette loi engage les établissements de santé publics ou privés et médico-sociaux à mettre en œuvre les moyens propres à la prise en charge de la douleur et à la dispensation de soins palliatifs.

De 1999 à 2001 est mis en œuvre un premier plan triennal de développement des soins palliatifs.

1.2.2. 2001-2005

Cette période est marquée par deux lois importantes :

- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades,
- la loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des patients en fin de vie, complétée par les décrets du 6 février 2006, qui recherche une solution éthique à l'encadrement juridique de la relation médicale entre le médecin et le malade en fin de vie.

Un nouveau plan quadriennal relatif aux soins palliatifs couvre la période 2002-2005 et sur cette période, plusieurs textes ministériels contribuent à la mise en œuvre de la démarche soins palliatifs.

1.2.3. 2005-2011

- Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012
- Circulaire DHOS/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référent national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.
- Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, fondatrice de l'activité des Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), définissant leurs missions, leurs objectifs opérationnels et leur organisation.
- Instruction DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD, précisant le rôle des EMSP dans le développement de la démarche palliative en EHPAD.

2. Diagnostic

Historiquement, la Franche-Comté a été dotée dès 1999 de moyens et d'une organisation pensée dans une visée d'équité de l'offre et de facilitation d'accès aux soins palliatifs.

2.1. Etat des lieux

2.1.1. L'équipement

2.1.1.1. Les Unités de Soins Palliatifs (USP)

Il en existe une dans le Doubs située au CHU de Besançon. Elle est mutualisée avec le centre d'évaluation et de traitement de la douleur dans un département situé dans un pôle "autonomie handicap", ce qui augmente sa capacité à répondre à ses missions de recours.

Une extension de 6 à 15 lits a eu lieu au cours du second semestre 2010 dans le cadre du transfert de l'activité de chimiothérapie d'une clinique au CHU. Les 9 lits créés sont liés au service de cancérologie par convention.

Établissement	Nombre de lits	Composition de l'équipe en ETP
CHU Besançon hôpital Jean Minjoz	15	med (2,8 + 6 vac), cadre (1), IDE (17), AS (15,5), ASH (6,75), psycho (1,5), kiné (0,75), Ass soc (1), secret (1)

2.1.1.2. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont présentes dans chaque département. 8 EMSP sont financées.

Département	Etablissement	Composition de l'équipe mobile
Doubs	CHU Besançon	ETP med (2,3) cadre (0,5) IDE (0,5) psy (0,5) secrétaire (0,5)
	CH Pontarlier	ETP med (1) cadre (0) IDE (1) psy (0,5) secrétaire (0,5)
Jura	CH Dole	ETP med (0,6 + 3 vacations) cadre (0) IDE (1) psy (0,5) secrétaire (0,5)
	Equipe inter établissement entre CH Lons le Saunier* CH Champagnole* CH Saint Claude*	ETP med (1,8)* cadre (0) IDE (1 + 0,5 au CH St Claude) psy (0,7+ 0,3 St Claude) secrétaire (0,5) <i>* temps médical mutualisé et financé par les CH de Lons (0,8 ETP), St-Claude (0,5 ETP), Champagnole (0,5 ETP)</i>
Territoire de Belfort	CH Belfort - Montébliard EMSP Belfort - Montébliard	ETP med (1,8) cadre (0,5) IDE (2) psy (1) secret (0,8)
Haute-Saône	CHI de la Haute-Saône	ETP med (1,5)* cadre (0,5) / réduit à 0,25, poste vacant depuis nov 2009, sera occupé en septembre 2011. IDE (0,5) psy (0,8) secrétaire (0,5) <i>* un mi-temps a été consacré à la coordination régionale jusqu'en 2010</i>
	CH Gray	ETP med (0,5) cadre (0) IDE (1) psy (0,5) secrétaire (0,5) <i>* les temps non médicaux ont été mutualisés avec l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation gériatrique</i>

Une Equipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) a été financée et mise en place entre 2010 et 2011 dans le cadre de la mesure 4 du programme de développement des soins palliatifs.

Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques	Rattachement administratif au département douleur soins palliatifs du CHU	ETP med (0,8), IDE ou puéricultrice (0,5 en cours de recrutement)
--	---	---

2.1.1.3. Les lits identifiés soins palliatifs (LISP)

Il existe 51 lits identifiés, couvrant tous les départements avec une répartition entre le court séjour et le SSR de 2/3-1/3.

Département	Établissements de santé	MCO	Ex HL	SSR
Doubs	CHU Besançon (2 hémato, 3 pneumo)	5		
	Clinique Saint Vincent	3		
	Centre de soins des Tilleroyes	0		3
	CH d'Ornans	0	2	
	CH Pontarlier	2		
	CH Morteau	0	2	
	Clinique St Pierre	2		
Jura (1 équipe interétablissements)	CH Dole	2		1
	CH Lons le Saunier (2 oncologie ; 1 gastro.)	3		
	CH Poligny	0	2	
	CH Morez	0	2	
Territoire de Belfort	CHBM SSR Bavilliers	0		2
	CHBM SSR Mittan	0		2
	CHBM Montbéliard (onco)	4		
	CHBM Belfort (gastro)	6		
Haute-Saône	CHI de la Haute-Saône Vesoul (3) : Lure (1) ; Luxeuil (1)	5		
	CH Gray	3		
Total		35	8	8

Les 3 lits identifiés soins palliatifs d'oncologie du CHU ont été supprimés lors de l'extension de l'USP de 6 à 15 lits en juillet 2010.

2.1.2. Les coordinations

Depuis fin 2004, l'Arespa (association régionale pour les soins palliatifs) a souhaité faire évoluer son action au profit de toute situation jugée complexe par le médecin traitant (soins palliatifs mais également situations de handicap, de perte d'autonomie, d'addiction, etc.). Désormais, le réseau Arespa devenu (association du réseau de santé de proximité et d'appui) développe une coordination qui vient en appui aux professionnels de santé libéraux, notamment aux médecins traitants, ainsi qu'aux patients et à leurs familles, pour coordonner le retour et/ou le maintien à domicile des personnes en situation de soins complexes, notamment en soins palliatifs.

Cette coordination s'étend aujourd'hui sur 6 bassins de vie : Morteau, Pontarlier, Dole, Revermont, Belfort et Montbéliard, Gray.

Cette approche répond aux orientations de la circulaire DHOS/03/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 qui pose le cadre de fonctionnement des réseaux de santé.

La valeur ajoutée du dispositif de coordination déployé par l'Arespa repose sur le suivi à domicile des patients. Une fois l'évaluation des besoins établie à domicile, les coordinatrices d'appui mettent en place un plan personnalisé de santé validé par le patient, sa famille et le médecin traitant puis rencontrent le patient régulièrement à domicile pour assurer le lien entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers dont les EMSP, les structures de soins et d'aide à domicile, les institutions positionnées (Conseil Général, Caisses d'assurance maladie, MDPH....) facilitant ainsi le décroisement entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le social.

L'offre HAD (hospitalisation à domicile), s'appuie sur une bonne collaboration avec l'Arespa. Dans le Nord Franche-Comté, l'Arespa et l'HAD sont liées par une convention et ont en partie mutualisé leurs moyens

2.1.3. L'offre dans le secteur médico-social

On décompte à ce jour 36 conventions entre les établissements de rattachement des EMSP et les EHPAD, soit 15% des EHPAD.

2.1.4. La formation et la recherche

On constate une très forte implication de l'équipe du CHU tant dans la formation (initiale et continue) qu'en matière de recherche en soins palliatifs et éthique (existence d'une équipe de recherche dédiée).

2.1.5. L'information grand public et la vie associative

7 associations sont réparties sur la région. Elles assurent la formation et le suivi des bénévoles et mènent des actions de sensibilisation tournées vers le grand public.

2.1.6. L'expérimentation d'une maison de vie

Les progrès médicaux, notamment dans le champ de la cancérologie, permettent aujourd'hui de prolonger la vie de certains patients. Leur accompagnement est toutefois particulièrement lourd pour leurs proches.

Il paraît donc opportun de réfléchir à la mise en place de dispositifs expérimentaux, alternatifs à l'hospitalisation ou au maintien à domicile, pour permettre cet accompagnement et ce soutien. C'est dans cet esprit qu'un projet expérimental de maison de vie de 7 places a été ouverte à Besançon en juin 2011 (interface domicile/hôpital et sanitaire/médico-social).

2.1.7. L'évaluation des dispositifs

2.1.7.1. Equipes mobiles de soins palliatifs

2 types d'évaluations ont été réalisés :

- l'évaluation menée par la DHOS qui a montré qu'elles assurent leurs missions,
- une évaluation de l'affectation et de l'utilisation des crédits MIGAC réalisée par l'ARH : 7 EMSP sont financées dans le Doubs (Besançon, Pontarlier), le Jura (St-Claude, Lons, Champagnole, Dole), la Haute Saône (Vesoul – Lure Luxeuil Gray), le Territoire de Belfort (Belfort-Montbéliard) ; des sur et des sous-financements ont été identifiés.

Par ailleurs, un bilan d'activité est réalisé par l'ensemble des EMSP sur une base commune de critères quantitatifs et qualitatifs issus du référentiel annexé à la circulaire de mars 2008.

2.1.7.2. Lits identifiés soins palliatifs

Une démarche d'évaluation régionale a été menée à la demande de l'ARH (audit organisationnel et audit clinique). Ce travail a été restitué aux établissements et aux services concernés. Des améliorations ont été demandées à plusieurs sites. Il s'agissait, entre autres, d'améliorer le recueil des données, de mettre en place des staffs pluridisciplinaires, d'améliorer le recueil de la personne de confiance, de mettre en place des protocoles de prise en charge de la douleur.

2.2. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

- Au plan de l'offre hospitalière

Au niveau du projet d'USP au CHBM, le projet est acté et validé dans le projet de construction du nouvel hôpital (ouverture prévue en 2015).

Concernant les EMSP, il faut souligner l'évolution pour le Jura Sud, avec une offre qui s'est étoffée sur le plan médical : 1,8 ETP médical actuellement, partagé entre Lons le Saunier, Champagnole et Saint-Claude. Mais les autres postes sont en difficulté : pas d'IDE à Saint-Claude ni à Champagnole, 1/2 ETP de secrétaire à Saint-Claude actuellement utilisé très partiellement pour les soins palliatifs.

Pour ce qui concerne l'EMSP de Gray, l'offre de mutualisation des temps paramédicaux et du secrétariat avec l'EMEOG (équipe mobile évaluation orientation gérontologique) pour créer une équipe pluridisciplinaire ne se traduit pas dans les faits. Il serait pertinent de mutualiser cette équipe avec l'EMSP du CHU de Besançon (ceci est déjà réalisé pour le temps médical) afin d'utiliser au mieux les moyens : les temps infirmiers et le temps de secrétariat sont en particulier insuffisants sur le CHU et semblent surévalués actuellement pour le CH de Gray.

- Au plan de l'offre dans le secteur médico-social

L'intervention de l'HAD dans les EHPAD est peu connue et donc peu développée. On note un manque de connaissance des attentes et surtout des besoins dans le champ médico-social aussi bien dans le secteur gériatrique que dans le secteur handicap, concernant le développement de la démarche palliative.

Une mise à jour de certaines conventions qui datent de 2008, est en cours suite à la parution de l'instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- Au plan des coordinations

La coordination des équipes de soins palliatifs a besoin d'être redynamisée ; les équipes doivent s'impliquer plus, les missions être redéfinies et la coordination développée au domicile et dans le secteur médico-social.

Les dispositifs d'appui auprès du malade ne sont pas présents sur la Haute-Saône (hormis le secteur de Gray) et le Jura Sud. Les autres secteurs doivent être renforcés (file active de 130 patients en moyenne sur tous les secteurs d'intervention dont la moitié en soins palliatifs).

- Au plan de l'information grand public et de la vie associative

La journée régionale d'échanges annuelle sur les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie préconisée dans le programme national n'a jamais été organisée.

3. Orientations stratégiques

3.1. Conforter et poursuivre l'organisation territoriale

L'objectif sera de consolider les équipements et dégager des axes de développement :

- finaliser la création d'une USP de 10 lits au CHBM : la justification d'une USP dans le Nord Franche-Comté tient à la taille de l'établissement et à la densité de la population de l'Aire urbaine. Cette création devra intervenir sans attendre la création du nouvel hôpital.
- soutenir le développement de l'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP). Cette équipe a différentes missions :
 - établir un diagnostic des besoins, quantitatifs et qualitatifs, et de l'offre en soins palliatifs pédiatriques au niveau régional (en cours),
 - faciliter la démarche palliative dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et à domicile,
 - faciliter l'identification de lits de soins palliatifs en MCO et en SSR (offre de répit dans le cadre de maladies chroniques graves et invalidantes)
 - mettre en place les modalités d'un accompagnement du deuil des parents et des fratries afin de limiter les deuils compliqués.Ces différentes missions s'inscriront dans une démarche d'évaluation de la qualité.
- permettre à la coordination d'appui de couvrir le territoire régional en confortant une perspective de coordination territoriale de proximité pluri thématique.
- impulser l'organisation de rencontres régionales de formation et contribuer aux travaux de l'espace éthique interrégional.

3.2. Développer la pratique des soins palliatifs dans le secteur médico-social

3.2.1. Poursuivre la mise en place d'une démarche projet et d'une démarche qualité dans les établissements médico-sociaux (EHPAD, logements-foyers, MAS...)

Cette démarche, initiée par l'Agence Régionale de Santé, s'inscrira dans le cadre de la collaboration entre le Réseau Qualité (REQUA) et les EMSP. Elle sera développée en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) concernant l'éthique dans les établissements et services médico-sociaux et la bientraitance.

Elle s'appuiera sur une évaluation des attentes, des besoins et de la capacité des établissements médico-sociaux à bénéficier d'actions de formation/appui/accompagnement par les EMSP. Cette étape est engagée dès 2011 dans le cadre de l'évaluation de la démarche qualité et de la bientraitance dans les EHPAD réalisée par le REQUA.

L'objectif est d'aboutir à développer le nombre de conventions entre les établissements médico-sociaux et les EMSP. L'effectivité de ces conventions devra être évaluée régulièrement, notamment au regard du nombre d'interventions des EMSP dans les EHPAD.

3.2.2. Contribuer au maintien à domicile des personnes relevant de soins palliatifs en optimisant le travail en réseau

L'appui du réseau de coordination orienté dans le sens du développement de coordinations d'appui territoriales de proximité, pluri thématiques, a permis de proposer une prise en charge adaptée à domicile et ce soutien doit être accompagné et généralisé à l'ensemble de la région. Ainsi, les deux secteurs non couverts seront prioritaires (Haute-Saône, hormis le secteur de Gray actuellement pourvu, et Jura sud).

Par ailleurs, il conviendra d'encourager l'accompagnement psychologique des patients en situation de soins palliatifs à domicile ou de leurs proches car il est essentiel et complémentaire de la coordination d'appui proposée.

3.3. S'inscrire dans une démarche qualité

3.3.1. Engager un processus d'évaluation quantitative et qualitative

L'évaluation concernera aussi bien l'activité des USP, des EMSP, des LISP, de l'Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP), des réseaux et coordinations d'appui à domicile, de l'HAD, des dispositifs expérimentaux comme la Maison de vie. Elle concernera également le développement des soins palliatifs en EHPAD et le développement de la démarche de réflexion éthique.

L'évaluation quantitative est nécessaire mais l'évaluation qualitative est bien davantage cruciale. L'accent doit être mis sur la traçabilité des actions, la coordination des acteurs (soins palliatifs et soins de support), l'appropriation de la démarche palliative par les soignants, le respect des recommandations tant médicales qu'éthiques...

L'ARS procèdera à l'évaluation des dispositifs existants et renforcés par le Plan soins palliatifs afin de mesurer l'adéquation des pratiques aux référentiels nationaux et de contribuer à vérifier l'impact de cette organisation sur les pratiques des professionnels de santé dans la perspective d'une culture palliative intégrée à la pratique. L'enjeu est de faciliter l'évolution et l'adaptation du système et de son organisation.

Le travail en réseau fera l'objet d'une attention particulière en matière d'évaluation dans une visée d'adaptation à l'évolution des besoins et de l'offre dans les différents territoires de proximité. Même si la vocation de la coordination d'appui n'est pas de se limiter aux soins palliatifs - elle s'attache également aux questions relatives à la dépendance, au handicap, aux soins de support...- son inscription dans le volet "soins palliatifs" du SROS-PRS permettra d'engager un accompagnement et une évaluation en lien avec les politiques nationales concernant le travail en réseau. On suivra en particulier la capacité à fédérer, mutualiser les dispositifs de coordination existants qui ne sont pas interfacés (SSIAD, HAD, EHPAD, CLIC, réseaux de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé...).

3.3.2. Favoriser la réflexion autour de l'éthique

Un Espace éthique interrégional Bourgogne-Franche-Comté a été initié début 2011. Il est positionné géographiquement à Besançon.

Il s'est donné quatre objectifs :

- l'animation des comités d'éthique des établissements sanitaires et médico-sociaux de Bourgogne-Franche-Comté,
- la coordination de projets de recherche interdisciplinaires,
- l'information grand public,
- la formation.

Conformément au projet d'arrêté relatif à la constitution, à la composition et au fonctionnement des Espaces éthiques régionaux et interrégionaux, afin de diffuser les principes de la démarche palliative, l'Espace éthique sera sollicité pour :

- Engager un plan de formation

La formation est un enjeu fondamental pour l'ensemble des acteurs : hôpital (services médicaux et sociaux), SSIAD, Services d'aide à domicile, professionnels de santé libéraux, bénévoles... L'Espace éthique pourra se voir confier la charge d'en assurer la promotion et le développement. Une formation à l'approche éthique pourra constituer une priorité.

- Développer l'information auprès des institutions

La sensibilisation des partenaires institutionnels à la démarche palliative (Conseils généraux, MDPH, CLIC, CPAM, travailleurs sociaux...) représente un enjeu important. La diffusion de l'information sur les dispositifs existants sera assurée par l'Espace éthique.

- Mieux communiquer auprès du grand public

La question des soins palliatifs et de la fin de vie souffre d'une approche médiatisée autour de situations "de crise". Elle doit faire l'objet de débats, d'explications, de sensibilisation "à froid", de manière récurrente. Le grand public doit être informé des dispositifs existants, des lois en vigueur, et s'approprier les notions de fin de vie, soins de confort, projet de vie... A cet égard, l'organisation de débats publics jouera un rôle important de sensibilisation.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

L'organisation territoriale pertinente se définit à l'échelle du bassin de vie, en partant de l'implantation des EMSP (zone de couverture des EMSP et de la coordination d'appui) et en travaillant le lien EMSP / coordination d'appui / Domicile / HAD.

5. Evolution de l'offre / projets de coopération

- Créations à prévoir : USP nord Franche-Comté, expérimentations de lieux d'accompagnement démedicalisés
- Projets de coopération : activité des EMSP à déployer dans le secteur médico-social, places d'HAD, travail avec les associations de bénévoles; favoriser la transversalité sanitaire, médico-social, prévention.
- Etendre le dispositif de lits identifiés en soins palliatifs aux ex-hôpitaux locaux.

6. Objectifs quantifiés en implantations

Besançon	1 unité de soins palliatifs (USP)
Belfort/Montbéliard	1 unité de soins palliatifs (USP) à transférer sur le site de Trévenans à l'ouverture du nouvel hôpital

7. Indicateurs de suivi

7.1. Nationaux

- Part d'établissements enregistrant plus de 600 décès par an en MCO disposant d'une unité de soins palliatifs
- Part d'établissements de santé bénéficiant de l'intervention d'une EMSP (interne ou externe)

7.2. Régionaux

7.2.1. Equipes mobiles de soins palliatifs

Nombre d'interventions totales de l'EMSP (avec déplacement interne ou externe à l'établissement) dont nombre d'interventions :

- pour soutien clinique des malades et de leur entourage
- pour aide au retour à domicile



- pour aide à la décision éthique
- au sein de l'établissement de rattachement de l'EMSP
- au sein d'un autre établissement de santé
- à domicile
- dans les EHPAD, si intervention en EHPAD, nombre de personnes suivies.

7.2.2. Lits identifiés de soins palliatifs

Indicateurs de suivi évaluation externe référence circulaire du 25 mars 2008 et plus particulièrement :

- nombre de personnes prises en charge
- nombre de projets individualisés de soins écrits
- nombre de recueils de la personne de confiance
- existence de staffs pluridisciplinaires

7.2.3. Unités de soins palliatifs : (Circulaire du 25 mars 2008)

- Nombre de lits de l'USP
- Nombre de séjours dans l'USP
- Pourcentage de retours à domicile parmi les sorties (hors décès)
- Nombre de réunions pluridisciplinaires
- Pourcentage d'infirmiers et d'aides soignants formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur
- Nombre total d'heures d'enseignement en soins palliatifs réalisé par des membres de l'USP

7.2.4. Coordinations

- Nombre de patients pris en charge avec un plan personnalisé de santé (PPS)
- Nombre de professionnels de santé adhérents au réseau et intervenant dans au moins un PPS
- Nombre de conventions de coordination avec des établissements de santé
- Nombre de conventions de coordination avec des services de soins et d'aide à domicile
- Nombre de conventions de coordination avec des établissements médico-sociaux en distinguant secteur handicap et personnes âgées
- Nombre de conventions de coordination avec l'HAD.

Fiche SROS - PRS

Soins aux détenus

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité et/ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé mis en œuvre en Franche-Comté.
Priorité 1 Objectif 1.2	Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun.
Priorité 1 Objectif 1.3	Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination.
Priorité 1 Objectif 1.4	Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité.
Priorité 2 Objectif 2.1	Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 2 Objectif 2.5	Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Addictions, Cancer, Education thérapeutique du patient, Personnes placées sous main de justice dont les détenus, Santé mentale.
SROMS	Personnes vulnérables.

1. Contexte

La loi du 18 janvier 1994 a réformé le système de soins en milieu carcéral. Cette loi a transféré au ministère de la santé, la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale, ce principe, fondement de la loi du 18 janvier 1994, est réaffirmé dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Ce volet répond aux axes du Plan interministériel d'actions stratégiques national 2010-2014 définissant la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice et aux recommandations nationales du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a précisé notamment que le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé, les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

Les unités et services spécifiques de dispensation des soins aux personnes détenues sont les suivants :

- UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
- SMPR : Service Médico-Psychiatrique Régional (secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire)
- UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
- UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée.

Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) créées en 1995 sont des unités fonctionnelles d'un établissement public de santé implantées dans un établissement pénitentiaire. Leur mission est d'assurer les soins en milieu pénitentiaire, la prise en charge hospitalière, de favoriser le suivi des soins médicaux après la détention et de développer la prévention et l'éducation à la santé.

En août 2000, la création de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) a été décidée représentant 170 lits d'hospitalisation. Ce dispositif a été complété en mars 2006 par la création de 235 chambres sécurisées implantées au sein des établissements de santé disposant d'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) pour les soins urgents.

La loi d'orientation du 9 septembre 2002 a prévu la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques avec et sans consentement des personnes détenues. Jusqu'à présent, ces personnes ne pouvaient être hospitalisées en psychiatrie que sous le régime de l'hospitalisation d'office (HO).

L'instruction ministérielle du 22 décembre 2010 réaffirme le principe de mise en place d'une commission régionale santé justice en 2011. Celle-ci doit notamment veiller à la mise en œuvre des orientations fixées par le comité interministériel associant les directions de l'administration centrale du ministère de la justice et des libertés.

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

Au 1er septembre 2010, 60 789 personnes étaient écrouées détenues, dont 41 640 (soit 67%) sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers "maison d'arrêt" des centres pénitentiaires.

En 2009, plus de 84 000 personnes sont entrées en détention et ont été examinées par les services de soins.

La surpopulation affecte principalement les maisons d'arrêt et les quartiers maison d'arrêt. Au 1^{er} avril 2010, le taux d'occupation de ces établissements et quartiers est de 122% mais pour certains, il dépasse régulièrement les 200%.

La population carcérale en Franche-Comté était de 599 personnes au 1^{er} avril 2009, 439 au 1^{er} avril 2010 et 468 en 2011 pour une capacité théorique de 500 places.



Santé mentale

La santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile avec une estimation de 17,9% de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12% d'anxiété généralisée et 3,8% de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale).

VIH, VHC, VHB, tuberculose et vaccination

Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04% pour le VIH et 4,2% pour le VHC alors qu'en population générale, elles sont respectivement de 0,23% et 0,84%. Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3% de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20.

L'incidence de la tuberculose en prison, mesurée par la déclaration obligatoire, est 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale (en 2007 elle était de $91,7/10^5$ en milieu carcéral versus $8,9/10^5$ d'incidence nationale). La couverture vaccinale est mal connue.

Handicap

Avoir une incapacité est trois fois plus fréquent en prison, les difficultés les plus souvent rencontrées sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition.

Suicide

La mortalité par suicide est très élevée, 19 pour 10 000 détenus en 2008, soit 6 fois plus que la population générale âgée de 15 à 59 ans. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicide est en augmentation, passant de 109 en 2008 à 115 en 2009.

Addictions

Le quart des entrants déclarent une consommation d'au moins 2 substances psycho-actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope), 30% des détenus entrants présentent une consommation excessive d'alcool.

La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante : 2% en 1998 à 11% en 2006.

2.2. Etat des lieux

2.2.1. Organisation pénitentiaire en Franche-Comté

Les établissements pénitentiaires de Franche-Comté sont dans le ressort de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Strasbourg depuis 2009.

La Franche-Comté dispose de six maisons d'arrêt pour hommes et d'un centre de semi-liberté de 32 places. Aucun établissement franc-comtois ne dispose de quartier pour femmes.

Les établissements pénitentiaires sont les suivants :

Maison d'Arrêt de Besançon	276 places de détention
Maison d'Arrêt de Montbéliard	41 places de détention
Maison d'Arrêt de Lons-le-Saunier	41 places de détention
Maison d'Arrêt de Vesoul	43 places de détention
Maison d'Arrêt de Lure	65 places de détention
Maison d'Arrêt de Belfort	34 places de détention

La maison d'arrêt de Besançon comporte un quartier pour mineurs (7 à 8 jeunes avec un flux annuel de 30).

L'évolution démographique de la population carcérale en Franche-Comté et les taux d'occupation sont détaillés dans le tableau suivant :

Capacité théorique des maisons d'arrêt de Franche-Comté		hébergés au 01/04/08	hébergés au 01/04/09	hébergés au 01/04/10	hébergés au 01/04/11	taux d'occupation au 01/04/11
Besançon	276	352	350	252	257	93,1%
Montbéliard	41	49	53	44	40	97,6%
Lons le Saunier	41	66	66	46	63	153,6%
Lure	65	60	62	47	46	70,8%
Vesoul	43	64	68	50	62	144,1%
Belfort	34	47	44	44	37	108,8%
Total	500	591	599	439	468	96,6%

Compte tenu de l'absence d'établissements de longue peine en Franche-Comté et de quartier pour femmes, le profil dominant est constitué d'hommes jeunes, plutôt dans la tranche d'âge 24/35 ans, condamnés pour des délits liés au vol et trafic de stupéfiant, d'où la forte proportion de personnes présentant des conduites addictives. Ce public cumule souvent des problèmes d'ordre social (en majorité sans emploi) ou personnels (en rupture familiale parents ou conjoint).

2.2.2. Organisation de l'offre de soins aux personnes détenues en Franche-Comté

La Franche-Comté dispose de 6 UCSA, rattachées à un établissement de santé public, dit "établissement pivot".

UCSA	Structure pénitentiaire	Etablissement pivot
Besançon	Maison d'Arrêt	CHU de Besançon
Montbéliard	Maison d'Arrêt	CH Belfort-Montbéliard
Lons-le-Saunier	Maison d'Arrêt	CH de Lons-le-Saunier
Lure	Maison d'Arrêt	CHI de la Haute-Saône
Vesoul	Maison d'Arrêt	CHI de la Haute-Saône
Belfort	Maison d'Arrêt	CH Belfort-Montbéliard

En dehors des heures d'ouverture des UCSA, les urgences sont assurées par le service de médecine d'urgence en centre hospitalier ou par le système de permanence des soins ambulatoire.

Si nécessaire, l'hospitalisation programmée de courte durée (< ou = 2j) est réalisée dans une chambre sécurisée : 2 au CHU Besançon, 1 au CHI de la Haute-Saône et 1 au CH Belfort-Montbéliard.

Les hospitalisations somatiques de plus de 2 jours ou celles réclamant un plateau technique très spécialisé se font dans l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lyon pour les six maisons d'arrêt de Franche-Comté (23 places).

Le service médico-psychologique régional (SMPR) de référence est celui de Dijon. Il assure les soins courants psychiatriques au bénéfice des détenus de l'établissement pénitentiaire dans lequel il est installé, et constitue le lieu d'accueil, pour les soins plus intensifs, pour les détenus de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur.

L'admission en soins psychiatriques sans consentement (anciennement hospitalisation d'office) peut être effectuée au sein des CH de Novillars, de Saint-Ylie, et du CH de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté (sites de Saint-Rémy et de Montbéliard).

Les hospitalisations psychiatriques sont pratiquées dans l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) à Lyon. Cette structure, ouverte en mai 2010, accueille les détenus des maisons d'arrêt de Besançon, Montbéliard et Lons-le-Saunier. Ceux des maisons d'arrêt de Vesoul, Lure et Belfort seront accueillis par l'UHSA de Nancy qui n'est pas encore en fonctionnement (fin 2011). Dans l'attente de son ouverture, les détenus de la maison d'arrêt de Belfort sont hospitalisés au centre Messagier de Montbéliard, ceux de Vesoul et de Lure sur le site de Saint Rémy.

Un projet de recherche intitulé "Evaluation de la situation des personnes malades détenues relevant d'une démarche palliatives dans les établissements pénitentiaires français" - projet PARME - auquel participe la région est en cours.

Le tableau ci-dessous concernant les professionnels de santé exerçant en 2009 dans les UCSA a été réalisé à partir des données de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) ouvert en 2010 :

Personnel pourvu	Médecin Généraliste	Dentiste	Cadre de Santé/ Cadre de santé psychiatrique	Pharmacien sur site	Aide-soignant	Kinésithérapeute	Médecins spécialistes	Infirmier/Infirmier Psychiatrique	Secrétaire Médicale	Psychiatre	Psychologue	Total ETP
MA Besançon	1,2	0,4	0,1	0,2	0,8	0,1	0,2	4,6	1	0,7	2,4	11,7
MA Montbéliard	0,2	0,05	-	-	-	-	-	2,2	-	0,1	0,5	3,05
MA Lons-le-Saunier	0,25	0,2	0,1	-	-	-	-	1,1 0,5	-	0,02	0,25	2,92
MA Lure	0,2	0,1	-	-	-	-	-	1,8	-	0,09	0,08	2,27
MA Vesoul	0,2	0,1	-	-	-	-	-	1,8	-	0,09	0,5	2,69
MA Belfort	0,2	0,1	-	-	-	-	-	1,1	-	-	0,3	1,7
Total Franche-Comté	2,25	0,95	0,2	0,2	0,8	0,1	0,2	13,1	1	1	4,03	24,33

2.2.3. Données d'activité

Ces données sont issues des rapports annuels d'activité qui ont été "standardisés" en mars 2009.

Activité en soins somatiques

Organisation des soins Maisons d'arrêt	Nombre d'actes ou de consultations						
	Total consultations de médecine générale	Nombre de consultations d'entrée	Nombre de consultations de suivi	Nombre de consultations de sortie	Total consultations de médecine spécialisée	Total consultations dentaires	Total actes infirmiers en AMI
Besançon	3468	520	166	-	260	772	1935
Montbéliard	1008	246	762	0	2650	196	5592
Lons-le-Saunier	606	190	200	216	110	172	1122
Lure	572	160	-	-	16	172	4851
Vesoul	607	140	-	-	70	233	193
Belfort	622	186	436	0	46	56	756
Total Franche-Comté	6883	1442	1564	216	3152	1601	14449

Activité en soins psychiatriques

Organisation des soins Maisons d'arrêt	Total consultations de psychiatre	Total consultations de psychologue	Total actes infirmiers
Besançon	1484	2214	NR
Montbéliard	265	835	0
Lons le Saunier	84	344	360
Lure	197	193	NR
Vesoul	97	775	NR
Belfort	46	290	0
Total Franche-Comté	2173	4651	360

Des IDE du CMP de Lure (AHFC) assurent 1/2 journée par semaine à l'UCSA de Lure, il existe un vrai travail de collaboration entre les IDE de l'UCSA et celles du CMP.

Extractions pour raison médicale

Types d'extraction Maisons d'arrêt	Extractions somatiques			Extractions psychiatriques					
	En Urgence	Programmées		Hospitalisation au SMPR		Hospitalisation en secteur de psychiatrie (HO D398)		Hospitalisation en UMD	
		Dont consultations et examens	Dont hospitalisation à l'ESP de référence	Nombre de patients	Nombre de séjours	Nombre de patients	Nombre de séjours	Nombre de patients	Nombre de séjours
Besançon	65	232	232	4	4	12	12	0	0
Montbéliard	50	130	16	4	4	6	6	-	-
Lons-le-Saunier	10	56	1	NR	NR	2	2	-	-
Lure	4	17	3	NR	1	NR	1	-	-
Vesoul	12	68	14	NR	8	NR	5	-	-
Belfort	25	56	9	NR	NR	6	6	-	-
Total Franche-Comté	166	559	275	8	17	26	32	0	0

Activités de prévention, de dépistage et traitements de substitutions

Maisons d'arrêt	Prévention				Dépistage : nombre de tests ou d'exams de dépistage pour l'année					Traitement de substitution		
	Centre de dépistage anonyme et gratuit	Service de lutte anti-tuberculeux	CSAPA alcool	CSAPA drogues illicites	VIH	VHC	VHB	Tuberculose	Syphillis	Méthadone	Buprénorphine	Subst. tabac
Besançon	Non	Oui	Oui	Non	327	248	298	520	303	20	47	61
Belfort	Oui	Non	Oui	Oui	86	86	71	0	87	9	24	0
Montbéliard	Oui	Non	Oui	Oui	136	134	128	0	137	10	25	20
Lons le Saunier	Oui	Oui	Oui	Oui	72	26	26	52	72	3	6	10
Lure	Oui	Oui	Oui	Oui	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Vesoul	Oui	Oui	Oui	Oui	63	63	63	134	63	NR	NR	NR

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Points forts

- Le personnel médical et paramédical est fortement motivé pour travailler dans les UCSA.
- L'organisation des soins somatiques est globalement satisfaisante.
- Les relations entre les responsables des maisons d'arrêt et les professionnels de santé sont de qualité.
- Toutes les UCSA sont informatisées depuis janvier 2011.

2.3.2. Axes de consolidation et/ou d'amélioration

- La permanence des soins doit être mieux définie (rôle du médecin UCSA, protocoles d'intervention et mise en place de conventions).
- Il n'existe pas de SMPR en Franche-Comté, ni de CATTP. Les consultations psychiatriques sont en augmentation. Cette offre de soins est assurée selon les disponibilités des psychiatres soit par vacation, soit à la demande. L'organisation des soins psychiatriques n'est pas toujours satisfaisante pour répondre correctement aux besoins en milieu carcéral et pour le suivi postpénal.
- Les délais pour des soins dentaires sont longs de l'ordre de 2 à 3 mois pour l'UCSA de Besançon.
- Les actions de prévention, de promotion pour la santé et la réduction des risques sont à développer.
- Les locaux des UCSA sont exigus ce qui génère un problème de confidentialité.

3. Les orientations stratégiques

Les orientations stratégiques concernent :

- l'amélioration de l'accès aux soins,
- l'amélioration de la prévention et de la promotion de la santé en milieu carcéral et développement de la politique de réduction des risques.

La commission régionale santé-justice, mise en place en 2011 en Franche-Comté, pourra participer utilement au suivi de la réalisation de l'ensemble des orientations définies ci-après.

3.1. Renforcer et organiser le dispositif de l'offre de soins en santé mentale

- Améliorer l'offre en psychiatrie, renforcer le travail de prévention et de suivi et mener une réflexion en lien avec le programme régional de télémedecine.
- Améliorer l'offre de soins de proximité (Projet de création d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) pour l'UCSA de Besançon).
- Optimiser la coordination entre les UCSA et les Unités Hospitalières Spécialement Aménagée (UHSA) avec participation du personnel des UCSA concernées aux réunions concernant la mise en place de l'UHSA de Nancy pour contribuer à l'élaboration des protocoles et conventions.
- Poursuivre la prise en charge des personnes hospitalisées dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie notamment pour les maisons d'arrêt de Vesoul, Lure et Belfort en attendant l'ouverture de l'UHSA de Nancy (début 2012), cette ouverture n'exonère pas les établissements de santé autorisés en psychiatrie de la prise en charge des détenus dans le cadre de la gestion courte des crises et de la préparation des transferts dans les UHSA.
- Offrir une prise en charge adaptée aux auteurs d'infractions à caractère sexuel en développant la consultation postpénale en médecine légale à Besançon afin d'assurer l'évaluation, la prise en charge et le suivi de ces personnes. Renforcer l'action du centre de ressources régional dans le cadre d'un travail à mener en lien avec la Direction interrégionale des services pénitentiaires, l'UCSA et l'administration pénitentiaire.

3.2. Améliorer le dispositif de l'offre de soins somatiques

- Assurer la permanence des soins en dehors des temps de présence du personnel de l'UCSA dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire et établir des conventions entre les établissements de santé, l'administration pénitentiaire et les intervenants. (Convention en cours d'élaboration entre SOS Médecins, Maison d'Arrêt de Besançon et le CHU).
- Valider le dispositif de chambres sécurisées en partenariat avec l'administration pénitentiaire, la sécurité publique et les établissements de santé.
- Favoriser les liens entre les UCSA et l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Lyon.
- Améliorer les interventions des chirurgiens dentistes.
- Assurer la continuité des soins en milieu carcéral, lors des transferts et à la sortie pour les personnes détenues.
- Mettre en place un partenariat entre UCSA, Centres des soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Equipes de liaisons et soins en addictologie (ELSA), réseaux de santé, structures sociales (CHRS, ...), chantiers d'insertion, service pénitentiaire d'insertion et de probation, médecin traitant.
- Mener une réflexion pour répondre à la nécessité de l'intervention d'un médecin addictologue à l'UCSA de Besançon en associant notamment les deux CSAPA (alcool et drogues illicites).

3.3. Optimiser l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires

- Favoriser le développement de la télésanté en lien avec le programme régional télémédecine.
- Sensibiliser les professionnels de santé aux vigilances (matéριο-vigilance, pharmaco-vigilance, addicto-vigilance). Appliquer et suivre les différents plans (pandémie, canicule..) et signaler les événements indésirables graves.
- Améliorer la prise en charge des détenus et les conditions de travail du personnel de l'UCSA par la participation du personnel de l'UCSA à l'organisation des nouveaux locaux et équipements des UCSA en lien avec l'administration pénitentiaire.

4. Modalités/actions spécifiques de coordination

Prévention :

- Améliorer la prise en charge des addictions
- Améliorer la prévention du suicide en détention.
- Rendre le programme de dépistage organisé du cancer colorectal accessible aux personnes détenues

5. Indicateurs

- Nombre de consultations en psychiatrie.
- Nombre de CATTp.
- Nombre de protocoles/procédures/UHSA.
- Protocoles/convention PDSA.
- Existence de projet thérapeutique/PEC des addictions (circulaire 17/11/2010).
- Délai d'attente pour les soins dentaires.



Fiche SROS - PRS

Hospitalisation à domicile

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Maladies chroniques.
SROMS	Personnes âgées.

1. Contexte

- **1970** : Reconnaissance officielle de l'HAD dans la loi hospitalière de 1970, article 4. Seuls les malades préalablement hospitalisés peuvent bénéficier de l'HAD. Aucun décret d'application n'est paru.
- **Circulaire du 12/03/1986** du ministère des Affaires Sanitaires et Sociales. Elle permet l'extension de cette prise en charge à tous les malades à l'exception des malades mentaux.
- **Loi hospitalière du 31/07/1991** avec les décrets du 02/10/1992 :
 - 92-1100 : taux de change,
 - 92-1101 : définition de l'HAD et imputation à la carte sanitaire de médecine,
 - 92-1102 : modalités de fonctionnement.
- **Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000**, complétée par la circulaire du 11/12/2000
Elles ont permis de décliner de manière pratique les typologies de séjour et a réaffirmé les exclusions. Les malades admis en HAD nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psycho-social. Ne sont pas admis en HAD, les malades qui relèvent :
 - uniquement de soins à l'acte, non coordonnés,
 - de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
 - uniquement de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie (Art. R 712-2.2-CSP),
 - d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la haute technicité des soins requis.

Trois catégories de soins sont possibles :

- Soins ponctuels :
 - soins techniques et complexes,
 - pathologie non stabilisée,
 - durée préalablement déterminée.Ils peuvent être réitérés (chimiothérapie par exemple).
- Soins continus :
 - soins techniques plus ou moins complexes,
 - soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie,
 - pathologie évolutive,
 - durée non déterminée préalablement.
- Réadaptation au domicile :
 - après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou une polypathologie,
 - durée préalablement déterminée.
- **Ordonnance du 4 septembre 2003**
 - supprime le taux de change,
 - supprime l'imputation à la carte sanitaire,
 - instaure l'obligation pour les SROS d'intégrer le développement des alternatives à l'hospitalisation, dont l'hospitalisation à domicile.
- **Circulaire DHOS n° 44 du 4 février 2004**
Le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD est réaffirmé. Elle doit permettre de prendre en charge des patients sur la base du niveau de soins requis par leur état de santé quelle que soit la pathologie. L'HAD est désormais reconnue comme une discipline à part entière et intervient sur la totalité des pathologies et du champ sanitaire. Des activités spécialisées peuvent être développées et des cahiers des charges sont détaillés en périnatalité-obstétrique et en pédiatrie. Il est désormais possible de développer l'HAD en psychiatrie.

- **Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1 décembre 2006**

Elle vise à mieux définir le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire, notamment en comparaison des autres services de santé à domicile, à clarifier son mode d'organisation et ses missions ainsi qu'à préciser son apport en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Son annexe 1 définit les missions du médecin coordonnateur de l'hospitalisation à domicile, et son annexe 2 les modalités de tarification de l'HAD.

- **Décret 2007-241 du 22 février 2007**

Il permet aux structures d'HAD d'intervenir en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. L'arrêté du 24 mars 2009, modifiant celui du 16 mars 2007, en fixe les conditions.

2. Diagnostic

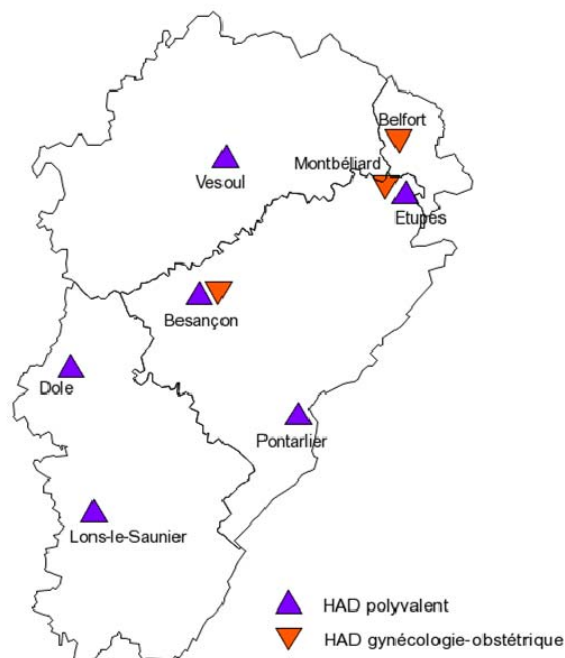
2.1. Etat des lieux

2.1.1. Répartition géographique

L'Hospitalisation à Domicile reste une alternative relativement récente en Franche Comté. La première ouverture a été effective en janvier 2002, et la dernière en juin 2006. La montée en charge est en moyenne de 4 à 5 ans.

Répartition des établissements HAD au 31 décembre 2010 :

Hospitalisation à domicile



2.1.2. Données d'activité

	Personnel salarié non médical			Personnel médical	
	Nombre	ETP total	ETPsoignant	Nombre	ETP
Besançon	31	25,36	19,56	1	0,75
Etupes	23	19	14,5	2	1,5
Pontarlier	14	10,5	8,9	1	0,25
HAD 39	17	13,9	10,25	2	1
HAD 70	21	17,55	15,85	1	0,57
Obst 25	10	5,39	4,59	1	0,2
Obst CHBM	non individualisé			non individualisé	

Source : SAE 2009

	Nombre journées 2009		Nombre journées 2010	
	Total	dont EHPAD	Total	dont EHPAD
Polyvalente				
Besançon	13 399	255	14 452	200
Etupes	8971	0	9710	32
Pontarlier	4401	0	5244	0
HAD 39	6232	46	9381	361
HAD 70	7881	0	9122	0
Total	40 884	301	47 909	593
Obstétrique				
Obst 25	3804	0	3583	0
Obst CHBM	3143	0	2917	0
	6947		6500	0

Source : Données MAT2A

	Nombre journées 2010		Nb Patients	Nb de séjours complets	Nb séjours/patient	Durée moyenne séjour complet
	Total	dont EHPAD				
Polyvalente						
Besançon	14 452	200	247	279	1,81	53,16
Etupes	9710	32	181	231	1,45	40,11
Pontarlier	5244	0	71	97	1,62	37,67
HAD 39	9381	361	170	279	1,81	28,88
HAD 70	9122	0	96	136	1,59	60,34
Total	47 909	593				
Obstétrique						
Obst 25	3583	0	505	511	1,02	7,02
Obst CHBM	2917	0	578	593	1,01	4,92
	6500	0				

Source : Données MAT2A 2010

	Mode d'Entrée (séjours complets)			Mode de sortie (séjours complets)			
	MCO	SSR	Domicile	MCO	SSR	Domicile	Décès
Polyvalente							
Besançon	260	3	37	126		125	45
Etupes	187	2	31	102	2	52	66
Pontarlier	72	2	14	40		20	24
HAD 39	149	1	70	92	3	87	38
HAD 70	123		18	98		17	24
Total	791 (81%)	8 (1%)	170 (18%)	458 (48%)	5 (1%)	301 (31%)	197 (20%)
Obstétrique							
Obst 25	546		6	13		538	1
Obst CHBM	643		1	4		640	

Source : Données MAT2A 2009

Sexe-Age, MAT2A 2009

	Sexe		Age	
	% Femme	% Homme	Moyenne	Médiane
Besançon	50	50	51,7	62
Etupes	43	57	65,4	70
Pontarlier	39	61	64,4	69
HAD 39	35	65	61,4	61
HAD 70	36,5	64,5	67	71
Obst 25	100		29,7	30
Obst CHBM	100		29	29

Source : Données MAT2A 2009

Les 4 modes de prise en charge principaux par unité représentant au moins 75% de l'activité

	Soins Palliatifs	Nursing lourd	Pansements complexes	Nutrition entérale	Ttt par voie veineuse	Assistance Respiratoire
Polyvalente						
Besançon	33,40%	19,60%	12,80%		9%	
Etupes	52%	7%		7%		13,50%
Pontarlier	29,40%	16,70%	11%	14,8		
HAD 39	22%	20%	10,90%		16%	
HAD 70	38,80%	13,30%	11%	17,30%		
	Post partum patho.	Post partum physio.				
Obstétrique						
Obst 25	80,80%	15,20%				
Obst CHBM	0,10%	99,90%				

Source : Données MAT2A 2009

Les données nationales de l'année 2009 objectivent la réalisation de 511 journées pour 10 000 habitants. Cela représente environ 15 places pour 100 000 habitants.

Avec les 170 places installées, la Franche-Comté totalise 14 places pour 100 000 habitants.

En 2010, les différentes structures ont produit 470 journées d'HAD pour 10 000 habitants.

La durée moyenne de séjour des séjours complets n'est pas homogène.

Le profil du malade Franc-comtois pris en charge en HAD peut être ainsi résumé : un homme d'environ 65 ans, transféré d'un service de court séjour d'un établissement de santé, et qui y sera le plus souvent réhospitalisé. Le mode de prise en charge principal est en priorité une prise en charge en soins palliatifs, suivi par un nursing lourd.

Ce constat ne diffère pas fondamentalement de celui fait au niveau national.

Le taux de décès varie de 15 à 29 %. Il est de 21 % au niveau régional.

2.2. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.2.1. Les points forts

- La couverture régionale est acquise.
- Les territoires urbains et ruraux sont couverts.
- Un travail sur un dossier commun aux deux acteurs pour le mode de prise en charge polyvalent est en cours d'élaboration.
- Le travail avec les EHPAD est amorcé.

2.2.2. Les axes de consolidation ou d'amélioration

- Améliorer la connaissance des possibilités et des contraintes de l'HAD par les services de court séjour.
- Améliorer l'anticipation de la sortie en HAD.
- Développer le rôle de l'HAD obstétrique en ante-partum.

3. Orientations stratégiques

Il est rappelé que la prise en charge en HAD est soumise :

- au souhait du malade et de sa famille : le volet social est très important ; renvoyer le malade à domicile est une décision qui doit prendre en compte l'environnement du malade : conditions d'habitat, environnement social... ;
- à l'accord du médecin traitant pour la prise en charge médicale ;
- en zone rurale, à la possibilité d'intervention d'infirmières libérales en matière de soins infirmiers ou d'infirmiers de centre de soins et des possibilités de prise en charge par le SSIAD ;
- au respect de la définition de l'article R6121-4 du CSP : "Soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés" ; ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ;
- à l'adéquation de la prise en charge définie à l'appendice F du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile.

3.1. Fluidifier les filières de prise en charge par l'information des structures d'amont

Une nécessaire information est à développer dans les établissements de santé, notamment au CHU. Les 2 structures d'HAD s'engagent à rencontrer les différentes professions concernées afin de leur expliquer leurs possibilités et leurs contraintes et à écouter leurs demandes.

Des rencontres d'information seront également à mettre en œuvre avec les structures de soins de suite de réadaptation.

Le succès d'une telle prise en charge tient également à son anticipation. Le délai requis est estimé à 48 h.

3.2. Développer le partenariat entre l'HAD et le secteur d'hébergement médico-social

Ce partenariat est en cours de réalisation pour les EHPAD. Les critères d'admission sont encadrés par le décret du 24/03/2009. Une information des directeurs d'EHPAD est à réaliser et la FNADEPA (Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées) sera sollicitée.

Le secteur "handicap" n'est pas concerné par cette prise en charge, bien qu'il soit demandeur.

3.3. Conduire une analyse médico-économique de l'expérimentation mise en place dans le Jura relative à la coopération HAD-SSIAD

Pour permettre une prise en charge optimale des malades sur l'ensemble du territoire, il est intéressant que les structures d'HAD puissent s'appuyer sur les professionnels de l'ambulatoire et les SSIAD. Dans le Jura, à titre expérimental, la rémunération par l'HAD des professionnels des SSIAD qui interviennent pour son compte n'est pas comptabilisée dans les recettes en atténuation de ces services. De ce fait, ces derniers ont la possibilité de disposer de personnel aide-soignant dédié prioritairement à l'HAD ce qui n'obère pas leur capacité d'accueil pour leur propre activité.

Une évaluation médico-économique sera conduite avant d'envisager une extension de ce dispositif à l'ensemble de la région.

3.4. Maintenir de l'HAD obstétrique sur Besançon et le secteur Belfort-Héricourt-Montbéliard

La prise en charge en ante-partum commence à être développée par l'HAD obstétrique de Besançon. La réflexion est en cours dans les structures du CHBM, la création du nouvel hôpital réduira en effet le nombre de lits en hospitalisation complète.

3.5. Réfléchir au développement de la pratique de la chimiothérapie

Il conviendra de s'appuyer sur le travail en cours de l'INCA qui déterminera les conditions de réalisation des chimiothérapies par les structures d'hospitalisation à domicile.

3.6. Développer la télésanté

Ce développement nécessitera de disposer d'un système d'information interopérable et ouvert aux différents professionnels intervenant dans la prise en charge du patient en hospitalisation à domicile. Cependant, il est à noter qu'il existe dans la région des zones blanches ne disposant pas d'un accès internet.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

Chaque département est couvert par une structure d'HAD, l'implantation située à Etupes couvre le Territoire de Belfort. Il n'est pas envisagé d'implantations supplémentaires dans le cadre du présent schéma.

5. Modalités/actions spécifiques de coordination

5.1. Ville-hôpital

Concernant les professionnels de santé libéraux paramédicaux, la Franche-Comté dispose d'une densité inférieure à la moyenne nationale. Les zones rurales sont peu couvertes en personnel rééducateur. De ce fait, le développement de l'HAD est très compliqué dans un mode de prise en charge de rééducation. Il conviendrait de disposer de plus de compétences de kinésithérapeute et d'orthophoniste.

Ce mode de prise en charge ne peut pas fonctionner sans les médecins traitants. Certains d'entre eux sont parfois réservés quant à leur participation à l'HAD compte tenu des contraintes, de la lourdeur des patients et de la disponibilité nécessaire. L'analyse de l'activité objective une montée en charge des entrées directes du domicile, à la demande du médecin traitant.

Une coopération pourra également être utilement recherchée avec les professionnels des maisons de santé pluridisciplinaires.

5.2. Médico-social

Il convient de se référer au paragraphe 3.2 Développer le partenariat entre l'HAD et le secteur d'hébergement médico-social.

6. Objectifs quantifiés en implantations

Vesoul	1 implantation HAD polypathologie
Pontarlier	1 implantation HAD polypathologie
Etupes	1 implantation HAD polypathologie
Dole	1 implantation HAD polypathologie
Lons le Saunier	1 implantation HAD polypathologie
Besançon	1 implantation HAD polypathologie
	1 implantation HAD maternité
Belfort	1 implantation HAD maternité
Montbéliard	1 implantation HAD maternité
Trévenans	1 implantation HAD maternité par regroupement des implantations de Belfort et Montbéliard à l'ouverture du nouvel hôpital

7. Indicateurs de suivi

- Taux de recours standardisé en HAD pour 100 000 habitants.

Fiche SROS - PRS

Prise en charge des patients cérébro-lésés

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité et/ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé mis en œuvre en Franche-Comté.
Priorité 1 Objectif 1.5	Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail.
Priorité 2	Renforcer la prévention et les soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte qui exposent au risque de chronicité.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.2	Développer l'aide aux aidants.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Addictions, Education thérapeutique du patient, Nutrition.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées.

Le terme "cérébro-lésés" regroupe les atteintes aiguës du système nerveux qui mettent en jeu, dans un premier temps le pronostic vital puis induisent un risque fonctionnel avec des séquelles à type de handicaps psycho-sensori-moteurs d'intensité variée.

Les deux groupes pathologiques pourvoyeurs de la majorité des patients cérébro-lésés sont les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et les Traumatismes Crâniens (TC) ou médullaires (TM).

Les trajectoires de soins des malades cérébro-lésés sont très proches en terme d'organisation des filières de prise en charge et nécessitent une coordination des actions au sein de filières organisées entre les champs sanitaire et médico-social.

1. Contexte

1.1. Cadre réglementaire spécifique

Loi de 2004 relative à la politique de santé publique notamment les objectifs 72 "réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC", 93 "traumatismes non intentionnels dans l'enfance", 94 "traumatismes liés à la violence routière" et 35 "déficience et handicap".

1.1.1. Accidents vasculaires cérébraux

- Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC.
- Circulaire DHOS/O4/2007 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral.
- Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC juin 2009.
- Plan d'actions national "Accidents Vasculaires Cérébraux 2010-2014" comportant 4 axes :
 - axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC.
 - axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés.
 - axe 3 : assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels.
 - axe 4 : promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques.

Ce plan place l'AVC comme une priorité nationale de santé publique compte tenu de l'incidence constatée et de l'augmentation liée au vieillissement de la population. Il s'agit de la troisième cause de mortalité chez l'homme et de la deuxième chez la femme et de la première cause de handicap acquis chez l'adulte. 25% des patients ont moins de 65 ans et le risque de récurrence est important puisqu'il concerne 30 à 40% des personnes à 5 ans.

Sujet méconnu et mésestimé qui souffre encore d'une image de fatalité et dont le poids financier est important, il est accessible à la prévention et nécessite une prise en charge urgente et coordonnée dans une filière identifiée de prise en charge. Cette filière va de la phase préhospitalière (appel et réponse à l'urgence), à l'hospitalisation au sein de structures adaptées puis au retour à domicile avec réinsertion.

1.1.2. Traumatisés crâniens et blessés médullaires

- Circulaire DHOS/O4/DGS/DGAS 3B n° 280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.

1.2. Recommandations et référentiels

La fluidité de prise en charge des patients nécessite l'organisation de relations et de collaborations étroites entre les différentes structures inter- et intra-établissements (Centres 15, urgences, Réanimations, Unités NeuroVasculaire, Services de neurologie, de neurochirurgie, soins de suite ...). Elle fait intervenir de nombreuses spécialités médicales et paramédicales qui doivent être coordonnées entre elles.

L'efficacité de la prise en charge des patients cérébro-lésés est essentiellement fonction de la rapidité et de la pertinence des secours, de l'orientation auprès d'établissements organisés, équipés, et adaptés dans toute la trajectoire de soins.

Elle requiert également de tenir compte des spécificités physiques et psychiques et de veiller à l'accompagnement médical, physique et psycho-comportemental, social et économique des patients, ainsi que de leurs familles. La coordination en réseau de tous les intervenants, à toutes les étapes, dans les domaines sanitaires et médico-sociaux est le garant de la qualité³.

1.2.1. Pour les AVC

Les soins spécialisés et la compétence sont des éléments reconnus dans la prise en charge des AVC. La prise en charge structurée dans des unités dédiées "unités neurovasculaires (UNV)" apporte un bénéfice démontré.

La filière intra hospitalière neuro-vasculaire doit privilégier la rapidité d'accès à l'expertise neuro-vasculaire et à l'imagerie cérébrale en organisant au mieux les aspects structurels et fonctionnels.^{1 et 2}

Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire 24H /24 et 7j/7 à l'imagerie cérébrale en privilégiant autant que possible l'IRM⁴.

Certains médicaments peuvent améliorer de façon majeure le devenir de certains patients tel la thrombolyse par l'Actilyse® (alteplase, rt-PA). Celle-ci est recommandée jusqu'à 4 heures 30 après l'apparition des premiers signes d'infarctus cérébral (hors AMM), elle doit être effectuée le plus précocement possible.

1.2.2. Pour les TC et TM

La qualité des prises en charge, tout au long du parcours sanitaire, médico-social et social de ces personnes et de leur famille est un gage essentiel de réinsertion et de qualité de vie. L'organisation de cette prise en charge se doit d'être adaptée et s'inscrire dans la durée⁵.

La qualité de la prise en charge des TC et des TM est essentiellement fonction de la rapidité et de la pertinence des secours ainsi que de l'orientation du blessé auprès d'établissements organisés et équipés que ce soit à la phase aiguë ou en rééducation. Une coordination en réseau est nécessaire avec tous les professionnels dans les domaines sanitaire et médico-social³.

Les caractéristiques de la prise en charge clinique respectent les recommandations de prise en charge pour les adultes comme pour les enfants dans le respect des bonnes pratiques².

2. Diagnostic

2.1. Données épidémiologiques

2.1.1. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Données PMSI	Moyenne 2000-2002	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009
Accidents Vasculaires Cérébraux	3000	2808	2779	2782	2790
AIT		684	711	707	
Hémorragie intra cérébrale		374	453	423	
Hémorragie sous-arachnoïdienne		96	97	74	
Infarctus cérébral		1654	1518	1578	

En Franche-Comté, on observe de l'ordre de 2700 à 3000 AVC par an dont 60% d'infarctus cérébraux, 23% d'accidents ischémiques transitoires, 13% d'hémorragies intra-cérébrales, 4% hémorragies sous-arachnoïdiennes.

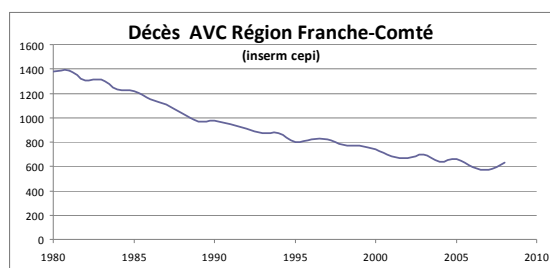
³ Documents ANAES : la prise en charge initiale des AVC : Aspects paramédicaux (juin 2002) & Aspects médicaux (septembre 2002) ; Imagerie de l'AVC aigu (juin 2002) ; Place des unités neuro-vasculaires (juillet 2002) ; Retour au domicile après AVC (Décembre 2003) ; Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire (Mai 2004)

⁴ HAS : recommandations de bonne pratique : AVC prise en charge initiale (mai 2009)

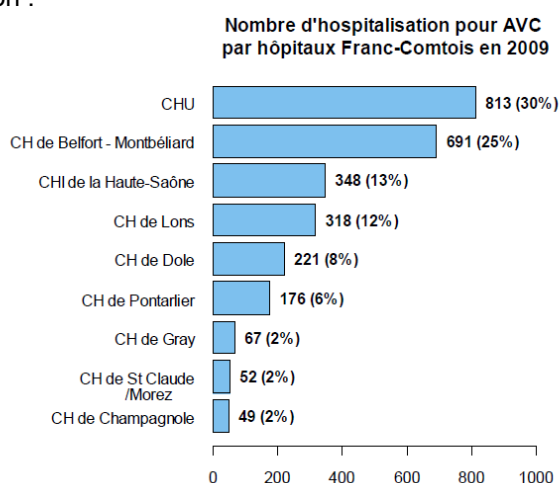
⁵ Document ANAES : prise en charge des traumatisés crâniens graves à la phase précoce

La médiane de l'âge des femmes est de 79 ans, celle des hommes de 73 ans. 25% des patients a au moins 83 ans et 10% moins de 51 ans.

Comme dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), il est observé, en région, une forte baisse de la mortalité liée à un AVC depuis 1980.



Le nombre d'hospitalisations pour AVC se répartit de la façon suivante entre les établissements de la région :



L'entrée des patients s'est faite dans plus de 80% des cas par un passage aux urgences (84%), 11% des patients, en provenance de leur domicile, ont été pris en charge directement sans passage par les urgences.

62% des patients rentrent au domicile après leur hospitalisation, 14% vont en soins de suite et de réadaptation, 12% sont décédés et 11% vont orientés vers une autre unité de soins de courte durée, (principalement le CHU).

Le taux de mortalité à la sortie d'hospitalisation des patients victimes d'AVC augmente fortement avec l'âge (0% entre 0 et 19 ans ; 3,1% de 20 à 39 ans ; 5,2% de 40 à 59 ans ; 5% de 60 à 74 ans et 16,9% pour les 75 ans et plus).

Il est très différent selon le diagnostic, supérieur à 30% dans le cas d'une hémorragie intracérébrale.

Si la durée de séjour moyenne est de 11,6 jours pour un patient ayant eu un AVC, elle est très éloignée de la médiane qui est à 7 jours. Ceci s'expliquant par le fait que 10% des hospitalisations durent plus de 24 jours et 1% plus de 79 jours.

La durée moyenne de séjour cache des disparités importantes selon :

- le mode de sortie (8,6j en cas de retour à domicile ; 11,8j en cas de décès ; 14,4j en cas de transfert vers un autre MCO et 22,8j en cas de transfert vers un SSR),
- le diagnostic (5,5j pour un AIT, 13,5j pour un infarctus cérébral, 14j pour une hémorragie intracérébrale et 17,3j pour une hémorragie sous arachnoïdienne).

En 2010, 85 thrombolyse ont été réalisées dans la région, soit 3 fois plus qu'en 2007. Il est observé une forte croissance sur l'ensemble des filières, avec toutefois, des marges de progrès possibles.

2.1.2. Les traumatismes crâniens

Données PMSI	Moyenne 2000-2002	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009
Traumatismes Crâniens	2825	2625	2508	2371	2501
TC avec critère de gravité		756	711	602	
TC sans critère de gravité		1849	1772	1755	
Traumatisme médullaire		10	15	7	
Traumatisme racine ou nerf		10	10	7	

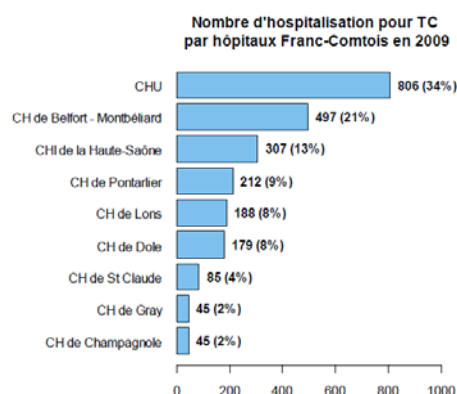
Le nombre de traumatisés crâniens diagnostiqués à l'entrée de l'hôpital était de l'ordre de 2400 en 2009, soit 16% de moins que la moyenne annuelle 2000-2002.

En ce qui concerne les données ci-dessous, le diagnostic est posé à l'entrée.

- Les TC sans critère de gravité oscillent autour de 1760 +/-5% sur la période 2003-2009.
- Les TC avec critère de gravité semblent suivre une pente descendante depuis 2007, après avoir été relativement stables sur la période 2004-2006. Il y en a eu 600 en 2009.
- Pour les traumatismes médullaires, le nombre observé en 2009 (7) est le plus faible de la période 2003-2009 (3 fois moindre qu'en 2003 ou 2005).
- Pour les traumatismes racine ou nerf, le nombre de personnes est compris entre 4 et 10 sur la période 2003-2009.

A partir de l'étude rétrospective qui avait été menée par l'AFTC en 2005⁶, il ressortait que de l'ordre de 60 à 70 personnes par an ont un traumatisme avec un retentissement important.

Le nombre d'hospitalisations pour TC se répartit de la façon suivante entre les établissements de la région :



75% des patients ont moins de 62 ans et 60-65% des traumatisés crâniens sont des hommes. Une élévation de l'âge moyen est observée depuis 2003, tant pour les hommes que pour les femmes (en 2009, l'âge moyen était de 40,8 ans).

L'entrée des patients en hospitalisation s'est faite aux 2/3 suite à un passage aux urgences.

86% rentrent directement à leur domicile, 5% sont transférés dans une autre unité de soins de courte durée, 4% décèdent, 3% vont en SSR et de l'ordre de 1% en psychiatrie, structure d'hébergement médico-social ou unité de soins de longue durée.

Le taux de mortalité des patients victimes de traumatisme crâniens augmente fortement avec :

- l'âge (0,2% pour les 0-19 ans à 11% pour les personnes de 75 ans et plus en 2009),
- le diagnostic (0% pour les traumatismes racine ou nerf, 0,4% pour les TC sans critère de gravité ; 9% pour les traumatismes médullaires et 11% pour les TC avec critères de gravité).

⁶ étude ORS – Les traumatismes crâniens : conséquences familiales, sociales et professionnelles – Mars 2005).

La moitié des hospitalisations dure 1 jour ou moins, mais la durée moyenne de séjour est de 4,8 jours. Selon le diagnostic, la médiane et la durée moyenne d'hospitalisation varient :

- TC sans critère de gravité : médiane à 1 jour et DMS à 2,1j,
- TC avec critère de gravité : médiane à 3 jours et DMS à 9,5j,
- Traumatisme racine ou nerf : médiane à 4 jours et DMS à 7,9j,
- Traumatisme médullaire : médiane à 9 jours et DMS à 22,5j.

En 2009, 124 patients ont été admis en réanimation pour un traumatisme crânien dont 1/3 dans les établissements périphériques.

2.2. Etat des lieux et bilan du SROS III

2.2.1. Restructuration de l'offre de prise en charge neurologique : mise en place d'unités dédiées pour les patients neurologiques et progression du nombre de patients accédant à une structure neurologique (analyse des trajectoires de soins)

- Mise en place des unités neuro-vasculaires (UNV) :

2 UNV ont fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle au CHU de Besançon (8 lits de soins intensifs) et au Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard (4 lits de soins intensifs). La démarche reste à poursuivre et à consolider sur l'ensemble de la région.

La création d'une Fédération régionale des services de neurologie pourrait améliorer la coordination du dispositif afin d'en assurer la pérennité et d'améliorer la qualité de la prise en charge neurologique.

- Structuration neurologique au sein des établissements

L'analyse des trajectoires de soins au cours des années montre que la structuration au sein des filières doit encore progresser, en particulier en accordant un volume de lits suffisant pour prendre en charge tout les AVC d'une filière sans que cela se fasse au détriment des autres patients neurologiques admis dans l'hôpital.

2.2.2. Amélioration de la régulation et de l'orientation des patients

- Réalisation d'actions ciblées auprès des centres 15 et des urgentistes (meilleur dépistage, orientation rapide permettant d'augmenter le nombre de thrombolyses)

Réalisation des fiches action nécessitant une diffusion aux centres 15 et la formation des PARM.

- Amélioration de l'orientation des patients dans les services d'accueil des urgences

Actions de sensibilisation auprès des infirmières Accueil et Orientation (IAO) (orientation rapide selon des critères permettant d'augmenter le nombre de thrombolyses) et des médecins d'Accueil et d'Orientation (MAO). Mise en place de procédures standardisées communes de prises en charge dont procédures pour thrombolyses. La structuration des urgences est un élément très facilitateur, cependant, l'état des lieux n'a que peu progressé depuis 2007 bien que les établissements de santé de la région aient presque tous désignés des médecins référents urgentistes au sein du SAU.

2.2.3. Amélioration de l'accessibilité aux plateaux techniques d'imagerie

La mise aux normes pour l'accès en urgence aux plateaux techniques d'imagerie a progressé de manière régulière. Il n'y a aucune difficulté pour l'accès au scanner 24h/24h. Pour les IRM, la situation reste encore hétérogène bien qu'en amélioration. Elle reste problématique pour les patients intubés et ventilés.

2.2.4. Accessibilité et connexions des imageurs au réseau de télémédecine

Les résultats sont très encourageants puisque tous les imageurs sont connectés (scanners et IRM) et que les connexions au réseau de télémédecine sont fiabilisées. Les liaisons vidéo sont établies en urgence pour la plupart des établissements.

2.2.5. Amélioration de la filière d'aval en soins de suite et de réadaptation

Dans le cadre de la révision du volet "soins de suite et de réadaptation", la prise en charge spécialisée des affections du système nerveux a été déclinée au niveau territorial.

2.2.6. Développement des conditions rendant possible le recours à la thrombolyse (ex : télémédecine)

- Plateau technique spécifique : télémédecine

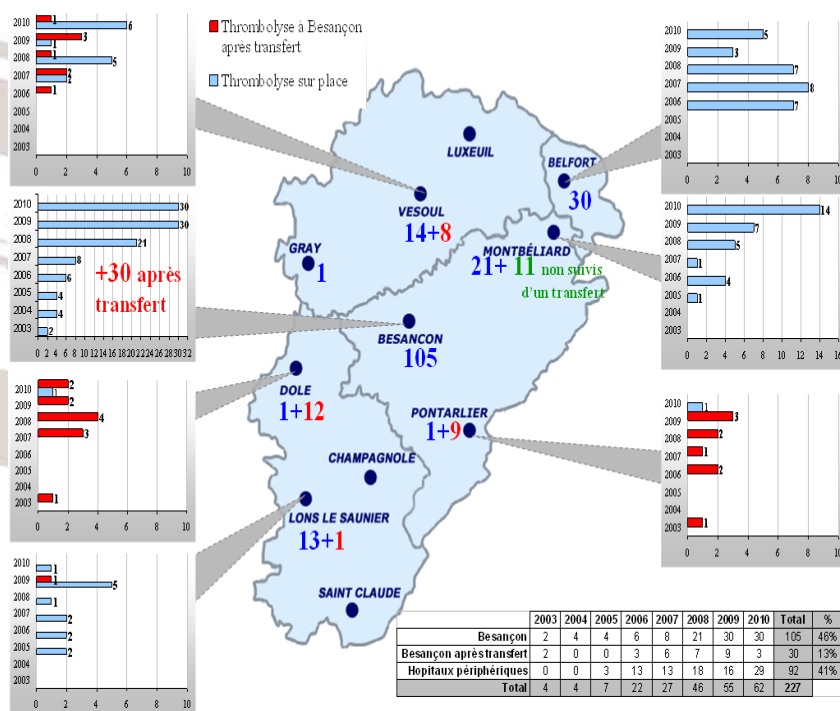
Le fonctionnement en routine est parfaitement intégré par l'ensemble des intervenants. Le transfert des images est opérationnel. Quelques difficultés ponctuelles ont été résolues en 2010. L'intérêt de l'utilisation de la télémédecine est montré dans le tableau suivant :

AVC	2008			2009		
	Transferts d'images	Données PMSI	% transferts / PMSI	Transferts d'images	Données PMSI	% transferts / PMSI
CH Belfort-Montbéliard	210	700	30%	170	691	25%
CH Dole	86	209	41%	105	221	48%
CH Gray	45	45	100%	67	67	100%
CH Lons le Saunier	78	332	23%	65	318	20%
CH Pontarlier	133	133	100%	129	176	73%
CHI Haute-Saône	117	387	30%	72	348	21%

L'objectif n'est pas d'avoir 100% partout. Concernant les hôpitaux n'ayant pas de neurologues, le pourcentage doit être le plus élevé possible, à l'exemple de Gray. A Dole, le pourcentage est faible. Pour Pontarlier, la situation est intermédiaire, on observe une diminution du taux de demande d'avis car des neurologues du CHU de Besançon effectuent depuis 2009 des permanences à Pontarlier. Concernant les hôpitaux disposant de ressources neurologiques, le réseau contribue à environ 25 % de cette activité. Le pourcentage mélange certainement des demandes d'avis "simples" des urgentistes et plus "complexes" des neurologues.

Les vidéos de patients et vidéoconférences ont été rétablies fin 2008 et actuellement la prise de décision de thrombolyse à distance est faite en routine.

Nombre de patients traités par thrombolyse de 2003 à octobre 2010



2.2.7. Renforcement de l'activité en réseau spécifique avec développement des filières locales et renforcement de la coordination régionale

- Renforcement du réseau des urgences neurologiques

Un simple renouvellement du financement a été assuré jusqu'en 2011. La demande d'extension d'activité et de renforcement a été présentée au comité ARS.

- Renforcement de l'action de recours du CHU

Il est encore nécessaire en faisant apparaître son rôle de coordinateur pivot pour l'activité UNV et pour l'action du réseau des urgences neurologiques.

- Projet de création d'une équipe de neurologie d'urgence régionale

La réflexion est encore en cours. Depuis octobre 2009, le CH de Pontarlier met à disposition du CHU par convention 10 vacations médicales (efficacité évaluée). En retour, l'utilisation plus systématique des outils de télémédecine et la présence sur site 1,5j par semaine d'un neurologue ont permis d'augmenter de manière significative le nombre d'AVC validés et pris en charge sur le CH de Pontarlier.

Proposition en cours de création d'une fédération de neurologie entre le CHU, les CH de Pontarlier et de Lons le Saunier.

2.2.8. Installation d'un comité de coordination et de suivi dédié aux cérébro-lésés

Ce comité a été installé et s'est réuni en 2007 et en 2008 sous l'égide de l'ARH. Il n'y a pas eu de réunion en 2009, ni en 2010.

2.2.9. Formation et démographie de certaines professions de santé

- Neurologues

La durée du DES (diplôme d'études spécialisées) de neurologie est de 4 ans. 3 nouveaux postes d'internes en neurologie sont proposés chaque année sur la période 2010-2014.

8 services sont agréés dans la région pour accueillir ces étudiants en formation.

Une quarantaine de neurologues libéraux et/ou hospitaliers sont en activité en Franche-Comté (hors neuropsychiatres) dont 11 sont neurologues libéraux. La moyenne d'âge des neurologues hospitaliers est de l'ordre de 45 ans, plusieurs postes au sein des établissements sont vacants avec des difficultés actuelles de recrutement constatées.

- Médecins de médecine physique et de réadaptation

Dans le cadre de la filiarisation des formations de spécialistes, la Franche-Comté dispose de 2 postes par an. 27 médecins exercent la médecine physique et réadaptation. Quasiment tous sont en établissement. Les difficultés de recrutement sont importantes depuis plusieurs années.

- Neurochirurgiens

8 médecins sont inscrits à l'ordre comme exerçant la discipline de neurochirurgie. 7 exercent au CHU.

- Masseurs kinésithérapeutes

Au 01/01/2009, la densité des masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral était de 54 pour 100 000 habitants contre 85 France entière. De fortes disparités existent entre les départements. Ainsi, la Haute-Saône avait une densité de 43 pour 100 000 habitants et le Doubs une densité de 59 pour 100 000 habitants. Le Jura et le Territoire de Belfort ont des densités proches de la moyenne régionale.

- Orthophonistes

Au 01/01/2009, les orthophonistes exerçant à titre libéral ou salariés étaient au nombre de 257 en région. La densité des orthophonistes exerçant en libéral est de 15 pour 100 000 habitants contre 24 France métropolitaine. Là aussi, de fortes disparités entre les départements sont constatées. Ainsi, le Doubs a une densité de 18 pour 100 000 habitants, tandis que les 3 autres départements ont des densités de 12 à 13 orthophonistes pour 100 000 habitants.

Si la démographie des professionnels de santé est préoccupante, la répartition de ceux-ci sur le territoire régional l'est donc encore plus.

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Points forts

- Réflexion maintenant ancienne, ayant débuté dès 1999 : connaissance et mise en place d'outils, de batteries de tests neuropsychologiques, existence d'un dossier neurologique régional avec interfaçage possible des systèmes d'information. Existence d'un "savoir faire" et d'une organisation déjà déployée.
- Existence de réseaux thématiques : RUN, R@pid.fr.
- Activité du réseau des urgences neurologique (RUN) ayant permis d'optimiser la prise en charge des urgences neurologiques dont les AVC et les TC. Le développement du réseau est facilité depuis 2001 par l'utilisation des outils de la télémédecine notamment pour les avis médicaux donnés aux urgentistes des centres hospitaliers qui n'ont pas de spécialiste sur place.
- La Franche-Comté est une petite région, il existe une bonne connaissance et une bonne prise en charge des TC graves avec une filiarisation et un circuit des patients bien codifié.
- Existence d'un centre de référence régional pour les blessés médullaires.
- Formation des professionnels de santé à la neurologie par le réseau.
- Définition dans le SROS III d'une gradation des structures en 3 niveaux de prises en charge.
- Formations d'internes en neurologie en augmentation : reconstitution du "vivier" mais nécessité de pouvoir conserver les compétences dans la région.
- Existence d'une UEROS mais les délais d'attente actuels sont de 2 ans.
- Formation de l'ensemble des médecins experts de la région à la neuropsychologie qui ont une bonne connaissance des structures de prise en charge possible et des liens avec le réseau R@pid.fr.
- Existence de consultations mémoire en capacité de réaliser des évaluations neuropsychologiques.

2.3.2. Axes de consolidation et/ou d'amélioration

- Difficultés concernant la restructuration des filières neurologiques au sein des établissements.
- Problème structurel du réseau RUN ville-hôpital.
- Un seul service de neurochirurgie en Franche-Comté dont il est noté la fragilité en termes de réactivité.
- Reconnaissance de seulement deux UNV au sein du CHU et au CH de Belfort- Montbéliard.
- En dehors des TC graves, grande dispersion des patients dans les établissements de santé et dans un ensemble de services. Les patients pris en charge en traumatologie notamment échappent au circuit (exemple : un patient avec un hématome sous dural non opérable reste dans les CH périphériques et risque de ne pas avoir d'évaluation des handicaps dont cognitif).
- Manque de fluidité dans la coordination de prise en charge de SSR et dans la filière d'aval.
- Il n'existe pas d'éléments fixes permettant de déterminer la trajectoire de tous les patients.
- Manque de suivi à moyen et long terme de certains patients (notamment les TC modérés et les enfants).

3. Orientations stratégiques

3.1. Orientations stratégiques régionales AVC

- Organiser la prévention des facteurs de risque notamment le dépistage et le traitement de l'HTA : lien avec le schéma de prévention.
- Développer l'information de la population en organisant une campagne régionale ainsi que la formation des professionnels.
- Diminuer la mortalité et le handicap en :

- organisant les filières territoriales de prises en charge depuis les urgences jusqu'à l'UNV en garantissant à tout patient victime ou suspect d'AVC, une entrée dans la filière de prise en charge à moins d'1/2 h du domicile (volet urgences),
 - augmentant le nombre de patients AVC pris en charge dans une UNV (actuellement 32 % - moyenne nationale de 20%),
 - augmentant le taux de thrombolyse : en 2010, le taux régional était de 5,17%, l'objectif est d'atteindre 8,6% en 2015⁷,
 - permettant l'accès à l'IRM 24H/24 en première intention et en organisant la possibilité d'admission directe à l'imagerie,
 - améliorant la filière de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés dans la prise en charge des affections du système nerveux.
- Poursuivre la structuration de l'offre de prise en charge neurologique
 - Affirmation de la place et du rôle de l'UNV de référence (notion de gradation)
 - Reconnaissance des UNV supplémentaires dans les établissements prenant en charge plus de 300 AVC/ an : en priorité Lons le Saunier puis Vesoul
 - Poursuite de la structuration de l'organisation intra hospitalière sur chacune des filières de la prise en charge neurologique
 - Mise en place d'une équipe d'urgences neurologiques régionale
 - Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant
 - Possibilité d'appel à l'UNV de recours lors de la phase aiguë (urgentistes, pédiatres).
 - Mise à disposition d'un staff pluridisciplinaire : collecte des données, connections avec un centre de référence national.
 - Prévenir les récurrences en développant le suivi des patients après la phase aiguë en institution comme à domicile
 - Développer les liens avec professionnels sur site : liens avec soins de support et réseaux de proximité. Utilisation d'outils communs, protocoles. Rôle du réseau RUN à affirmer dans ce cadre. Mission de formation du réseau vis-à-vis des filières locales. Exporter sur les filières locales l'expérience du réseau RUN.
 - Déployer les outils et former les professionnels.
 - Coordonner les actions des SSR.
 - Développer l'éducation thérapeutique
 - Développer l'éducation thérapeutique sur le handicap neurologique dans le temps de la rééducation en soins de suites spécialisés.
 - Développer les soins de support.
 - Mettre en place des collaborations avec les structures d'éducation thérapeutique par le biais de modules spécifiques par exemple nutrition, handicap, accompagnement des aidants en particulier avec les actions du réseau RUN.
 - Structurer la filière d'aval
 - Développer la prise en charge en rééducation permettant de diminuer la part des séjours supérieurs à 30 jours (en nombre de journées) en court séjour.
 - Organiser la prise en charge en soins de rééducation pour les patients les plus "lourds" sortant de réanimation.
 - Organiser l'aval de l'aval : promouvoir l'HAD (hospitalisation à domicile) en rééducation et favoriser le retour à domicile.
 - Prévoir une organisation régionale avec un conventionnement entre toutes les structures de prises en charge, engagement qualité, suivi du patient. Définir une prise en charge structurée dans chaque filière de prise en charge et avec le médecin traitant ainsi qu'en coordination avec les SSR.
 - Mettre en place, en lien avec les MDPH, des protocoles avec des MAS pour l'accueil de patients cérébro-lésés : lien avec SROMS.



- Agir sur la formation
 - Favoriser l'accréditation des Hôpitaux sans UNV et mettre en place les agréments thrombolytiques pour les urgentistes.
 - Promouvoir la formation continue spécifique des professionnels paramédicaux intervenant dans les structures spécialisées, en particulier dans les UNV ainsi que pour les actions d'éducation thérapeutique spécifiques.
- Affirmer la place de la télémédecine en tant qu'aide au diagnostic initial mais également au suivi du patient
- Développer la qualité des pratiques selon les critères définis par la Haute autorité de santé (HAS)
- Développer les protocoles de recherche
- Poursuivre l'investissement dans le réseau régional AVC/TC
- Mettre en place un comité de suivi resserré sur la durée du SROS-PRS

3.2. Orientations stratégiques régionales traumatisés crâniens et blessés médullaires

- Améliorer la prise en charge initiale et le suivi des patients présentant un TC afin d'améliorer le pronostic
 - Disposer d'un système d'alerte, d'identification des patients TC dans les services au sein des établissements de santé.
 - Mettre en place un carnet de suivi systématique (lié au dossier informatisé des urgences) de tous les patients présentant un TC dès leur entrée aux urgences (dès lors qu'une hospitalisation est envisagée) et leur admission en hospitalisation qui devra permettre :
 - de renseigner dès la phase aigüe les facteurs pronostiques : Score de Glasgow et amnésie post traumatique (PTA) : temps écoulé entre l'accident et le retour d'une mémoire antérograde. Considéré comme un indice fiable permettant une évaluation quasi quantitative de la gravité du traumatisme (par exemple réalisation de l'échelle de Galveston avec orientation vers une consultation mémoire si nécessaire à la sortie de l'hospitalisation). (proposition de délégation de tâches),
 - de réaliser un bilan systématique de handicaps dont bilan neuropsychologique avant la sortie de l'hospitalisation (rôle des intervenants SSR spécialisés, équipe mobile),
 - d'assurer un suivi à moyen et long terme des patients permettant de remobiliser une prise en charge si nécessaire,
 - de prévoir une consultation systématique (ambulatoire ou hospitalière), à un an, des enfants ayant présenté un TC ainsi que des adultes ayant eu un TC modéré.
- Conduire une réflexion régionale sur la prise en charge des TC graves avec :
 - détermination des protocoles et des compétences nécessaires : Considérant que sur les 120 TC hospitalisés en réanimation chaque année, un tiers sont pris en charge dans les centres hospitaliers périphériques lorsqu'un geste neurochirurgical n'est pas requis notamment, deux pistes sont évoquées non exclusives l'une de l'autre :
 - identification d'un centre référent en neuro réanimation au CHU avec prise en charge de tous les TC graves de la région (poserait probablement un problème de capacité),
 - détermination d'une gradation dans la prise en charge avec utilisation des outils de télémédecine permettant une téléassistance aux centres périphériques :
 - désignation d'un référent CHU formé au DIU, responsable de la supervision et de la formation de gestes spécifiques avec les neurochirurgiens (dont pose de PIC : pression intra crânienne) : lien avec volet imagerie du SROS,
 - élaboration d'une procédure régionale sur la mort cérébrale : lien avec volet imagerie du SROS et programme télémédecine.

- Améliorer l'accessibilité aux plateaux techniques d'imagerie : les IRM doivent être accessibles aux patients intubés et ventilés sur chacun des sites.
- Améliorer la fluidité du parcours des patients présentant un TC à tous les stades de la prise en charge
 - Les patients admis en réanimation devraient pouvoir ensuite être hospitalisés et "regroupés" dans un service identifié de médecine (neurologie ou orientation neurologique) dans la mesure où ils ne relèvent pas d'une "supervision chirurgicale" puis admis en rééducation si nécessaire après passage en MPR aigu.
 - Réduire les délais d'admission dans les structures de rééducation (nécessite de bien connaître la provenance des patients admis en SSR, les indications et le mode de sortie : lien avec volet SSR).
 - Favoriser les retours en court séjour depuis le SSR si nécessaire, sans repasser par les urgences. Développer et formaliser les liens directs entre les structures identifiées MCO et SSR
 - Promouvoir, d'une part, l'HAD spécifique rééducation et, d'autre part, les prises en charge à domicile après la sortie de SSR.
 - Mettre en place, en lien avec les MDPH, des protocoles avec des MAS pour l'accueil de patients cérébro-lésés : lien avec SROMS.
 - Développer les liens avec la psychiatrie pour les patients présentant d'importants troubles du comportement.
 - Développer les soins de support dans les structures d'aval (expertises neuropsychologiques, orthophonie, ergothérapie, psychologie...).
 - Développer les liens avec la santé scolaire pour les enfants ayant présenté un TC.
- Améliorer les conditions du retour à domicile et favoriser la réinsertion socioprofessionnelle
 - Développer les liens avec les MDPH : cf. dossier unique avec l'ensemble des bilans.
 - Développer les liens avec la médecine de ville par l'intermédiaire de l'UEROS, les SAMSAH.
 - Développer les liaisons entre réseaux thématiques et structures HAD, SSIAD... quand existe un projet de retour à domicile.

4. Schéma cible de l'organisation régionale de l'activité

4.1. Organisation territoriale

Dans la continuité du SROS3, l'objectif est de permettre à un nombre croissant de patients de pouvoir être pris en charge dans une filière spécialisée. Cette organisation nécessite d'une part la structuration des filières locales et d'autre part le renforcement d'un travail en réseau régional coordonné.

Les principes de cette organisation reposent sur les différents points détaillés dans les circulaires spécifiques et passent notamment par :

- un regroupement de patients cérébro-lésés au sein de services ou d'unités identifiées,
- la structuration des unités de prise en charge pour les patients victimes d'AVC : UNV (unités neuro vasculaires) composées de lits aigus et de lits subaigus,
- une gradation des structures de prise en charge selon trois niveaux,
- l'utilisation de la télémédecine pour faciliter la coordination et la continuité de prise en charge des patients,
- une formalisation par le biais de contrats passés entre les structures de prise en charge au sein de chacune des filières.

4.2. Gradation des niveaux de prise en charge

4.2.1. Mettre en place au sein de la région 4 filières de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, organisées autour des unités neurovasculaires

Cette gradation découle des niveaux de compétence définis dans les circulaires sus visées et des possibilités de structuration régionale en trois niveaux :



- Niveau de proximité,
- Unité neuro vasculaire (UNV),
- Unité neuro vasculaire de recours (UNVR).

Les capacités indicatives sont obtenues par utilisation d'une méthode de calcul mise à disposition par le ministère de la santé (calculatrice spécifique).

- Filière autour de l'UNVR du CHU de Besançon :

Prise en charge environ de 1400 patients victimes d'AVC chaque année, elle devrait pouvoir disposer en permanence d'un lit disponible pour les autres UNV de la région, les capacités proposées sont les suivantes :

- 9 lits de soins intensifs,
- 46 lits d'aval (subaigus),
- 43 lits de soins de suite et de réadaptation.

- Filière autour de l'UNV du CH de Belfort-Montbéliard :

Prise en charge de 750 patients victimes d'AVC chaque année, les capacités proposées sont les suivantes :

- 5 lits de soins intensifs,
- 25 lits d'aval (subaigus),
- 23 lits de soins de suite et de réadaptation.

- Filière autour de l'UNV du CH de Lons le Saunier :

Prise en charge environ de 400 patients victimes d'AVC chaque année, les capacités proposées sont les suivantes :

- 3 lits de soins intensifs,
- 14 lits d'aval (subaigus),
- 12 lits de soins de suite et de réadaptation.

- Filière autour de l'UNV du CHI de Haute-Saône :

Prise en charge environ de 450 patients victimes d'AVC chaque année, les capacités proposées sont les suivantes :

- 3 lits de soins intensifs,
- 15 lits d'aval (subaigus),
- 13 lits de soins de suite et de réadaptation.

Les lits d'aval (subaigus) sont ceux qui, au sein des unités / services de neurologie, sont occupés par des patients neurovasculaires uniquement. Il ne s'agit en aucun cas de la capacité de l'unité/service de neurologie qui doit être supérieure afin de prendre en charge les autres patients neurologiques (Sclérose en plaques, Parkinson, épilepsies, atteintes système nerveux périphérique, ...).

Pour ce qui est des lits de soins de suite et de réadaptation, ceux-ci ne sont pas forcément localisés au sein de l'établissement disposant de l'UNV. Il s'agit par contre du nombre de lits occupés en permanence par des patients ayant eu un AVC.

Les unités de proximité situées à Champagnole, Dole, Gray, Pontarlier et Saint Claude, devront passer des conventions avec une unité neurovasculaire afin d'organiser les modalités de fonctionnement (diagnostic, télémedecine, suivi...).

4.2.2. Poursuivre et pérenniser le développement de la télémedecine

Les outils de télémedecine sont à consolider, leur utilisation en routine reste à parfaire dans le cadre de procédures adaptées, diffusées et appropriées. Il s'agit de permettre un accès coordonné aux prises en charge des patients suspect d'AVC dans le cadre de l'urgence et tout au long de leur suivi hospitalier MCO et SSR. Des actions devront être développées pour assurer la consultation à 1 an pour l'ensemble des patients.

4.3. Permanence des soins

Mettre en place une équipe de garde d'urgences neurologiques régionale :

La mise en place d'une garde régionale au CHU de Besançon permettrait de pouvoir répondre à l'ensemble de demandes d'avis pour les urgences neurologiques de la région.

Grâce aux outils de télémédecine développés dans les services d'urgence des établissements de santé de la région, il serait possible de mettre en place, pour l'ensemble des UNV et des unités de proximité, une garde régionale séniorisée.

Cette organisation permettra que la permanence des soins des 3 UNV prévues (Lons, Vesoul, Belfort-Montbéliard) soit assurée par des astreintes et que les urgences neurologiques arrivant dans les unités de proximité bénéficient immédiatement d'un avis neurologique.

La mutualisation de postes de neurologues partagés au sein de la région permettra d'assurer cette organisation. L'activité partagée est assurée à la fois grâce aux outils de télémédecine et par des consultations sur site par des neurologues ayant une activité sur deux sites. Ce type d'organisation favorise l'attractivité pour les praticiens neurologues en rendant attractif le recrutement à court terme par leur intégration dans une équipe régionale en coordination avec le CHU et, à moyen-long terme, en renforçant chaque établissement dans la proportion des activités dégagées.

5. Modalités/actions spécifiques de coordination

5.1. Prévention

Selon une vaste étude internationale cas/témoin menée entre 2007 et 2010 dans 22 pays pauvres et riches, cinq facteurs de risque en particulier, l'hypertension artérielle (HTA), le tabagisme, l'obésité, le régime alimentaire riche et le diabète, sont associés à plus de 80% du risque total d'AVC. L'HTA est en particulier le facteur de risque le plus important en multipliant par 2,5 fois la probabilité d'AVC par rapport à l'absence d'antécédent tensionnel.

La prévention des AVC passe donc notamment par une prévention et un dépistage de ces facteurs de risque notamment HTA et par la mise en place d'actions de sensibilisation aux maladies cardiovasculaires.

La baisse du nombre de TC observés résulte en grande partie des actions de prévention menées pour diminuer les accidents de la circulation (en lien avec la sécurité routière. Rôle de l'AFTC) et les accidents domestiques.

La prévention et la prise en charge des conduites addictives devraient également être poursuivies et renforcées ainsi que les actions menées dans le cadre de la prévention des chutes chez le sujet âgé.

5.2. Médico-social et Ville-Hôpital

Le suivi à long terme des patients et de leur famille est assuré dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social. Le réseau est constitué par les structures de SSR existantes, les structures et services d'aide et d'accompagnement à domicile : les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) et les dispositifs d'aide à la vie autonome. Il doit également comprendre ou établir des relations avec les équipes de soins à domicile (SSIAD, HAD, autres équipes mobiles...), les unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle pour les patients crânio-cérébraux (JEROS), les professionnels du secteur libéral (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes), les établissements d'accueil médico-sociaux et le milieu associatif.

Il conviendrait dans cette optique :

- de développer les liens avec les MDPH pour être en capacité de mettre en place une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne,
- de développer le suivi par les réseaux locaux de proximité et les médecins traitants, en particulier pour assurer l'accès à une consultation spécifique à 1 an,
- de favoriser l'utilisation des outils de télémédecine et l'accès au réseau RUN,

- de garantir la participation de l'ensemble des professionnels concernés dans la filière (acteurs libéraux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux).

6. Evolution de l'offre/Projets de coopération

6.1. Création/suppression d'implantations prévues

Reconnaissance de 2 UNV à Lons le Saunier et à Vesoul.

6.2. Projets de coopération

Création d'une équipe d'urgences neurologiques régionale au CHU de Besançon en coopération avec les établissements de santé de la région.

7. Objectifs quantifiés en implantations

Montbéliard	1 UNV soins intensifs neuro-vasculaires à transférer sur le site médian
Trevenans	1 UNV soins intensifs neuro-vasculaires par transfert du site de Montbéliard
Besançon	1 UNV de recours soins intensifs neuro-vasculaires
Lons le Saunier	1 UNV soins intensifs neuro-vasculaires
Vesoul	1 UNV soins intensifs neuro-vasculaires
Champagnole	1 unité de proximité
Dole	1 unité de proximité
Pontarlier	1 unité de proximité
Saint Claude	1 unité de proximité

8. Indicateurs de suivi

8.1. Indicateurs nationaux

Proportion de patients AVC admis en UNV
Réflexion sur indicateurs permettant de mettre en évidence la progression des objectifs SROS

8.2. Indicateurs régionaux

8.2.1. Indicateurs organisationnels (AVC + TC-BM)

- Evolution des restructurations des établissements et des capacités des différentes unités de prise en charge, leur mise aux normes.
- Individualisation des lits de type USI-UNV au sein des unités de soins intensifs et/ou surveillance continue.

- Existence d'un service dédié à la prise en charge des patients AVC et TC-BM.
- Diffusion des procédures de prise en charge entre centre 15 et UNV (nb appels).
- Etablissement de conventions ou contrats relais entre établissements de santé.
- Analyse des flux de patients entre établissements et évolution des trajectoires de soins.
- Accessibilité aux plateaux techniques d'imagerie médicale.
- Délai d'attente pour un suivi par l'UEROS.
- Délai d'attente pour une admission en SSR, dont SSR spécialisés pour la prise en charge des affections du système nerveux.

8.2.2. Evaluation annuelle de l'activité dédiée aux patients cérébro-lésés (entre parenthèse figure la source d'information à solliciter)

- Taux de thrombolyse (réseau RUN).
- Transferts entre établissements de la région et hors région (réseau RUN).
- Diagnostics principaux (bases PMSI).
- DMS en court séjour (bases PMSI).
- Séjours de longue durée (au-delà des bornes hautes) (bases PMSI).
- Part des patients chirurgicaux (actes classants-base PMSI).
- Refus d'admission motivés par un manque de place (réseau RUN).
- Pourcentage de patients pris en charge en neurologie et particulièrement dans les unités dédiées (bases PMSI).
- Nombre de patients traumatisés crâniens pris en charge en réanimation dans les différents établissements (bases PMSI).
- Nombre de mois de suivi à l'aide du "carnet de suivi personnalisé" (outil de télémédecine réseau RUN).
- Taux d'utilisation des outils de télémédecine (réseau RUN, à comparer avec les données du PMSI).
- Typologies des AVC, TC et BM par établissements (utilisation du dossier réseau commun, RUN).
- Nombre de décès, morbidité et mortalité par catégorie (utilisation du dossier réseau commun, RUN).
- Adhésion des patients dans le suivi ambulatoire (taux d'adhésion, de sortie).
- Nombre de consultation spécifique à 1 an (réseau RUN).

Fiche SROS - PRS

Missions de service public



1. Contexte

L'article L.6112-1 du code de la santé publique (CSP) énonce 14 missions de service public que les établissements de santé peuvent être appelés à assurer.

En application de l'article L.1434-9 du CSP, le SROS fixe, en fonction des besoins de la population par territoire de santé, les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2 (notamment les centres, maisons et pôles de santé, les GCS, les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement lourds, les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés précédemment).

Cette attribution des missions de service public se déroule en cinq étapes, regroupées en deux phases :

- **1^{ère} phase : diagnostic (dans le cadre du SROS-PRS)**
 - inventaire des établissements assurant des missions de service public à la date de publication de la loi HPST (22 juillet 2009) ;
 - évaluation du besoin non couvert ;Lorsque l'inventaire dressé pour une mission pointe l'insuffisance d'établissements l'exerçant pour couvrir le besoin, le SROS doit préciser le besoin non couvert en nombre d'implantations nécessaires pour le couvrir.
- **2^{ème} phase : procédure d'attribution (en aval du SROS-PRS)**
 - reconnaissance prioritaire aux établissements assurant des missions à la date de la publication de la loi HPST (qui sera réalisée ultérieurement dans le cadre des CPOM) ;
 - en cas de besoins non couverts ou partiellement couverts : appel à candidatures ;
 - en cas d'échec de la procédure d'appel à candidature : désignation unilatérale par le directeur de l'ARS.

L'élaboration du diagnostic est différente selon les missions de service public au sein de trois catégories :

Celles pour lesquelles une procédure spécifique d'octroi n'existe pas :

- la permanence des soins ;
- la prise en charge des soins palliatifs ;
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (personnes hospitalisées sans leur consentement) ;
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret.

Le diagnostic doit mentionner tous les établissements de santé du territoire assumant effectivement la mission. L'appréciation de l'exercice effectif doit se faire sur la base d'un faisceau d'indices.

Celle liée aux soins et pour lesquelles des procédures d'attributions existent par ailleurs :

- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

Le diagnostic doit mentionner les établissements pour lesquels une autorisation d'activité a été délivrée. Cette appréciation doit se faire sur la base d'un faisceau d'indices.

Celles devant potentiellement être exercées en tout ou partie par tous les établissements et pour lesquelles des procédures d'attributions existent par ailleurs :

- l'enseignement universitaire et postuniversitaire ;
- la recherche ;
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- les actions de santé publique ;
- les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Pour les missions faisant l'objet d'un agrément (formation universitaire et post universitaire) ou d'un appel à candidature (recherche), le diagnostic doit mentionner les établissements agréés ou retenus par l'appel.

Pour les autres missions, le diagnostic peut mentionner tous les établissements de santé du territoire si ces derniers assument effectivement la mission. Cette appréciation doit se faire sur la base d'un faisceau d'indices.

Le diagnostic effectué ci-dessous ne concerne que les établissements de santé et ne prend pas en compte l'appréciation de l'effectivité de leur exercice de la mission.

Cette appréciation sera faite ultérieurement dans le cadre de la procédure de reconnaissance prioritaire et portera sur :

- les obligations définies par l'article L.6112-3 :
 - l'égal accès à des soins de qualité,
 - la permanence de l'accès et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé,
 - la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale,
- le fait que la mission est effectivement réalisée,
- éventuellement, sur d'autres critères qualitatifs.

Ce diagnostic est effectué au 22 juillet 2009, date de publication de la Loi HPST.

2. Diagnostic : inventaire des établissements et évaluation du besoin non-couvert par mission

2.1. La permanence des soins en établissements de santé

2.1.1. Contexte

La **permanence des soins en établissements 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, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés. Elle concerne le seul champ MCO.

L'objectif est d'assurer sur tous le territoire un accès aux activités de soins autorisées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés.

Cette mission peut, s'il y a lieu, être attribuée pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales. Elle englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées (biologie, radiologie, pharmacie).

Le ressort géographique de la mission est la région ou le territoire de santé en fonction des activités de soins.

Le recensement du besoin doit se faire par implantation, discipline et ligne de garde.

Les enjeux de la réorganisation de la PDSSES sont :

- d'améliorer l'accès aux soins
 - permanence d'accès aux activités de soins autorisées, en lien avec le réseau des urgences la nuit, les week-ends et les jours fériés
 - à l'échelon territorial le plus adapté
 - avec une accessibilité financière (tarifs de secteur 1)
- d'améliorer la qualité de la prise en charge
 - réduction des délais d'attente et meilleure orientation en aval des urgences
 - sécurisation du parcours de soins non programmés aux horaires de PDSSES
- d'améliorer l'efficacité : élaboration du schéma cible de PDSSES
 - optimisation du recours aux ressources médicales disponibles en région, en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leurs statuts et en facilitant la participation des praticiens libéraux
 - élimination des doublons inutiles pour éviter les dépenses inutiles

2.1.2. Diagnostic

2.1.2.1. Inventaire

Une enquête sur le nombre de lignes de garde sur place et astreintes à domicile existant en 2010 dans les établissements de santé publics et privés (MCO) a été effectuée par l'ARS en 2011.

Les résultats sont présentés dans les deux tableaux ci-dessous :

- nombre de lignes de garde et astreinte par établissement de santé
- nombre de lignes (gardes et astreintes par spécialités et par établissements de santé).

Cette enquête ne concerne pas les gardes et astreintes effectuées par les internes.

9 lignes de garde sont mutualisées à l'intérieur d'un établissement de santé avec plusieurs sites :

- 5 au Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard (1 garde de médecine d'urgence et 4 astreintes forfaitisées en cardiologie interventionnelle, neurologie, biologie et pharmacie)
- 4 au CHI de Haute-Saône (4 gardes autres spécialités médicales).

2010	Gardes sur place	Astreintes opération	Astreintes sécurité	Astreintes forfaitisées	Astreintes (sans précision)	Total astreintes	Total gardes et astreintes
CHU	11 ^(a)	7	28 ^(b)			35	46
CH Belfort Montbéliard	20 ^(c)			24 ^(d)		24	44
CH Pontarlier	1	3		10		13	14
CH Lons-le-Saunier	2	4	2	4		10	12
CH Dole	3	7	6			13	16
CH St-Claude	1	8				8	9
CH Champagnole	0	2		1		3	3
CH Morez	1					0	1
CHI de Haute-Saône	7	7 ^(e)	12 ^(f)			19	26
CH Gray	0				3	3	3
Total ES publics	46	38	48	39	3	128	174
Polyclinique FrancheC	3				7	7	10
Clinique St Vincent	1				7	7	8
Clinique Montbéliard					7	7	7
Clinique de la Miotte					9	9	9
Clinique du Jura					2	2	2
Polyclinique du Parc					5	5	5
Clinique Saint-Martin					7	7	7
Total ES privés	4	0	0	0	44	44	48
Total région	50	38	48	39	47	172	222

(a) CHU : dont 1 garde avec une demi-astreinte opérationnelle en fin de nuit (pédiatrie)

(b) CHU : dont 3 avec uniquement le WE (2 autres spé méd et 1 radio), 1 uniquement le dimanche (biologie) et 1 uniquement la nuit (autres spé méd)

(c) CHBM : dont 1 garde avec demi-astreinte forfaitisée en fin de nuit (méd urgence), 1 garde de nuit avec astreinte le WE (radio) et 1 garde uniquement le WE (néphro)

(d) CHBM : dont 2 astreintes opérationnelles uniquement le WE (2 autres spéc méd)

(e) CHI HS : dont 6 astreintes opérationnelles les nuits et samedi après-midi avec ½ garde le dimanche

(f) CHI HS : dont 6 astreintes de sécurité les nuits et samedi après-midi avec ½ garde le dimanche

Parmi les lignes de garde et d'astreinte recensées en 2010, 6 d'entre elles n'existaient pas le 22 juillet 2009, date de parution de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

- 3 au CH de Pontarlier (astreintes en pharmacie, radiologie et "autres spécialités médicales")
- 2 à la polyclinique de Franche-Comté (astreintes d'anesthésie adulte et de chirurgie orthopédique traumatologie)
- 1 à la clinique de Montbéliard (astreinte d'urologie).

<i>Gardes et astreintes 2010</i>	CHU Besançon	CH Belfort Montbéliard	CH Pontarlier	CH Lons-le-Saunier	CH Dole	CH Saint-Claude	CH Champagne	CH Morez	CHI Haute-Saône	CH Gray	Clinique St-Vincent	PFC	Clinique Montbéliard	Clinique Miotte	Clinique du Jura	Polyclinique du Parc	Clinique St-Martin	TOTAL
Anesthésie adulte	3	3	1	1	1	1			2		1	2	1	1	1	1	1	20
Réa chirurgicale et polyvalente	1			1	1													3
Réa médicale	1	2							1									4
Réa néonatalogie et pédiatrique	3																	3
Cardiologie interventionnelle	2	1																3
Cardiologie affections vasculaires		1	1	1	1		1		1		1					1		8
Gastro-entérologie	1	2							1		1	1	1	1			1	9
Hématologie clinique	1																	1
Néphrologie	1	2			1	1			1									6
Neurologie	1	1		1					1									4
Pédiatrie	1	2	1	1	1	1			1			1						9
Pneumologie	1	2			1		1		1					1				7
Médecine Générale			1	1	1	1	1		2									7
Autres spécialités médicales	7	6	1		1				6	2								23
Gynécologie-Obstétrique	1	2	1	1	1	1			1			1	1					10
Chirurgie infantile	2																	2
Chir cardiaque vasc thoracique	2										1			1				4
Chirurgie ortho traumatologique	2	2	1	1	1	1			1		1	1	1	1			1	14
Chirurgie viscérale digestive	1	2	1	1	1	1			1		1	1	1	1			1	13
Neuro chirurgie	1																	1
ORL odontologie stomatologie	2	2	1		1				1		1	1	1	1		1	1	13
Urologie	1	1	1						1		1	1	1	1		1	1	10
Autres spécialités chirurgicales	2	1			1				1						1			6
Médecine d'urgence (ETS ex-OQN)		8						1										9
Psychiatrie d'urgence (au sein des structures autorisées à la médecine d'urgence)			1															1
Biologie	4	1	1	1	1	1			1									10
Radiologie et imagerie médicale	3	2	1	1	1	1			1	1		1				1		13
Pharmacie	2	1	1	1	1				1					1			1	9
TOTAL	46	44	14	12	16	9	3	1	26	3	8	10	7	9	2	5	7	222

L'enquête ne recense aucune ligne de garde ou d'astreinte en Franche-Comté en anesthésie pédiatrique, dermatologie ou radiologie interventionnelle

2.1.2.2. Financement de la PDSES

Pour les établissements de santé publics, la PDSES est financée par des crédits MIG (Missions d'Intérêt Général).

Leur montant a été déterminé en fonction des résultats d'une enquête nationale en 2008, effectuée auprès des établissements de santé publics et privés. Celle-ci recensait 240 gardes dont 59 gardes sur place (seniors et juniors) dans les établissements de santé publics et privés de Franche-Comté.

Pour les établissements ex-OQN, la PDSES (pour la permanence médicale au sein de leurs structures d'urgence) a été financée dans le cadre de contrats de pratiques professionnelles (CPP) signés entre l'URCAM et des réseaux de médecins libéraux intervenant dans ces établissements.

Etablissements de santé publics	Montant MIG PDSES 2010
CHU	5 171 571 €.
CH Belfort Montbéliard	3 831 856 €.
CHI de la Haute-Saône	1 692 544 €.
CH de Lons le Saunier	1 362 792 €.
CH de Dole	1 027 408 €.
CH de Pontarlier	718 739 €.
CH de Saint Claude	341 075 €.
CH de Champagnole	305 022 €.
CH de Gray	213 641 €.
CH de Morez	25 652 €.
Total MIG 2010	14 690 300 €
Etablissements de santé privés	CPP (financement 2005)
Clinique Saint-Vincent unité de soins intensifs de cardiologie (cardiologues)	92 158 € (pour 403 forfaits)
Polyclinique de Franche-Comté Obstétrique (réseaux des gynécologues-obstétriciens et réseau des anesthésistes réanimateurs)	193 463 € (pour 846 forfaits)
Total CPP 2005	285 621 €

La collecte et l'analyse des données relatives à l'activité (nombre, par spécialité de nouveaux patients pris en charge, avec distinction des plages horaires de prise en charge) est en cours.

Elle se fait à partir des données de la base urgence "infosanté" et du référentiel ORU PACA sur les plateaux techniques requis pour les diagnostics d'urgence.

2.1.2.3. Evaluation du besoin non couvert : Schéma cible

Le schéma cible sera établi dans le cadre d'une concertation avec les établissements de santé au cours de l'année 2012.

Par lettre du 21 avril 2011 relative à la campagne tarifaire, il a été demandé aux établissements de conduire un travail de mise à plat et de réorganisation des lignes de permanence et d'adresser à l'ARS leurs propositions de marges d'optimisation avant la fin septembre 2011.

2.2. La prise en charge des soins palliatifs

2.2.1. Contexte

La mission de prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. Le recensement du besoin se fait au regard du nombre d'unités identifiées et dans leur capacité à absorber le besoin. En cas de besoins

non couverts en unités identifiées, le SROS doit fixer le nombre d'implantation nécessaire par territoire.

2.2.2. Diagnostic

2.2.2.1. Inventaire

Une unité de soins palliatifs de 15 lits est implantée au CHU de Besançon.

On recense huit équipes mobiles de soins palliatifs, réparties dans les quatre départements de la région :

- CHU de Besançon
- CH de Pontarlier
- CH de Belfort-Montbéliard
- CHI de la Haute-Saône
- CH de Gray
- CH de Dole
- une équipe inter établissements CH de Lons-le-Saunier, de Saint-Claude et de Champagnole
- une équipe régionale ressource en Soins Palliatifs Pédiatriques

2.2.2.2. Evaluation du besoin non couvert

Pour les unités de soins palliatifs, il existe un besoin non couvert à Belfort-Montbéliard (10 lits).

La justification d'une unité de soins palliatifs dans le Nord Franche-Comté tient à la taille du centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, au nombre de personnes accueillies et à la densité de la population de l'Aire urbaine.

Cette création devra intervenir sans attendre la création du nouvel hôpital à Trévenans.

Pour les équipes mobiles de soins palliatifs, il n'existe pas de besoin non couvert.

2.3. La lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination

2.3.1. Contexte

La mission de lutte contre l'exclusion sociale correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité dans le cadre de l'une ou l'autre organisation suivante :

1. une permanence d'accès aux soins de santé établie au sein de l'établissement de santé (PASS) ;
2. une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leurs lieux de vie ;
3. l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité.

(Article 6 de l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article 162-8 du code de la sécurité sociale)

Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé. Un besoin non couvert peut s'apprécier sur le fait qu'il n'existe aucune PASS au sein d'un territoire de santé.

2.3.2. Diagnostic

2.3.2.1. Inventaire des établissements de santé assurant cette mission

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS sont définies par l'article L6112-6 du code de la santé publique. Elles sont créées dans les établissements de santé assurant une ou plusieurs missions de service public, et mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Cinq PASS existent en Franche-Comté au 22 juillet 2009, une sixième a ouvert en octobre 2010.

Financement au titre des missions d'intérêt général (MIG)

Données 2010	Nature de la PASS	Dotation	Nombre personnes nouvelles reçues	% d'orientations par CH (par urgences)
CH Dole	PASS générale + PASS dentaire	94 603 €	209	
CH Pontarlier	PASS périnatalité	35 798 €	40	(0 %)
CH Gray	PASS générale	16 984 €	128	20 %
CHBM	2 PASS générales (Belfort et Montbéliard)	138 077 €	84	36 % (10 %)
CHU	PASS générale + coordination régionale	88 229 €	226	30 % (15%)
TOTAL		373 691 €	687	

Financement au titre des dotations annuelles de financement (DAF)

AHFC	PASS psychiatrie Montbéliard (1 ^{er} octobre 2010)	51 100 €
------	---	----------

Equipes mobiles assurant le soin et le suivi de personnes en situation d'exclusion dans leurs lieux de vie

L'article 4 de l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale indique que peuvent être financées au titre des missions d'intérêt général "la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé". Cette mission était auparavant intitulée "PASS mobile".

Ce type d'équipe mobile n'existe pas en Franche-Comté, cependant l'équipe de la PASS de Belfort effectue des sorties à domicile.

Accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité

Cette MIG a été attribuée aux établissements pour lesquels les taux de séjours CMU/CMUC/AME étaient supérieurs ou égaux à 10,5 %.

En Franche-Comté, cette MIG a représenté en 2010 un montant total de 1 185 924 €, dont :

- CHBM : 823 154 €
- CHIHS : 362 770 €.

2.3.2.2. Evaluation du besoin non couvert

La répartition régionale des populations en situation de précarité :

En 2008, le taux de pauvreté à 60 % du revenu médian est de 12,9 % dans le Territoire de Belfort, 12,7 en Haute-Saône, 11,7 dans le Doubs et 11,6 dans le Jura. Ces taux sont tous inférieurs au taux de la France métropolitaine (13 %).

En 2009, 17 000 personnes bénéficiaient de la CMU de base et plus de 61 000 de la CMU complémentaire en Franche-Comté. La densité des personnes affiliées à la CMU de base sur critères

de résidence (pour 1 000 personnes protégées par le régime général d'assurance maladie) dépasse le niveau national (France métropolitaine : 2,731) dans deux départements, le Doubs (2,882) et le Territoire de Belfort (3,390) et est plus faible dans les deux autres, la Haute-Saône (1,432) et le Jura (1,254).

Le pourcentage de bénéficiaires du RSA avec CMU, AME et CMU-C est de 11 % pour le CHI-HS, 10,7 % pour le CHBM puis de 9,7 % pour le CHU et le CH Dole, 9 % pour le CH de Lons, 8,8 % pour le CH de Saint-Claude, 8,7 % pour le CH de Pontarlier et 6,6 % pour le CH de Gray.

Deux zones géographiques ne sont actuellement pas desservies par une PASS, le sud du Jura et le nord de la Haute-Saône :

- le nord de la Haute-Saône présente des caractéristiques de précarité et le CHI de Haute-Saône est un des deux établissements de santé de la région auxquels a été attribuée la MIG précarité.
- pour le sud du Jura : depuis dix ans, dans le cadre du PRAPS, l'association lédonienne d'insertion et de réinsertion par le logement et le travail, répond aux besoins d'accès aux soins de santé des personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion de la ville de Lons le Saunier et de la zone rurale environnante. Elle assure un accueil social et administratif, une permanence médicale pour orientation et premiers soins, des consultations dentaires (en urgence) 4j/7j, et l'appui à l'ouverture des droits et les liens avec les organismes, structures et hôpitaux concernés. Les intervenants sont des médecins libéraux, une psychologue, assistant social, secrétaire, 4 chirurgiens dentistes. Son travail sur le terrain, évaluable tant quantitativement que qualitativement, est efficient. 71 personnes ont été reçues en 2010 et 132 actes médicaux réalisés. En termes de partenariat, le CCAS et le CHRS génèrent la majorité des usagers de l'antenne médicale mais aussi tous les partenaires de l'insertion socio professionnelle demandant à bénéficier de l'antenne médicale. Des conventionnements ont été élaborés avec différentes associations et partenaires. Une collaboration étroite existe avec d'autres partenaires liés aux soins des personnes en difficulté comme Passerelle 39, le centre de post cure de Bletterans et le Centre hospitalier de Lons le Saunier

L'association s'est rapprochée du CH de Lons le Saunier afin de réfléchir à un partenariat pouvant aboutir à la création d'une PASS.

PASS

Au 22 juillet 2009, il existait un besoin non couvert :

- dans le sud du Jura (Lons-le-Saunier)
- dans le nord de la Haute-Saône (Vesoul)
- dans la zone géographique de Belfort – Héricourt – Montbéliard (PASS psychiatrie créée le 1^{er} octobre 2010).

Au CH de Pontarlier, il est prévu l'évolution de la PASS périnatalité en PASS générale.

Equipes mobiles assurant le soin et le suivi de personnes en situation d'exclusion dans leurs lieux de vie

Dans le cadre des missions dévolues à la coordination régionale de la PASS du CHU, il lui sera demandé la réalisation d'une évaluation précise des éventuels besoins non couverts.

Accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception de la MIG précarité

Les établissements de santé concernés par cette MIG et le montant qui leur est attribué sont définis au niveau national.

2.4. La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (Personnes hospitalisées sans leur consentement)

2.4.1. Contexte

Les "soins psychiatriques sans consentement" concernent les admissions en soins psychiatriques :

- à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (articles L 3212-1 et suivants du code de la santé publique)
- sur décision du représentant de l'Etat (articles L 3213-1 et suivants du code de la santé publique)
- de personnes détenues atteintes de troubles mentaux (articles L 3214-1 et suivants du code de la santé publique)
- en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (article 706-135 du code de procédure pénale).

Les modalités de désignation des établissements de santé chargés d'assurer cette mission de service public sont définies par l'article L 3222-1 du code de la santé publique.

Le besoin non couvert consisterait soit dans le fait qu'un territoire de santé ne soit couvert par aucun établissement de santé habilité à accueillir des patients en soins sans consentement ou que cet établissement ne soit pas en capacité de répondre à la demande dans les conditions précitées.

2.4.2 Diagnostic

2.4.2.1. Inventaire

Les établissements de santé prenant actuellement en charge les "soins psychiatriques sans consentement" et leurs zones géographiques d'exercice sont :

- le CH de Novillars (département du Doubs en dehors des zones d'exercice du CH de Pontarlier et du centre Jean Messagier de Montbéliard)
- le CH de Pontarlier (cantons de Mouthe, Pontarlier, Levier, Montbenoit, Morteau, Le Russey, Maiche du département du Doubs)
- le CH de Saint-Ylie (département du Jura)
- les établissements de l'Association Hospitalière de Franche-Comté : Saint-Rémy -Clairefontaine (département de Haute-Saône sauf les cantons d'Héricourt et de Villersexel) et Jean Messagier de Montbéliard (nord Franche-Comté).

2.4.2.2 Evaluation du besoin non couvert

L'ensemble du territoire régional est couvert

2.5. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret

2.5.1 Contexte

La mission de soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier s'exerce dans le respect des dispositions des articles L.6141-5 et suivants.

Dans ce cadre, pour chaque établissement pénitentiaire, le DG d'ARS désigne un établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques.

L'identification d'un besoin non couvert serait liée au fait qu'aucun établissement de santé ne serait chargé des soins pour les personnes détenues dans un établissement pénitentiaire.

2.5.2 Diagnostic

2.5.2.1. Inventaire

Tous les établissements pénitentiaires de la région ont une UCSA par convention avec un établissement de santé.

Etablissement pénitentiaire	Etablissement de santé gestionnaire de l'UCSA
Maison d'Arrêt de Besançon	CHU de Besançon
Maison d'arrêt de Montbéliard	CH de Belfort Montbéliard
Maison d'arrêt de Lons-le-Saunier	CH de Lons-le-Saunier
Maison d'arrêt de Vesoul	CHI de Haute-Saône
Maison d'arrêt de Lure	CHI de Haute-Saône
Maison d'arrêt de Belfort	CH de Belfort Montbéliard

Quatre chambres sécurisées sont implantées dans les centres hospitaliers référents (2 au CHU, 1 au CHI HS, 1 au CHBM site Montbéliard).

Les hospitalisations de plus de deux jours sont réalisées dans l'UHSI (unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale) de Lyon.

Le SMPR (service médico-psychologique régional) de rattachement est celui de Dijon.

2.5.2.2 Evaluation du besoin non couvert

Il n'existe pas de besoin non couvert.

2.6. L'aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés

2.6.1 Contexte

La mission d'aide médicale urgente est exercée dans le respect de l'article L.6311-2 et des articles R.6311- et suivants. Etant donné que la mission de service public se recoupe avec les missions des services d'aide médicale urgente, il convient d'identifier dans le SROS les établissements disposant de services d'aide médicale urgente et si besoin, d'identifier le nombre d'implantations supplémentaires nécessaires. Le ressort géographique de la mission est le territoire de santé.

Cette mission correspond aux services d'aide médicale urgente (SAMU) et regroupe :

- les centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) ou centre 15
- les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

2.6.2. Diagnostic

2.6.2.1. Inventaire

Quatre SAMU sont implantés aux :

- CHU de Besançon
- CHBM site de Belfort
- CH de Lons le Saunier
- CHI de Haute Saône site de Vesoul.

Deux d'entre eux gèrent un CRRRA :

- CHBM site de Belfort pour le département du Territoire de Belfort

- CHU de Besançon pour le reste de la région.

Les quatre SAMU gèrent un CESU. Celui du Jura est autorisé et implanté au CH de Dole.

Les implantations de SMUR dans la région sont les suivantes :

- CHU de Besançon
- CH de Pontarlier
- CH de Belfort-Montbéliard sites de Montbéliard et Belfort
- CH de Lons-le-Saunier avec antenne au CH de Morez
- CH de Dole
- CH de Saint-Claude
- CH de Champagnole
- CHI de Haute-Saône sites de Vesoul, Lure et Luxeuil
- CH de Gray.

2.6.2.2. Evaluation du besoin non couvert

Il n'existe pas de besoin non couvert.

Le CRRA du SAMU du Territoire de Belfort sera maintenu en journée jusqu'à ouverture du nouvel hôpital du CH de Belfort-Montbéliard à Trévenans (Cf. volet urgences du SROS – PRS).

2.7 L'enseignement universitaire et post universitaire

2.7.1. Contexte

La mission d'enseignement universitaire et post universitaire consiste en la contribution à l'offre de stages ou de « postes qualifiants » dans le cadre de la formation de deuxième ou de troisième cycle des professions médicales et des pharmaciens.

Le SROS doit permettre d'identifier à partir des besoins de formation, analysés par spécialités, le volume d'offres de stages dans les disciplines médicales et pharmaceutiques non couverts par l'offre de stage actuelle des établissements.

En cas de besoins non couverts, le SROS doit fixer le volume et le type de services susceptibles d'être agréés terrains de stage.

Le ressort géographique de la mission est la région.

2.7.2 Diagnostic

2.7.2.1 Inventaire

Enseignement universitaire en pharmacie :

336 étudiants sont inscrits au total après la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES)

Ils bénéficient de stages à l'officine :

- en début de 2^{ème} année (stage d'initiation de six semaines)
- en 3^{ème} en 4^{ème} année, stages d'application de deux fois une semaine, coordonnés avec les enseignements, soit quatre semaines sur deux ans
- en 6^{ème} année, uniquement pour la filière officine, stage de six mois.

La liste des maîtres de stages en officine est élaborée et révisée tous les ans en partenariat avec le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens et sous l'autorité du responsable de la filière officine. La liste est validée annuellement par le Président de l'Université.

Pour 2010-2011, 238 maîtres de stage dans 143 localités différentes de la région sont autorisés à accueillir des étudiants. Dans une même officine, plusieurs maîtres de stage peuvent être agréés, mais la règle même s'il peut y avoir des exceptions (lors de mutations) est de n'avoir qu'un étudiant en stage lors des stages de 2^{ème} et de 6^{ème} année.

En 5^{ème} année, les étudiants suivent une année hospitalo-universitaire d'une durée de 6 mois à temps plein ou 12 mois à mi-temps :

- officine : 12 mois à mi-temps

- industrie : commune avec la faculté de Dijon, aménagée pour permettre aux étudiants de suivre à Dijon, les enseignements du 1er trimestre
- internat : aménagée

Les étudiants ont accès aux services de la pharmacie hospitalière et de biologie mais également à un grand nombre de services cliniques du CHU. Pour le trimestre estival, des stages hospitaliers hors CHU sont possibles dans les établissements de santé suivants : CH de Belfort-Montbéliard, CH de Lons-le-Saunier et CH de Pontarlier.

Enseignement universitaire en médecine

Le deuxième cycle des études médicales compte 176 inscrits en DCEM2, 187 en DCEM3, 135 en DCEM4. Les étudiants hospitaliers sont accueillis dans les services du CHU, des Tilleroyes et chez le médecin généraliste. Les stages sont répartis en 13 pôles décrits dans le tableau I en annexe. Les agréments de stages de 2^{ème} cycle sont accordés par le Doyen.

Pour le **troisième cycle des études médicales**, le décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du 3^o cycle des études médicales et l'article 16 de l'arrêté du 4 février 2011 définissent les dispositions suivantes :

- la détermination, chaque année, pour une période de cinq ans du nombre d'internes à former a notamment été confiée à l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) et à ses comités régionaux ; le comité régional de Franche-Comté a été créé en décembre 2010.
- les terrains de stage et praticiens maîtres de stages sont agréés par le DG d'ARS après avis de la commission de subdivision,
- une commission d'évaluation des besoins de formation (régionale) se réunit tous les semestres avant le choix, présidée par le doyen de la faculté de médecine. Y participent l'ARS, un enseignant et un représentant des internes de chaque discipline, le président de la CME du CHU. Sa mission est de vérifier que le nombre de lieux de stage ou de praticiens agréés maîtres de stage, ainsi que la nature des terrains de stage, sont en adéquation avec les choix de spécialités effectués par les internes au regard du bon déroulement des maquettes de formation,
- la possibilité de faire des stages en ES privés des structures privées, en EHPAD, PMI. Cet élargissement des possibilités de lieu de stages est bénéfique pour la région car il permettra de diversifier et d'augmenter l'offre de formation (hormis pour les urgences).

Le tableau II en annexe décrit le nombre de services agréés par spécialité, le nombre de postes, l'effectif des internes en formation et à former, ainsi que des éléments de démographie médicale.

2.7.2.2. Evaluation du besoin non couvert

Offre de stages pour l'enseignement universitaire en pharmacie

Il n'existe pas de besoins non couverts

Offre de stages pour l'enseignement universitaire en médecine

Pour le troisième cycle de médecine générale :

- Stages de pédiatry-gynécologie :

Des difficultés sont rencontrées pour affecter les internes dans ces stages par manque de places. Toutefois, l'arrêté de février 2011 devrait permettre de résoudre ce problème puisqu'il autorise désormais les stages extra-hospitaliers (en PMI et chez les généralistes qui font beaucoup de pédiatrie et de gynécologie) ainsi que dans les établissements privés. L'idée de permettre aux étudiants de 2^{ème} cycle de réaliser leurs stages de pédiatry-gynécologie dans des CH et non plus uniquement au CHU, risque toutefois d'amplifier l'engorgement des services déjà constaté pour les internes.

- Stages aux urgences :

L'offre de formation dans les services d'urgences de la région est de 26 internes par semestre. Cette offre de stages est insuffisante. En effet, le nombre d'internes affectés par service est supérieur à ce que souhaiteraient les établissements (6 au CHU, un peu moins dans les services plus petits). Cela limite donc le nombre d'internes en médecine générale proposés à l'ENC, si l'on souhaite continuer à réaliser une formation de qualité. La région limite ainsi le nombre de places en MG à 70.

Cette situation est difficilement contournable dans la mesure où tous les services d'urgences de la région sont déjà agréés et que les établissements privés ne disposent pas de tels services.

L'insuffisance d'offre de stages dans la région (notamment aux urgences et en pédiatry-gynécologie) contraint à limiter le nombre de places offertes à l'ENC pour la filière médecine générale.

Une synergie accrue doit être recherchée entre l'ARS et la Faculté (UFR de médecine et pharmacie) pour promouvoir l'ouverture de stages extra-hospitaliers :

- en PMI, médecins généralistes, établissements privés pour les stages de pédiatry-gynécologie,
- en EHPAD, HAD,... pour les autres stages.

- Stages de 3^{ème} cycle chez le praticien :

L'instruction DGOS du 17 mars 2011 demande aux ARS d'augmenter de 20 % le nombre de stages de 3^{ème} cycle chez le praticien.

Cet objectif semble réalisable pendant l'année universitaire 2011-2012 ; actuellement 66 maîtres de stage sont agréés, sachant que 13 nouveaux seront à agréer à compter de novembre 2011. Ceci d'autant que les agréments de stages de 3^{ème} cycle sont désormais accordés par le DGARS.

Il existe une bonne collaboration avec le CRGE (Collège régional des généralistes enseignants) qui conduit une campagne d'information efficace pour le recrutement des maîtres de stages (stages de 2^{ème} cycle dans un premier temps).

Concernant les autres spécialités (comme la chirurgie), les capacités de stage devraient augmenter les années prochaines du fait de la possibilité d'agréer les établissements privés (un agrément vient d'être accordé à un établissement privé).

2.8. La recherche

La mission de recherche consiste, dans le respect notamment des dispositions des articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique, pour un établissement de santé en la réalisation, d'un ou plusieurs programmes de recherche ayant pour but de faire avancer le progrès médical dans ses deux composantes : l'amélioration de la qualité du soin et du diagnostic et l'amélioration du coût de la prise en charge des patients.

La définition des besoins de recherche ne se fait pas au niveau régional et le SROS-PRS n'est pas le vecteur pertinent du développement de la recherche en France.

2.9. Le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

La mission de développement professionnel continu pour les personnels médicaux consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville.

Dans la mesure où tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert "en volume". C'est lorsqu'un besoin régional particulier peut être considéré comme non couvert au vu des axes nationaux, que le SROS l'identifie et que l'ARS demande à l'organisme gestionnaire de DPC de lancer des appels d'offres en vue de combler ledit besoin.

L'obligation de mise en œuvre de mettre en œuvre le DPC prendra effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC parus le 1^{er} janvier 2012. Cette mission de service public ne pourra pas être prise en compte dans la première version du SROS-PRS.

2.10. La formation initiale et le développement professionnel continu (DPC) des sages femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences

2.10.1 Contexte

La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences par une personne qui n'a jamais exercé la profession pour laquelle elle désire se préparer. Cette formation est toujours sanctionnée par un diplôme.

Plus spécifiquement, la formation initiale des sages femmes relève dorénavant du cursus universitaire.

La mission de développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue, à destination de professionnels hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé. L'offre en DPC est égale aux programmes de DPC qui sont définis au regard des axes prioritaires inscrits par arrêté, et potentiellement, au regard des orientations régionales particulières en lien avec le PRS.

Tous les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place le DPC, le besoin peut être considéré comme potentiellement couvert "en volume". C'est lorsqu'un besoin régional particulier peut être considéré comme non couvert au vu des axes nationaux, que le SROS l'identifie et que l'ARS demande à l'organisme gestionnaire de DPC de lancer des appels d'offres en vue de combler ledit besoin.

2.10.2 Diagnostic

2.10.2.1. Inventaire des formations initiales

Pour les formations initiales assurées en Franche-Comté, se référer au tableau III en annexe : lieux et capacités de formation des sages femmes et des paramédicaux en Franche-Comté.

Les formations paramédicales qui ne sont pas assurées en Franche-Comté sont les suivantes :

- diététicien
- ergothérapeute
- orthoptiste
- pédicure-podologue
- audioprothésiste
- prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées
- psychomotricien
- technicien de laboratoire médical.

Toutefois, un travail est en cours au niveau interrégional et, d'ores et déjà, pour les professions d'ergothérapeutes et de psychomotriciens, des places sont réservées pour les étudiants de Franche-Comté.

2.10.2.2 Evaluation du besoin non couvert

Cette mission devant potentiellement être exercée par tout établissement de santé, fait l'objet de procédures d'attribution prévues par ailleurs.

L'ARS travaille en collaboration avec le Conseil Régional afin d'évaluer les capacités de formation de l'Institut de formation des masseurs kinésithérapeutes dans l'objectif d'augmenter le nombre de professionnels formés.

Pour la partie DPC, cette mission de service public ne pourra pas être prise en compte dans la première version du SROS-PRS, l'obligation de mise en œuvre prenant effet 18 mois après la publication des décrets relatifs au DPC parus le 1^{er} janvier 2012.

2.11 Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination

Cette mission, qui constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L 1411-1 du code de la santé publique et contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Cette mission fait partie de celles qui ont vocation à être assumées par l'ensemble des établissements de santé (article L.6111-1 du code de la santé publique) : le besoin est donc par principe réputé couvert.

2.12 Les actions de santé publique

Cette mission constitue une déclinaison de la politique nationale de santé publique telle que définie à l'article L 1411-1 du code de la santé publique et contribue notamment à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Elle fait partie de celles qui ont vocation à être assurées par l'ensemble des établissements de santé : le besoin est donc par principe réputé couvert.

2.13 Les soins aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Sans objet : il n'existe pas en Franche-Comté de centre de rétention.

2.14 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

Sans objet : il n'existe pas en Franche-Comté de centre socio-médico-judiciaire.

Enseignement universitaire et post-universitaire

Tableau I : stages des étudiants hospitaliers de deuxième cycle des études médicales

LOGISTIQUE DCEM 2010-2011	Trimestre 1		Trimestre 2		Trimestre 3		Trimestre 4	
	3-4	2-4	3-4	2-4	3-4	2-4	3-4	2-4
Pôle 1	15	21	16	18	15	19	12	18
Rhumatologie	7	10	8	9	7	9	6	9
Traumatologie	8	11	8	9	8	10	6	9
Pôle 2	22	20	21	22	19	18	21	23
Neurologie 1 – Pr RUMBACH	6	5	5	5	5	4	5	6
Neurologie 2 - Pr MOULIN	5	4	5	6	4	4	5	5
Neurochirurgie	4	4	4	4	4	3	5	5
Chirurgie Vasculaire	4	4	4	4	3	4	3	4
Médecine Vasculaire	3	3	3	3	3	3	3	3
Pôle 3	15	18	14	15	12	14	16	19
Cardiologie	5	7	6	6	5	5	6	7
Chirurgie Cardiaque	5	5	4	4	3	4	5	5
Pneumologie	5	6	4	5	4	5	5	7
Pôle 4	16	15	17	14	16	18	12	14
Gastro-entérologie	5	5	6	5	6	6	5	5
Hépatologie	5	5	5	4	5	6	4	5
Chirurgie Digestive	6	5	6	5	5	6	3	4
Pôle 5 – Stage chez le généraliste	14	19	21	17	18	18	24	18
Pôle 6 - Gynécologie Obstétrique	20	20	14	21	19	20	20	18
Pôle 7 - Pédiatrie	20	26	24	19	21	24	20	21
Pédiatrie 1 (Massonat, Mas. Hématologie, Marfan)	7	8	7	5	7	8	6	9
Pédiatrie 2 (Réa. Infantile, Urgences Pédiatriques)	8	9	9	7	7	8	7	6
Chirurgie pédiatrique	9	9	8	7	7	8	7	6
Pôle 8	16	16	18	19	17	17	14	15
Urologie	4	4	4	5	4	5	4	4
Néphrologie	4	4	4	5	4	4	4	5
Psychiatrie	4	4	6	5	5	4	4	4
Pédopsychiatrie	4	4	4	4	4	3	2	2
Pôle 9	18	18	16	18	19	19	17	17
Dermatologie	6	7	7	8	8	7	7	7
Maladies Infectieuses	8	8	6	7	8	9	7	7
Médecine du Travail/Médecine Légale	4	3	3	3	3	3	3	3
Pôle 10	23	24	25	28	31	27	27	29
SAMU	9	9	9	11	11	10	10	11
Anesthésie	7	8	8	9	10	9	9	9
Réanimation Médicale	7	7	8	8	10	8	8	9
Pôle 11	21	18	23	22	19	24	22	20
Hématologie	6	5	5	6	5	6	5	4
Radiothérapie	3	2	4	3	3	5	4	4
Oncologie	3	3	5	5	3	3	4	4
Radiologie A-C	5	4	5	4	4	4	5	4
CS Douleur	2	2	2	2	2	3	2	2
Soins Palliatifs	2	2	2	2	2	3	2	2
Pôle 12	22	20	15	17	19	19	20	23
Endocrinologie	6	6	4	5	6	6	6	7
ORL	6	5	4	4	4	4	5	5
Ophthalmologie	4	4	3	4	4	3	4	5
Maxillo-Stomatologie	6	5	4	4	5	6	5	6
Pôle 13	28	28	29	29	27	26	27	29
Gériatrie	6	7	7	7	6	6	6	7
Médecine Interne	7	7	8	7	8	7	7	7
Tilleroyes Dr CHOSSONNERY	6	6	6	7	5	5	6	7
Tilleroyes Dr NORTH	6	5	5	5	5	5	5	5
E.F.R	3	3	3	3	3	3	3	3

Tableau II : formation des internes en médecine

	nombre de services agréés au 31/12/2010	nombre de postes ouverts au choix nov 2010	effectif total internes nov 2010	arrêté 12/07/2010 nb d'internes à former 2010-2014	démographie médicale au 01/01/2008			
					effectif en activité	>ou= 55 ans	>ou= 60 ans	nb de postes PH temps plein vacants au 01/01/2009
SPECIALITES MEDICALES			31					
Anatomie et cytologie pathologique	3	4	4	10	22	9	3	NR
Cardiologie et maladies vasculaires	7	14	12	15	74	21	8	10
Dermatologie et vénéréologie	2	7	7	15	64	26	7	NR
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	4	5	5	10	24	5	1	1
Gastro-entérologie et hépatologie	7	10	8	20	63	26	9	2
Génétique médicale	2	0	0	1	2	1	0	1
Hématologie	3	6	4	5	13	2	1	2
Médecine interne	11	9	5	8	31	11	5	NR
Médecine nucléaire	2	4	5	3	6	3	2	1
Médecine physique et de réadaptation	2	4	3	10	23	10	2	3
Néphrologie	4	7	6	10	23	5	3	3
Neurologie	8	7	6	15	33	3	0	4
Oncologie médicale	3	5	8	15	6	1	0	3
Oncologie radiothérapie	1	4	1		48	13	8	2
Oncohématologie (option)	3	0						
Pneumologie	9	5	6	15	118	34	12	15
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7	17	16	30	12	4	1	3
Rhumatologie	2	7	4	5	34	9	1	2
Total spécialités médicales		115	131	187	596	183	63	

SPECIALITES CHIRURGICALES				19				
Chirurgie générale	23	17	26	50	63	35		3
Neurochirurgie	1	5	3	2	4	2	1	2
Ophtalmologie	4	9	11	15	70	32	14	2
ORL	3	8	11	10	43	18	6	2
Stomatologie	1	0	1	2				
Total spécialités chirurgicales		39	94	79	279	108	21	

AUTRES SPECIALITES								
Médecine générale	119	138	179	577	1842	523	189	
Anesthésie-réanimation	12	35	36	40	164	58	29	24
Biologie médicale		9	9	10	35	14	7	2
Gynécologie médicale	6	1	1	0	23	10	4	NR
Gynécologie obstétrique	6	19	19	20	76	32	14	8
Médecine du travail	21	5	4	0	92	50	13	NR
Pédiatrie	9	24	27	30	99	34	13	11
Psychiatrie	31	48	50	65	186	89	40	36
Santé publique	9	7	7	10	23	5	2	3

démographie médicale au 01/01/2008

DESC	nombre de services agréés au 31/12/2010	nombre de postes ouverts au choix nov 2010	effectif total internes nov 2010	arrêté 12/07/2010 nb d'internes à former 2010-2014	effectif en activité	>ou= 55 ans	>ou= 60 ans	nb de postes PH temps plein vacants au 01/01/2009
Chirurgie infantile	1	7	2		8	1		NR
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1	5	2		2	1		NR
Chirurgie de la face et du cou	4	0	0					
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2	10	4		41	10		5
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	2	4	3		2	0		1
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	1	5	0		5	2		NR
Chirurgie urologique	2	5	4		14	2		4
Chirurgie vasculaire	1	5	3		11	3		NR
Chirurgie viscérale et digestive	2	8	5		16	2		3
Gériatrie	10							
Réanimation médicale	5							
TOTAL		489	507	1018	3415	1106	395	158

Précisions supplémentaires concernant la médecine générale :

- Le nombre de praticiens généralistes agréés maîtres de stage extrahospitaliers pour le 3^{ème} cycle est de 80.
- Le nombre d'internes affectés en stage extrahospitaliers chez des médecins généralistes agréés au choix de novembre 2010 est de 28.
- Il y a 4 stages extrahospitaliers temps plein (type PMI, centres de santé ...) agréés pour les internes de médecine générale, qui accueille 5 internes pour le semestre novembre 2010-avril 2011.

**Formation initiale et DPC des sages femmes et du personnel paramédical
et la recherche dans leurs domaines de compétences**

**Tableau III : lieux et capacités de formation initiale des sages femmes et paramédicaux
en Franche-Comté**

métier	diplôme préparé	admission	niveau	durée formation	lieux	capacité d'accueil
Sage femme	Diplôme d'Etat de sage femme	Concours après la PACES (Première Année Commune des Etudes en Santé)	II	5 ans dont 1 an en PACES	Ecole de sages femmes UFR SMP Besançon	26
Cadre de santé	Diplôme de cadre de santé	titulaire d'un diplôme des trois filières infirmière, rééducation et médico-technique et justifier de 4 ans d'activité professionnelle	II	10 mois	IFCS Besançon	35
Masseur-kinésithérapeute	Diplôme d'Etat de Masseur-kinésithérapeute	concours après la PACES	III	4 ans dont 1 an en PACES	IFMK Besançon	48
Orthophoniste	Certificat de capacité d'orthophoniste	concours	III	4 ans	UFR SMP Orthophonie Besançon	28
Manipulateur en électro-radiologie médicale	Brevet de Technicien Supérieur en Imagerie Médicale et radiologie thérapeutique	sur dossier	III	3 ans	Lycée Pergaud Besançon	24
Infirmier	Diplôme d'Etat d'Infirmier	concours	III	3 ans	IFSI Besançon	161
					IFSI Montbéliard	80
					IFSI Pontarlier	40
					IFSI Nord-Jura Dole	63
					IFSI Lons-le-Saunier	74
					IFSI Vesoul	72
IFSI Belfort	80					
Infirmier spécialisé : anesthésiste	Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste	concours, titulaires DE infirmier ou sage-femme depuis plus de 2 ans	III	2 ans	IRFIS Besançon	17
Infirmier spécialisé : bloc opératoire	Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire	concours, titulaires DE infirmier ou sage-femme depuis plus de 2 ans	III	18 mois	IRFIS Besançon	25
Infirmier spécialisé : puériculture	Diplôme d'Etat de Puériculture	concours, titulaires DE infirmier ou sage-femme	III	1 an	IRFIS Besançon	20
Opticien lunetier	BTS Opticien-lunetier	BAC ou équivalent	III	2 ans	Lycée Victor Bérard Morez	24
	BEP Optique Lunetterie	avoir un maître d'apprentissage	V	2 ans	Greta du Haut-Jura Morez	16
Préparateur en pharmacie	Brevet Professionnel de Préparateur en Pharmacie	entretien préalable, tests de positionnement	IV	2 ou 3 ans	Lycée Victor Bérard Morez	20
Auxiliaire de puériculture	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP)	concours	V	10 mois	CHU Besançon	24
					IFSI Pontarlier	12
					Lycée Les Huisselets Montbéliard	24
Aide-soignant	Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS)	concours	V	10 mois	IFSI Besançon	55
					Lycée Condé Besançon	20
					IFSI Montbéliard	40
					IFSI Pontarlier	30
					IFAS Champagnole	25
					IFSI Nord-Jura Dole	23
					IRFSS-CRF Lons-le-Saunier	63
					IFSI Vesoul	76
IFSI Belfort	40					
Ambulancier	Diplôme d'Etat d'Ambulancier	concours, permis B, attestation d'extension du permis B à la conduite d'ambulance	V	630h en continu	Institut Régional de Formation Ambulancier Besançon	25



Fiche SROS - PRS

Organisation de la Transfusion Sanguine

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	
SROMS	

1. Contexte

1.1. Contexte réglementaire spécifique

La réglementation sur les dépôts de sang a été publiée entre 2007 et 2009 :

- Décret n°2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'Etablissement Français du Sang et à l'Hémovigilance.
- Décret n°2007-1324 du 7 septembre 2007 relatif aux dépôts de sang.
- Arrêté du 30 octobre 2007 relatif aux conditions d'autorisation des dépôts de sang.
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant le modèle type de convention entre un ES et l'ETS référent pour l'établissement d'un dépôt de sang.
- Arrêté du 30 octobre 2007 fixant la liste des matériels des dépôts de sang.
- Arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels des dépôts de sang.
- Arrêté du 16 décembre 2008 portant homologation du cahier des charges de la formation des personnels des dépôts de sang
- Arrêté du 15 juillet 2009 modifiant l'arrêté du 3 décembre 2007 relatif aux qualifications de certains personnels de dépôts de sang

Cette réglementation a nécessité en 2009 une révision régionale du fonctionnement des dépôts et de leurs conventions respectives signées avec l'EFS, afin de les accompagner dans la démarche d'autorisation par l'ARH. L'ensemble des dépôts de sang de Franche-Comté est autorisé à fonctionner selon la catégorie définie dans le SOTS 2006-2011 depuis le mois de septembre 2009.

1.2. Contexte politique

Les propositions émises dans ce document ont été élaborées en prenant en compte les éléments suivants :

- articles L.1224-1 et suivants relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguine,
- décret n°2006-1589 du 12 décembre 2006 relatif aux SOTS et modifiant le code de la santé publique,
- contrat d'objectifs et de performance entre l'Etat et l'EFS pour la période 2010-2013 signé le 2 septembre 2010,
- recommandations et préconisations du groupe de travail EFS-DGS-DGOS n°2 : janvier 2011,
- guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS.

2. Diagnostic

2.1. Etat des lieux

L'Etablissement Français du Sang (EFS) Bourgogne-Franche-Comté fournit la totalité des produits sanguins labiles (PSL) distribués⁸ ou délivrés² dans 25 établissements de soins transfuseurs Franche-comtois.

La distribution et délivrance sont assurées par 2 sites :

- le site de Belfort pour les 3 établissements du Territoire de Belfort et Montbéliard : Clinique de Montbéliard, Clinique de la Miotte et les deux sites du CHBM à Belfort et Montbéliard,
- le site de Besançon pour les établissements des départements du Doubs (hors Montbéliard), Jura et Haute-Saône.

⁸ distribution : Fourniture de PSL d'un ETS à un autre ETS, aux fabricants de produits de santé dérivés du sang humain ou de ses composants, aux ES gérant des dépôts de sang

² délivrance : Mise à disposition de PSL sur prescription médicale en vue de leur administration à un patient déterminé. Elle est effectuée en veillant à la compatibilité immunologique, dans le respect de la prescription médicale et de la mise en œuvre des règles d'hémovigilance

Répartition et nombre de PSL distribués par site EFS aux établissements de santé de la région :

Nom du site EFS Bourgogne Franche-Comté	2007	2008	2009	2010
Site de Besançon	38228	38583	39137	43090
Site de Belfort	9902	9824	9842	10357

Pour un maillage efficace, l'activité de délivrance de PSL est relayée par des dépôts de sang implantés dans des établissements de santé publics.

9 dépôts disposent depuis le 29 septembre 2009 d'une autorisation de l'ARH dont :

- 7 dépôts de délivrance : le CHBM - site de Montbéliard, le CH de Pontarlier, le CH de Dole, le CH de Lons de Saunier, le CH de Saint-Claude, le CHI de la Haute-Saône (site de Vesoul) et le CH de Gray.

Ils attribuent nominativement (délivrent) des PSL à partir d'un stock distribué par l'EFS.

- 2 dépôts d'urgence vitale et relais : le CHU de Besançon (site de St-Jacques) et le CH de Champagnole.

Les dépôts de délivrance sont de fait autorisés à pratiquer l'activité de délivrance en urgence vitale et relais.

Un dépôt n'est autorisé à délivrer/transférer des PSL que pour les patients hospitalisés dans l'établissement de soins où il est implanté (hors urgence).

Délivrance des PSL par les dépôts :

Année	Nombre de PSL délivrés par les dépôts
2007	14344*
2008	9563*
2009	15185*
2010	15 575*

* Données fournies par les dépôts : non consolidées

En Franche-Comté en 2010, la délivrance de PSL est assurée à hauteur de 30% par les dépôts des établissements de soins.

2.2. Données d'activité : chiffres clés

Maillage de la délivrance en Franche-Comté

Département	Nombre de dépôts de délivrance	Nombre de site EFS	EFS+ dépôt délivrance	Population INSEE 2009	Lieux de délivrance par million d'habitants	Sites EFS par million d'habitants
Doubs	2*	1	3	525 352	5,7	1,9
Jura	3	0	3	261 793	11,45	0
Haute-Saône	2	0	2	239 372	8,34	0
Territoire de Belfort	0	1	1	142 273	7	7

*Le dépôt du CHBM site de Montbéliard est pris en compte pour le département du Doubs

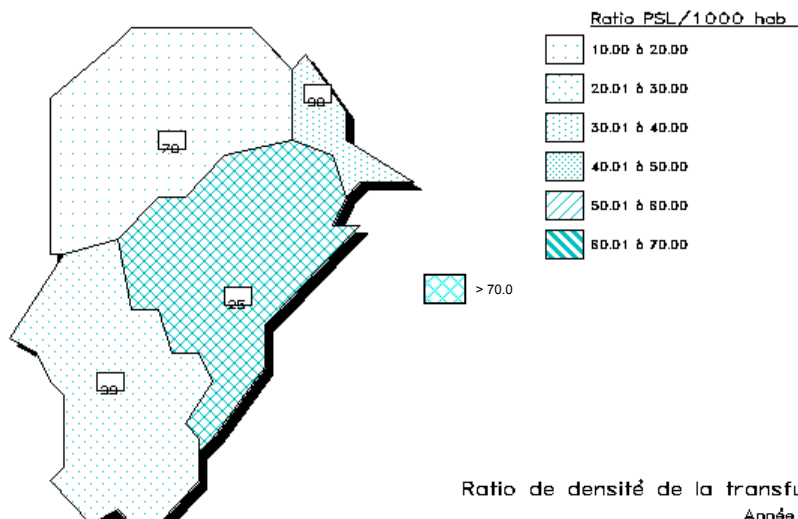
Indicateurs de transfusion selon l'offre de lits MCO pour les établissements avec un dépôt de sang

Etablissement	Nombre de PSL transfusés 2009	Nombre de lits MCO 2009	Nombre de PSL /lit MCO*	Nombre journées MCO 2009	Nombre de PSL pour 100 journées MCO*
CH Lons le Saunier	2846	333	8,5	121545	2,34
CH Pontarlier	919	179	5,1	64300	1,43
CH St-Claude	505	100	5,1	36500	1,38
CH Dole	2146	263	8,2	96990	2,21
CH Gray	535	66	8,1	24090	2,22
CHBM-Site de Montbéliard	4848	350	13,9	127750	3,79
CHI – Site de Vesoul	3183	353	9,0	128845	2,47
CH Champagnole	216	53	4,1	19376	1,11
CHU – Site St-Jacques	2040	286	7.1	104220	1.96

* Indicateurs de suivi recommandés par le groupe de travail EFS-DGOS-DGS

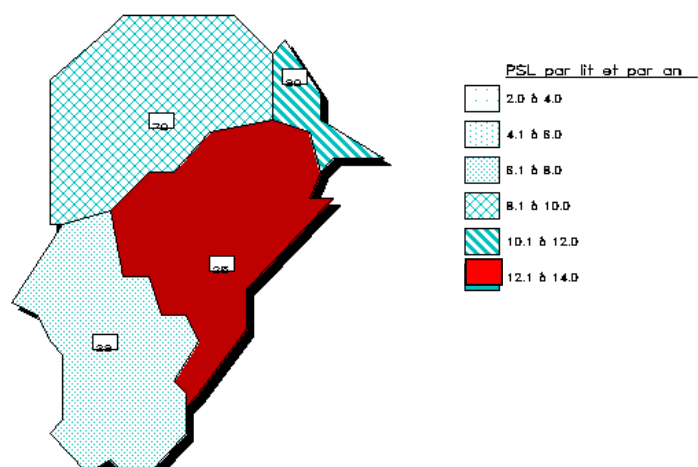
Ratio de consommation de PSL / an pour 1000 habitants

Année 2010
Région Franche-Comté



Ratio de densité de la transfusion par lit de court séjour/an

Année 2010
Région Franche-Comté



Activité des dépôts par établissement en 2010

Nom de l'ES	Lieu du dépôt	Type du dépôt	Nbre PSL Délivrés	Nbre PSL activité Relais	Nombre PSL délivrés ou transférés	Nbre PSL Détruits	Nbre PSL Repris par EFS	Nbre de 2 ^{ème} délivrance
CHU Besançon	Site St-Jacques Laboratoire de biochimie	UV+RELAIS	157	1835	1992	0	273	0
CHBM-Site de Montbéliard	Laboratoire	DELIVRANCE	4996	172	5168	71	4	392
CH Pontarlier	Laboratoire	DELIVRANCE	718	134	852	11	283	0
CH Lons le Saunier	Urgences	DELIVRANCE	2845	112	2957	21	17	0
CH de St-Claude	Laboratoire	DELIVRANCE	644	8	652	1	363	0
CH de Champagnole	Urgences	UV+RELAIS	0	147	147	4	86	0
CH de Dole	Urgences	DELIVRANCE	2185	391	2576	10	2	17
CH de Gray	Service soins intensifs	DELIVRANCE	401	71	472	8	205	1
CHI – Site de Vesoul	Laboratoire	DELIVRANCE	3629	234	3863	34	20	0

2.3. Mise en exergue des points forts ainsi que des axes de consolidation et/ou d'amélioration

2.3.1. Les points forts

- L'ensemble des dépôts de Franche-Comté bénéficie d'une autorisation selon la réglementation de 2007.
- Tous les dépôts sont informatisés à l'aide d'une solution informatique construite autour du serveur d'identités régional Ideopass.
- En mai 2011, 122 personnels des dépôts de délivrance ont suivi une formation qualifiante de 35h obligatoire. La formation, organisée en partenariat avec l'EFS B-F-C et l'Institut National de Transfusion Sanguine, est prise en charge financièrement par la délégation régionale de Franche-Comté de l'ANFH.

2.3.2. Les axes de consolidation et/ou d'amélioration

- La région Franche-Comté compte deux sites transfusionnels pour les quatre départements, alors qu'au niveau national le maillage transfusionnel repose sur 1 site par département.
- La réorganisation du maillage transfusionnel prévue au SOTS 2006-2011 prévoyait un taux de délivrance assuré par l'EFS à 90%. Ce taux n'atteint en 2010 que 70%.
- Les établissements de santé du Sud Jura sont éloignés du site EFS de Besançon. Le transport des PSL vers les dépôts de ces sites, avec des durées d'acheminement longs (2 heures en moyenne), nécessite une organisation coûteuse.

3. Orientations stratégiques

Les propositions de maillage transfusionnel dans le cadre du SOTS 2012-2016 devraient être élaborées pour atteindre les objectifs suivants :

- assurer à tous les patients de la région Franche-Comté, la délivrance de produits sanguins en toute sécurité et dans des délais compatibles avec l'urgence transfusionnelle, tout en veillant à l'optimisation de la ressource,
- assurer la cohérence de l'offre de soins en transfusion aux besoins des établissements, en cohérence avec le SROS-PRS,
- proposer un projet de maillage des sites transfusionnels (gérés par l'EFS) et des dépôts gérés par les établissements de santé, en présentant les enjeux structurants pour l'offre de soins,
- respecter les engagements formalisés par le contrat d'objectifs et de performance entre l'Etat et l'EFS pour la période 2010-2013,
- assurer la sécurité transfusionnelle par la disponibilité, sur un même lieu, de la délivrance, du groupage sanguin, de la recherche d'agglutines irrégulières (RAI), du dossier transfusionnel ainsi que des échantillons permettant le cas échéant de réaliser les épreuves de compatibilisation des PSL en laboratoire.

4. Schéma cible de l'organisation pour la transfusion

Les limites des propositions pour le SOTS dans le cadre du SROS-PRS sont liées aux limites des données actuelles connues pour la mise en place du dispositif, et en particulier :

- la loi de la bioéthique et les décrets à venir,
- la réforme de la biologie et l'accréditation des laboratoires en 2018.

Des textes d'application sont attendus et principalement celui relatif aux conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires de biologie médicale, qui va conditionner l'implantation des plateaux techniques autorisés à pratiquer les actes d'immuno-hématologie, en proximité étroite avec les lieux de délivrance des produits sanguins labiles.

4.1. Aire Urbaine Belfort Montbéliard

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins de suite	Urgences* (SMUR)	Réanimation polyvalente	PSL en 2010	Situation 2010
CHBM site Montbéliard	▲ 206	▲ 89	▲ 55	▲ 120	▲	▲	5316	DD
CHBM site Belfort	▲ 252	▲ 64	▲ 60	▲ 45	▲	▲	4184	Site EFS
Clinique de la Miotte Belfort		▲ 83		▲ 30			677	
Clinique de Montbéliard		▲ 65	▲ 19				185	

▲ Activité nécessitant un approvisionnement en concentrés de globules rouges en urgence vitale (moins de 30 mn)

▲ Activité nécessitant approvisionnement en concentrés de globules rouges programmé

* = SMUR + accueil des urgences

Nombre de lits par activité (SAE 2009)

Le site EFS Nord-Franche-Comté assure la délivrance des PSL pour les établissements suivants : site de Belfort du CHBM, clinique de la Miotte à Belfort et Clinique de Montbéliard à Montbéliard, soit 10 362 PSL en 2010. Le site de Montbéliard du CHBM ainsi que le site du Mittan (cancérologie) bénéficient de PSL (concentrés de globules rouges, plasmas) délivrés par le dépôt de délivrance de Montbéliard. La délivrance assurée par l'EFS couvre pour ce secteur géographique 52% des PSL transfusés.

L'évolution de l'organisation de la transfusion est conditionnée par l'ouverture du site du nouvel hôpital du CHBM, prévu à Trévenans. Ce site doit regrouper l'ensemble des activités médico-chirurgicales consommatrices de PSL du CHBM (obstétrique, néonatalogie, chirurgie, urgences, réanimation).

Le site EFS Nord Franche-Comté, dans les locaux actuels du CHBM Belfort, sera implanté sur le site du CHBM à Trévenans.

Le maintien du dépôt de délivrance du site CHBM Montbéliard ne sera, dès lors, plus justifié, sa fermeture s'imposera.

Dès l'ouverture du nouvel hôpital, l'EFS Nord Franche-Comté assurera la totalité de la délivrance pour le secteur de l'aire urbaine.

L'implantation des locaux de l'EFS Nord Franche-Comté sur le site de Trévenans positionnera les deux cliniques de la Miotte et de Montbéliard à une distance de 12 km environ, correspondant à une accessibilité géographique de 15 à 30 mn du site de délivrance des PSL. Ce délai est incompatible avec des besoins en urgence transfusionnelle vitale (sans délai et jusqu'à 30 mn), justifiés par des actes de chirurgie potentiellement hémorragiques dans les deux cliniques et l'existence d'une maternité à la Clinique de Montbéliard. Cette dernière est actuellement approvisionnée en urgence vitale par le dépôt du CHBM Montbéliard (en 2010 : 38 CGR, 5 plasmas), dans le respect de la réglementation et selon les termes d'une convention signée par les deux parties.

A l'ouverture du site du nouvel hôpital du CHBM et du site EFS au sein de cette structure, l'implantation d'un dépôt d'urgence vitale doit être prévue dans chacune des deux cliniques, Clinique de Montbéliard et Clinique de la Miotte.

Il est proposé :

- le déménagement du site EFS à l'ouverture du nouvel hôpital à Trévenans,
- la fermeture du dépôt de délivrance du CHBM site de Montbéliard,
- l'ouverture de deux dépôts d'urgence vitale : Clinique de la Miotte à Belfort et Clinique de Montbéliard.

4.2. Haute-Saône

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins de suite	Urgences* (SMUR)	Réanimation polyvalente	PSL distribués en 2010	Situation 2010
CHI Vesoul	▲ 209	▲ 97	▲ 47		▲	▲	3577	DD
CHI Lure	▲ 56			▲			98	
CHI Luxeuil	▲ 25			▲			176	
Clinique St Martin		▲ 60					173	Redélivrance
CH Gray	▲ 66			▲ 16	▲		483	DD

▲ Activité nécessitant un approvisionnement en concentrés de globules rouges en urgence vitale (moins de 30 mn)

▲ Activité nécessitant approvisionnement en concentrés de globules rouges programmé

* = SMUR + accueil des urgences

Nombre de lits par activité (SAE 2009)

4.2.1. CHI de la Haute-Saône

Les établissements de Vesoul, Lure et Luxeuil du CHI de la Haute-Saône sont approvisionnés en PSL par le dépôt de délivrance situé au sein du site de Vesoul. Des procédures de transport des échantillons pour les analyses immuno-hématologiques ainsi que des produits sanguins sont rédigées et appliquées. Aucun dysfonctionnement grave n'a été notifié. Cette organisation doit être maintenue.

Par convention et avec l'accord de l'ARH dans le cadre du SOTS précédent, la clinique St Martin est également approvisionnée par le dépôt de Vesoul du CHI de la Haute-Saône : cette organisation est justifiée par la proximité géographique des deux établissements sur le lieu "Les Haberges". Les deux établissements se rencontrent régulièrement pour le suivi de leur politique transfusionnelle au cours des réunions des Comités de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance respectifs.

Le maintien de cette organisation est proposé sous condition de la transmission informatique au dépôt de Vesoul des données d'immuno-hématologie réalisées par un laboratoire privé de proximité de la clinique ou la réalisation de ces examens par la laboratoire du CHI, afin de regrouper sur le lieu de délivrance des PSL les activités d'immuno-hématologie transfusionnelle et de délivrance (recommandations du groupe de travail DGS-DGOS-EFS).

4.2.2. CH de Gray

Les recommandations du groupe de travail DGS-DGOS-EFS se fondent sur :

- la sécurité liée à la disponibilité sur le même lieu du groupe sanguin, des RAI, du dossier transfusionnel et des échantillons du patient permettant le cas échéant de réaliser les épreuves de compatibilisation des PSL au laboratoire,
- la masse critique de PSL délivrés par site qui doit être suffisamment importante pour maintenir une compétence et une sécurité médicale adéquate (délivrer au minimum 500 PSL par an).

Dans le cadre de la réforme de la Biologie, le laboratoire de Gray est en instance de regroupement avec un autre laboratoire afin de répondre aux critères préconisés pour son accréditation. Au vu du faible nombre d'examens immuno-hématologiques pratiqués à Gray, le plateau technique "Immuno-Hématologie" du regroupement ne pourra être maintenu à Gray. Par ailleurs, au vu de l'offre hospitalière de l'établissement, du nombre inférieur ou proche de 500 PSL/an délivrés par le dépôt, le maintien d'un dépôt de délivrance dans cet établissement n'est pas envisageable.

Il est proposé :

- la transformation du dépôt de Gray en dépôt d'urgence/relais,
- la réalisation de la délivrance des PSL et des examens d'immuno-hématologie pour le centre hospitalier de Gray, par le site de Besançon de l'EFS Bourgogne Franche-Comté.

4.3. Doubs (hors aire urbaine)

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins de suite	Urgences* (SMUR)	Réanimation polyvalente	PSL distribués en 2010	Situation 2010
CHU Besançon Site Minjoz	▲ 391	▲ 361			▲	▲	28486	Site EFS
CHU Besançon St-Jacques	▲ 144	▲ 63	▲ 79		▲	▲		DUV + DR
CH Pontarlier	▲ 88	▲ 65	▲ 26		▲		893	DD

▲ Activité nécessitant un approvisionnement en concentrés de globules rouges en urgence vitale (moins de 30 mn)

▲ Activité nécessitant approvisionnement en concentrés de globules rouges programmé

* = SMUR + accueil des urgences

Nombre de lits par activité (SAE 2009)

4.3.1. CHU de Besançon

Le CHU de Besançon dispose d'un dépôt relais/urgence vitale sur son site de St-Jacques pour assurer la proximité de l'approvisionnement en produits sanguins de la maternité, du service de néphrologie, des services de médecine et chirurgie pédiatriques. Ce dépôt est implanté au sein du laboratoire du CHU.

La remontée des services de St-Jacques sur le site Jean Minjoz au cours du SOTS 2012-2016 (hors psychiatrie et maladies infectieuses, services peu transfuseurs) permettra la fermeture du dépôt de St-Jacques et la délivrance, y compris en situation d'urgence vitale, à partir du site de Besançon de l'EFS situé à proximité.

4.3.2. CH de Pontarlier

La situation géographique du centre hospitalier de Pontarlier ainsi que l'offre de soins proposée nécessitent le maintien d'un dépôt de délivrance dans cet établissement. Le nombre de PSL délivrés par le dépôt augmente régulièrement, il est supérieur de 30% en 2010 par rapport à 2005.

Se pose pour cet établissement la question du maintien de l'activité d'immuno-hématologie du laboratoire dans le cadre des évolutions liées à la réforme de la Biologie. Dans la mesure où le maintien d'un dépôt de délivrance s'impose, l'activité d'immuno-hématologie doit être conservée dans le laboratoire de cet établissement au vu des recommandations nationales.

Il est proposé :

- la fermeture du dépôt de St-Jacques lors de la remontée du site St-Jacques sur Jean Minjoz,
- le maintien du dépôt de délivrance de Pontarlier en lien avec l'activité d'immuno-hématologie de son laboratoire.

4.4. Jura

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins de suite	Urgences* (SMUR)	Réanimation polyvalente	PSL en 2010	Situation 2010
CH Lons le Saunier	▲213	▲87	▲33	▲38	▲	▲	3062	DD
Clinique du Jura		▲33					32	
CH Champagnole	▲53			▲40	▲		152	DUV + relais
CH St Claude	▲57	▲26	▲17	▲18	▲		678	DD
CH Dole	▲183	▲45	▲35	▲81	▲	▲	2430	DD
Polyclinique du Parc		▲47					244	Re-délivrance par DD Dole

▲ Activité nécessitant un approvisionnement en concentrés de globules rouges en urgence vitale (moins de 30 mn)

▲ Activité nécessitant approvisionnement en concentrés de globules rouges programmé

* = SMUR + accueil des urgences

Nombre de lits par activité (SAE 2009)

4.4.1. CH de Dole

La situation géographique du centre hospitalier de Dole ainsi que l'offre de soins proposée nécessitent le maintien d'un dépôt de délivrance dans cet établissement.

Par convention et avec l'accord de l'ARH dans le cadre du SOTS précédent, la Polyclinique du Parc de Dole est approvisionnée par le dépôt du CH de Dole : cette organisation est justifiée par la proximité géographique des deux établissements. Les deux établissements se rencontrent régulièrement pour le suivi de leur politique transfusionnelle au cours des réunions des Comités de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance respectifs.

Le maintien de cette organisation est proposé sous condition de la transmission informatique au dépôt de Dole des données d'immuno-hématologie réalisées par un laboratoire privé de proximité de la clinique ou la réalisation de ces examens par le laboratoire du CH de Dole, afin de regrouper, sur le lieu de délivrance des PSL, les activités d'immuno-hématologie transfusionnelle et de délivrance (recommandations du groupe de travail DGS-DGOS-EFS).

Il est proposé le maintien du dépôt de délivrance de Dole en lien avec l'activité d'immuno-hématologie de son laboratoire.

4.4.2. Sud Jura

Le SOTS 2006-2011 prévoyait pour le Sud Jura l'implantation d'un site transfusionnel à Lons le Saunier.

Dans le Sud Jura, le maillage transfusionnel repose sur :

- deux dépôts de délivrance : St-Claude et Lons le Saunier,
- un dépôt relais/UV : Champagnole, depuis septembre 2009 conformément à l'autorisation ARH.

L'implantation d'un site transfusionnel aurait permis :

- la fermeture du dépôt de délivrance de Lons le Saunier,
- la transformation du dépôt de délivrance de St Claude en dépôt relais/UV,
- une réduction des temps de transport (amélioration de la sécurité, réduction des coûts) des produits sanguins depuis le site EFS de Besançon vers les établissements du Sud Jura,
- une réduction du temps de rendu des résultats d'immuno-hématologie, en particulier en cas de besoin d'identification des anticorps lorsque la recherche d'agglutinines irrégulières est positive pour des patients hospitalisés dans les établissements du Sud Jura,
- un temps de livraison en produits sanguins plus rapide pour la clinique du Jura à Lons qui est approvisionnée par le site EFS de Besançon.

Et en conséquence pour ce secteur :

- une délivrance assurée par l'EFS à 100%,
- une amélioration de la sécurité transfusionnelle pour les patients et les produits sanguins.

L'obtention, par les dépôts, des nouvelles autorisations en 2009 en conformité avec les textes réglementaires de 2007, le changement de l'organisation des établissements du Sud Jura réduisent les enjeux de la création d'un site transfusionnel pour ce territoire d'animation. Par ailleurs, de grandes difficultés organisationnelles et non résolues, diagnostiquées au cours de négociations tripartites EFS-ARH-CH de Lons le Saunier en 2009, confortent la résiliation du projet d'implantation d'un site transfusionnel à Lons pour la durée du SOTS 2012-2016.

Il est proposé :

CH de Lons-le-Saunier

- le maintien du dépôt de délivrance du CH de Lons-le Saunier,
- la conservation de l'activité d'immuno-hématologie dans le laboratoire de cet établissement au vu des recommandations nationales.

CH de Saint-Claude

- le maintien du dépôt de délivrance du CH de St Claude, dans la mesure où fonctionnent des activités de chirurgie et de maternité,

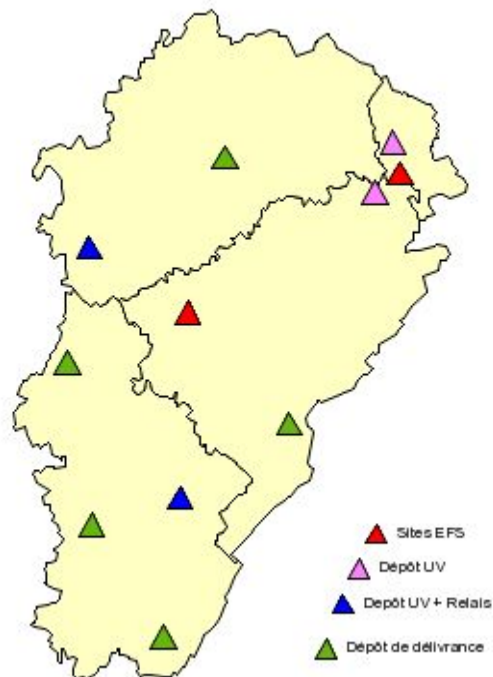
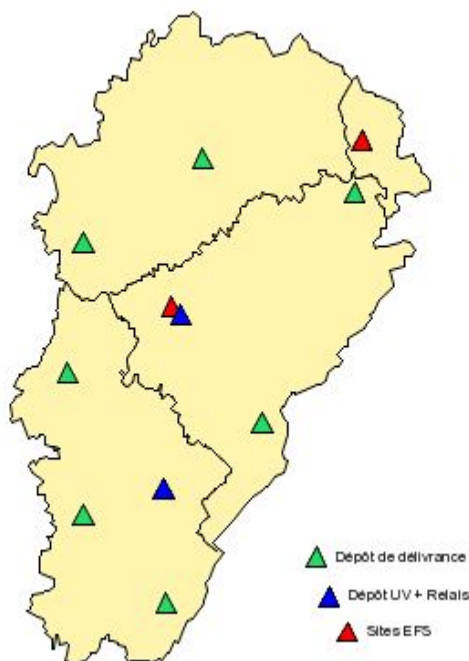
- la conservation de l'activité d'immuno-hématologie dans le laboratoire de cet établissement au vu des recommandations nationales, même dans l'hypothèse d'un regroupement avec un autre laboratoire dans le cadre de la réforme de la Biologie.

CH de Champagnole

- le maintien du dépôt UV/relais du CH de Champagnole, la transmission informatique des données d'immuno-hématologie pour les patients de Champagnole vers le site de délivrance EFS, réalisée par un laboratoire privé de proximité, doit être fonctionnelle et efficace.

Maillage de l'offre transfusionnelle SOTS 2006-2011

Propositions de maillage de l'offre transfusionnelle SOTS 2011-2016



5. Indicateurs de suivi

Dans le cadre du SOTS 2012-2016, seront suivis annuellement les indicateurs suivants :

- nombre de sites EFS et dépôts de délivrance par million d'habitants,
- ratio nombre de PSL délivrés/lits MCO,
- ratio nombre de PSL délivrés/nombre de journées MCO,
- bilan d'activité de chaque dépôt.



VOLET AMBULATOIRE





Fiche SROS - PRS Ambulatoire

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer à tous les Frانس-Comtois une offre de santé de qualité et de proximité répondant aux meilleures pratiques et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité et/ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé mis en œuvre en Franche-Comté.
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser leur prévention ainsi que l'accès aux soins, notamment par rapport aux risques de suicide.
Priorité 3 Objectif 3.1	Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Addictions, Cancer, Education thérapeutique du patient, Personnes en situation de précarité/vulnérabilité, VAGUSAN.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte

La loi hôpital patients santé et territoires (dite "Loi HPST") institue une territorialisation des politiques de santé et porte une réforme globale qui a pour ambition de remodeler, redéfinir et adapter l'offre de soins aux besoins de la population.

Qualité des soins et des prises en charge, qualité des organisations constituent les critères de performance retenus par la Loi.

Le schéma régional d'organisation des soins ne constitue pas une nouveauté de la réforme HPST. Il est réaffirmé dans son principe et désormais élargi à l'offre de soins de premier recours. Il intègre dans la logique de régulation de l'offre de soins, de nouveaux acteurs de santé que sont les professionnels de santé libéraux.

La vocation première du SROS consiste à prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé. Dans cette dynamique, le volet ambulatoire du SROS-PRS aborde les problématiques relatives à l'offre, l'organisation des professionnels de santé libéraux et promeut le mode d'exercice coordonné. Il intègre de facto le développement des systèmes d'information, de la télémédecine, le déploiement de la plateforme d'appui aux professionnels de santé, les problématiques de formation initiale et continue, de la démographie médicale, et de l'attractivité de la région.

La question de la répartition des professionnels de santé est traitée dans le cadre des mesures d'aides attribuées selon les zones jugées fragiles.

Le parcours de soins du patient est abordé de manière transversale en ayant pour ambition de faire évoluer les modalités de prise en charge entre le monde libéral, la sphère médico-sociale et hospitalière.

Dans ce cadre, les modalités de coopération et de coordination entre les acteurs doivent être précisées en particulier entre les services d'urgence et le secteur libéral, avec les services hospitaliers dans le cadre des sorties d'hospitalisation.

L'élaboration du volet ambulatoire du SROS-PRS s'inscrit également dans les objectifs de la loi de financement de la Sécurité Sociale et du plan stratégique régional de santé.

A cet égard, il poursuit les enjeux inscrits au plan stratégique régional de santé :

- "assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé" ;
- "veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé".

Enfin, le plan régional de gestion du risque et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence constituent également le ciment des propositions développées ci-après.

Le volet ambulatoire du SROS-PRS dans sa première rédaction pourra être revu et complété après un premier bilan à 18 mois ou deux ans.

2. Diagnostic

2.1. Éléments de contexte issus du Panorama de la Santé

L'offre de professionnels de santé libéraux en Franche-Comté est globalement satisfaisante. Ce constat est toutefois à nuancer car il masque des disparités selon les professions et en termes de répartition géographique. Le système de santé est appelé à s'appuyer sur une offre de soins de premier recours pour organiser la gradation des soins. Or, on sait qu'après plusieurs années de limitation du numerus clausus et des quotas à l'entrée des écoles, le nombre d'étudiants sortant de formation sera limité pendant quelques années.

La densité régionale en professionnels est proche des moyennes nationales pour les médecins généralistes, mais inférieure pour les spécialistes. Concernant les auxiliaires médicaux, les effectifs de masseurs kinésithérapeutes sont notoirement insuffisants, tandis que l'offre en infirmiers répond à la demande : moins de libéraux, mais une bonne couverture par les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les Centres de Soins Infirmiers, dont l'importance est une spécificité régionale.

Si la situation régionale globale n'est pas trop inquiétante, il est néanmoins nécessaire de s'assurer que l'organisation des soins permettra de pallier des difficultés locales qui peuvent intervenir lorsque, par exemple, les soins dans un bassin de vie reposent sur un petit nombre de professionnels proches de l'âge de la retraite. Les institutions ont fait ce constat il y a plusieurs années et ont proposé des solutions : réorganisation de la permanence des soins, promotion de l'exercice en maisons de santé pluridisciplinaire...

2.1.1. Médecins libéraux

La répartition géographique des omnipraticiens est actuellement satisfaisante :

On dénombre 1 224 médecins généralistes libéraux actifs en Franche-Comté en 2009. La profession tend à se féminiser, la part des femmes est passée de 24% en 2003 à 26% en 2008 mais surtout elles représentent 44% des médecins généralistes de moins de 50 ans et 21% seulement des 50-60 ans.

Les communes dotées de médecins généralistes libéraux sont bien réparties : sur les quelques 1 800 communes que compte la région, une centaine seulement est éloignée de plus de 10 km d'un cabinet de médecin généraliste. Les communes urbaines très peuplées concentrent un grand nombre de professionnels et les densités y sont importantes. Mais entre ces espaces urbains très dotés, les espaces où la densité est faible sont rares.

L'offre de soins de premier recours se réorganise

Dès 2005, l'État et l'Assurance maladie ont travaillé de concert pour identifier les zones de la région dans lesquelles l'installation de médecins généralistes devait être encouragée.

Depuis le 1er janvier 2010, la permanence des soins en Franche-Comté est organisée autour de 58 secteurs de garde avant minuit, 50 après minuit et 57 les week-ends et jours fériés.

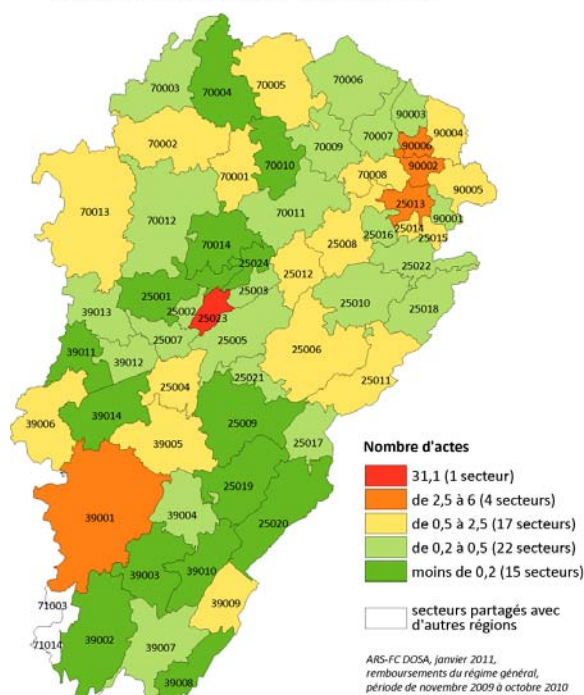
On observe une participation importante des médecins généralistes malgré une disparité entre secteurs urbains et ruraux.

La régulation libérale régionale, gérée par l'ACORELI (Association comtoise de régulation libérale) garantit aux patients une réponse médicale adaptée. Ils appellent le "3966" en cas de problème de santé relevant de la permanence des soins, et le "15" uniquement en cas d'urgence vitale. Quatre maisons médicales de garde existent sur l'ensemble du territoire : il s'agit des MMG de Belfort, Besançon, Lons le Saunier et Montbéliard. Dans ces maisons médicales de garde situées à proximité des services d'urgence, les patients sont accueillis après que leur situation a fait l'objet d'une analyse par un des services de régulation.

L'activité de nuit est faible :

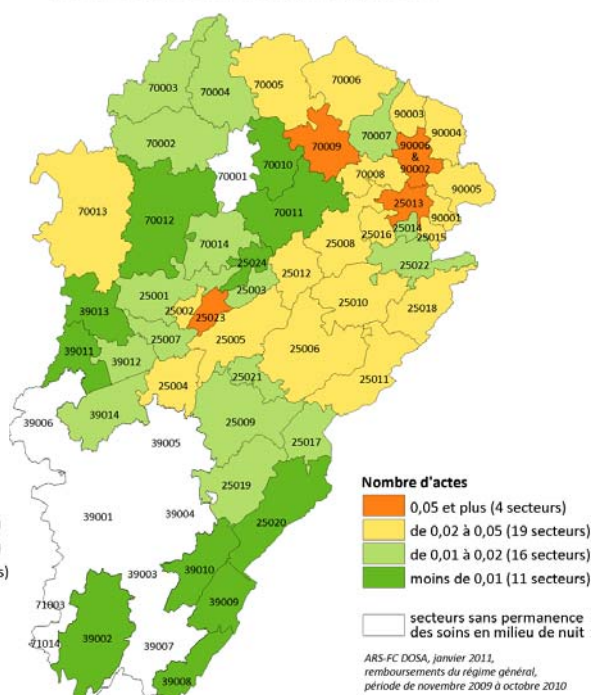
**Nombre d'actes médicaux* réalisés le soir entre 20h et 0h
par période d'astreinte de 4 heures et par secteur**

*consultations et visites, actes techniques, frais de déplacement.



**Nombre d'actes médicaux* réalisés la nuit entre 0h et 8h
par période d'astreinte de 4 heures et par secteur**

*consultations et visites, actes techniques, frais de déplacement.



Des modes d'exercices nouveaux, en maisons de santé pluridisciplinaires, sont promus. L'objectif est de réduire l'isolement des professionnels exerçant dans les zones les moins dotées, pour attirer de jeunes professionnels que cet isolement inquiète. Ce mode d'exercice regroupé, au même titre que les pôles de santé et les centres de santé, permet également une amélioration de la coordination des soins entre différents professionnels, bénéfique pour les patients.

L'évolution est à surveiller

Localement, il est important de se préoccuper de la situation de cantons ou de groupes de communes dans lesquels l'offre de premier recours repose sur un ou deux professionnels isolés, particulièrement lorsque ces professionnels sont âgés et donc susceptibles de prendre leur retraite à moyen terme. L'attractivité de la médecine salariée constitue également un facteur qui demeure impossible à quantifier.

La répartition géographique des médecins spécialistes libéraux est contrainte par les plateaux techniques

Si l'offre en médecins généralistes libéraux en Franche-Comté est comparable, en termes de densité, à celle constatée au niveau national (105/111), on note en revanche une relative pénurie pour les spécialistes : on en dénombre 56 pour 100 000 habitants dans la région contre 87 en moyenne nationale (STATISS 2010). Le Doubs est le département le mieux doté (75 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants), la Haute-Saône est au dernier rang régional (31 pour 100 000).

Les médecins spécialistes libéraux sont concentrés dans les grands centres urbains, à proximité des plateaux techniques. Ils ont fréquemment un double exercice : libéral et salarié. Il existe un contraste important entre les deux secteurs les plus urbanisés de la région (Besançon et Belfort/Montbéliard), dotés d'un grand nombre de professionnels et de l'éventail complet des spécialités, et ceux de Vesoul ou Pontarlier, dans lesquels toutes les spécialités ne sont pas représentées.

2.1.2. Infirmiers

L'offre en infirmiers dans le secteur ambulatoire s'articule autour des cabinets, des centres de soins et des services de soins à domicile.

Les centres de santé sont nombreux en Franche-Comté, il s'agit d'une particularité régionale. Alors que ce type d'offre représente, en équivalent temps plein, moins de 5% des effectifs d'infirmiers libéraux au niveau national, les centres de soins de notre région emploient l'équivalent de 200 professionnels soit 20% de l'offre ambulatoire. Les services de soins infirmiers à domicile couvrent quant à eux la quasi-totalité du territoire régional.

Par contre, les établissements de soins rencontrent de plus en plus de difficultés pour recruter des infirmiers.

2.1.3. Masseurs kinésithérapeutes

La Franche-Comté est une des régions de France où la densité en masseurs kinésithérapeutes est la plus faible (54 pour 100 000 habitants contre 83 au niveau national). Tous les secteurs de la région connaissent donc une pénurie de ces professionnels, celui de Vesoul étant le plus touché (43 pour 100 000). Là encore les établissements, notamment médico-sociaux pour personnes handicapées et personnes âgées, sont particulièrement en difficulté pour assurer la rééducation et les soins de confort indispensables à la population accueillie.

2.1.4. Pharmacies

Les officines de ville, dont l'implantation est réglementée, sont bien réparties géographiquement. La Franche-Comté compte, en 2009, 437 officines, ce qui correspond à une densité pour 100 000 habitants de 39,2 pharmacies, légèrement supérieure à la moyenne française (36,6).

2.1.5. Chirurgiens dentistes

La région est également très déficitaire en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, avec un taux de 44 pour 100 000 habitants versus 61 au niveau national.

Il convient de souligner d'importantes différences entre les départements : 34/100 000 en Haute Saône, 42 dans le Jura, 45 dans le Territoire de Belfort, 50 dans le Doubs.

La région comporte également 18 centres de santé dentaires répartis sur l'ensemble du territoire.

Une des raisons principales du déficit constaté réside dans l'absence de filière dentaire à l'université de Franche Comté.

2.2. Diagnostic partagé

Les travaux du groupe de réflexion sur le volet ambulatoire du SROS-PRS ont porté sur les thématiques suivantes :

- formation des professionnels de santé ; accompagnement des professionnels de santé ; plateforme d'appui aux professionnels de santé ;
- systèmes d'information ; télésanté ; protocoles de coopération ;
- regroupements des professionnels de santé ; organisation territoriale; liens ville/hôpital ; permanence des soins ; sorties d'hospitalisation ; transports.

Un état des lieux de l'existant a été réalisé sur ces divers sujets.

2.2.1. La formation

2.2.1.1. Étudiants en médecine et internes

- Évolution du numerus clausus :

Entre 2003 et 2009, le numerus clausus a progressé de 33 % au niveau national et de 54 % en Franche-Comté.

- Évolution des postes d'internes :

Depuis 2005, le nombre de postes d'internes a fortement augmenté dans la région, de 96 postes pourvus en 2005 à 136 en 2010.

Depuis la réforme de 2004 et la mise en place de l'examen classant national, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière. Le nombre de postes ouverts dans cette spécialité ne cesse d'augmenter (représentant ainsi 54.12% des postes ouverts pour l'année universitaire 2010/2011). Il convient toutefois de noter qu'en 2010, sur les 105 postes ouverts pour la région, 47 seulement ont été pourvus.

Le nombre de postes de spécialités médicales a doublé en 5 ans : il est passé de 17 en 2005 à 38 en 2010. Cette progression correspond à un réel besoin en termes de démographie médicale mais reste insuffisante.

Enfin, une légère diminution du nombre de postes ouverts en spécialités chirurgicales est constatée et trouve son origine dans la saturation de l'appareil de formation : les internes inscrits en D.E.S. (diplôme d'études spécialisées) de chirurgie générale complètent leur formation par un D.E.S.C (diplôme d'études spécialisées complémentaires) de groupe 2 où seuls les services hospitalo-universitaires sont reconnus formateurs.

- Le DU "Éducation du patient"

Il est organisé depuis 3 ans avec le CHU de Besançon, l'Unité transversale pour l'éducation du patient (UTEP) et l'Université de Franche-Comté. Il avait été initié également avec le concours de l'URCAM. Pour l'année 2010-2011, l'ARS poursuit cette collaboration.

2.2.1.2. Étudiants paramédicaux

- La formation infirmière

Depuis 2004 le quota d'entrée est de 570 et le sera encore en 2011.

7 Instituts assurent la formation (CHU Besançon, CHBM à Montbéliard et Belfort, CH Pontarlier, CH de Dole, Croix Rouge Française à Vesoul et Lons-le-Saunier).

L'évaluation des besoins en I.D.E. pour les années à venir doit être affinée afin d'envisager une augmentation du quota. Cette augmentation nécessitera de proposer de nouveaux locaux pour accueillir les étudiants.

Il convient de rappeler qu'un infirmier ne peut s'installer en libéral qu'après 2 ans d'exercice en établissement. Il peut toutefois exercer à domicile dès l'obtention du diplôme d'Etat dans les centres de santé infirmiers.

- Les kinésithérapeutes

Ils sont formés à l'I.F.M.K. du C.H.U. Après concours d'admission, les étudiants suivent une formation d'une durée de 3 ans. Après obtention du D.E. ils peuvent s'installer en libéral ou exercer en tant que salarié. Depuis 2004, le quota d'entrée a augmenté et est passé de 24 à 48 en 2010. Il a été maintenu en 2011 par les services ministériels malgré la proposition régionale d'augmentation à 50.

Ce nombre de 50 est actuellement le maximum qui puisse être proposé. En effet, l'architecture et les locaux disponibles ne permettent pas d'accueillir davantage d'étudiants alors que les besoins sont nettement supérieurs.

2.2.2. L'accompagnement des internes

- Premier contact et accueil

Une Cellule d'Accueil et de Suivi des Internes existe en Franche-Comté.

Suite à l'examen classant et lors du 1^{er} choix à l'issue de l'amphi garnison, les nouveaux internes en médecine sont affectés par le Centre National de Gestion dans une subdivision et une spécialité.

Au mois d'octobre, tous les nouveaux internes sont conviés, le matin des choix, à l'ARS. La cellule organise un accueil "convivial". A cette occasion, les partenaires peuvent présenter leur rôle et leurs missions au cours du cursus des internes.

Un guide de l'interne, actualisé tous les ans, leur est remis ainsi qu'une pochette présentant la région.

- Lettre électronique des internes de médecine générale et de santé publique

Cette lettre, initiée par l'URCAM de Franche-Comté et coordonnée par le Collège Régional des Généralistes Enseignants, fait l'objet d'une parution 3 fois par an. Son public est large : la diffusion concerne en priorité les internes de médecine générale et de santé publique, mais aussi divers organismes et associations (Assurance maladie, responsables pédagogiques des internes, associations des internes de santé publique du Nord-est...). Elle a pour but de rapprocher ces deux disciplines et de créer des dynamiques partagées dans ces domaines : thèses, recherches, terrains de stage, remplacements, événements, recommandations de bonnes pratiques...

- Financement de stages en milieu rural pour les internes de médecine générale

La finalité est de faciliter, favoriser et inciter l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu rural, et d'éviter la désertification de certains secteurs.

L'objectif est donc de favoriser le choix par les internes et les externes de stages en milieu rural par le biais d'indemnisation des déplacements ou de l'hébergement pour les étudiants choisissant un stage chez des médecins généralistes installés à distance de Besançon.

Les publics concernés sont :

- les étudiants externes en 2^{ème} cycle (DCEM) en stage chez les généralistes,
- les étudiants internes en 3^{ème} cycle (TCEM) en stage SUMGA (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire) chez les généralistes.

En 2010, le bureau du FIQCS (Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins) a décidé de favoriser les choix de stage en milieu rural par une indemnisation des déplacements uniquement pour les étudiants du 2^{ème} cycle choisissant un stage en milieu rural chez un médecin généraliste installé à plus de 30 km de Besançon.

2.2.3. Les systèmes d'information et la télésanté

Un des enjeux de la circulation et de la connaissance de notre système de santé passe indéniablement par la promotion du dossier médical personnel (DMP). Par conséquent, il paraît incontournable de sensibiliser les médecins généralistes, spécialistes et hospitaliers à l'enrichissement de ce dossier, mais aussi les usagers sur l'intérêt de son utilisation.

La télémédecine a vocation à répondre aux inégalités territoriales, à favoriser la coopération entre ville et hôpital, libéraux et spécialistes, à fluidifier le parcours de soins et améliorer le confort des patients en évitant notamment des déplacements, voire des hospitalisations.

Ces concepts sont renforcés par la loi HPST et particulièrement par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

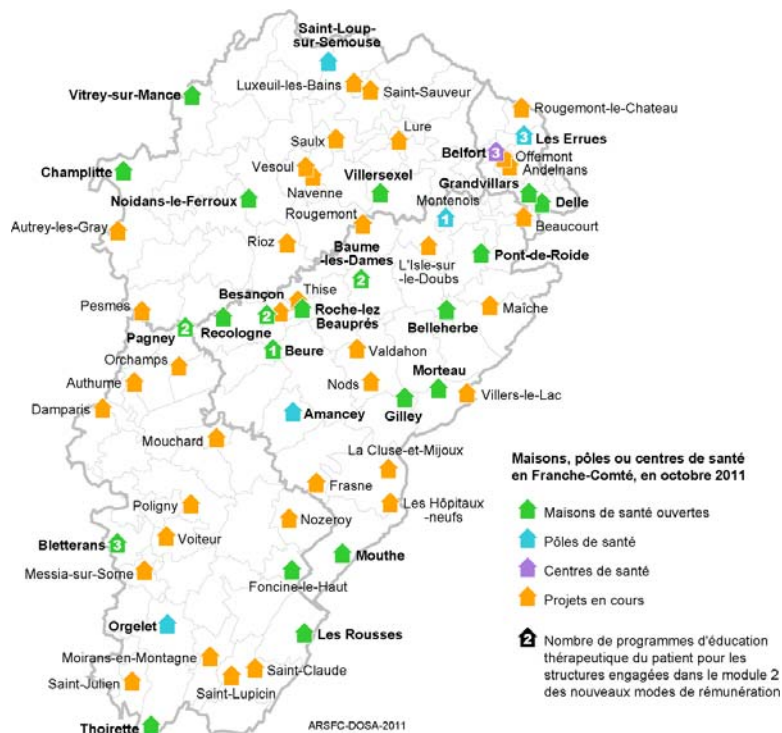
2.2.4. La commission régionale de sélection des projets de maisons de santé

La circulaire interministérielle du 27 juillet 2010 a décliné les modalités de mise en œuvre du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural. Suite à ces directives, une commission régionale de sélection des projets, coprésidée avec le Préfet de Région, a été mise en place au sein de la région ; elle permet d'étudier la pertinence des projets et d'attribuer les aides de façon concertée, notamment dans le cadre du plan national d'équipement en maisons de santé géré par les services de l'Etat.

2.2.5. Les regroupements de professionnels

Situation actuelle :

Maisons, pôles, centres de santé en octobre 2011



DOUBS

11 maisons de santé en fonctionnement
1 pôle de santé en fonctionnement
11 maisons de santé en projet

JURA

5 maisons de santé en fonctionnement
1 pôle de santé en fonctionnement
12 maisons de santé en projet

HAUTE SAÛNE

4 maisons de santé en fonctionnement
1 pôle de santé en fonctionnement
10 maisons de santé en projet

TERRITOIRE DE BELFORT

2 maisons de santé en fonctionnement
1 centre de santé en fonctionnement
1 pôle de santé en fonctionnement
4 maisons de santé en projet

Soit pour la région 27 structures existantes et 36 en projet.

La Loi HPST dans sa version initiale distinguait maison de santé = regroupement de professionnels au sein d'une même entité géographique et pôle de santé = travail en commun de professionnels gardant chacun son cabinet (médical, infirmier ou de kinésithérapie).

Dans les modifications apportées par la Loi du 10 août 2011 cette distinction a été supprimée et seul le vocable "Maison de Santé Pluridisciplinaire" a été conservé pour désigner les 2 modes de fonctionnement.

Actions envisageables :

- Organiser un maillage territorial de l'offre de 1^{er} recours avec une politique volontariste de maisons de santé pluridisciplinaires fonctionnant essentiellement sous la forme de pôles de santé : en effet, ces derniers sont plus souples à mettre en œuvre que regroupement au sein d'une même structure et favorisent un travail coordonné des professionnels de santé ; aider au développement des maisons de santé ; étudier la possibilité de consultations décentralisées dans certaines communes ; faciliter l'ouverture des cabinets secondaires.
- Devant le nombre important de projets de maisons de santé, définir les critères partagés d'attribution des différentes aides à l'investissement.
- Trouver des moyens pour simplifier la charge administrative des médecins : allègement des procédures, secrétariat commun...
- Promouvoir les nouvelles formes de rémunération.

- Étudier la possibilité d'initier un dispositif de bourse versée dès la seconde année des études de masseur-kinésithérapeute et de chirurgien-dentiste, en contrepartie d'une installation au sein d'une zone sensible (extension de la formule du contrat d'engagement de service public).

Il paraît incontournable de travailler sur les problématiques d'urgence en :

- protocolisant avec les services d'urgence de manière à graduer la prise en charge des patients et à s'appuyer sur les maisons de santé pluridisciplinaires et centres de santé ;
- protocolisant avec les hôpitaux afin que les structures de soins ambulatoires pluridisciplinaires assurent la prise en charge de soins ciblés après hospitalisation ou consultation externe.

2.2.6. L'organisation territoriale

A l'heure actuelle, il existe plusieurs découpages territoriaux, qui correspondent soit à une organisation de type administratif (départements, cantons, communautés de communes, pays, bassins de vie etc.), soit à une organisation sanitaire (secteurs de permanence des soins, secteurs de garde ambulancière ou pharmaceutique, etc.).

L'Agence Régionale de Santé a fait le choix de retenir un territoire de santé unique pour l'ensemble de la région, afin de permettre des adaptations de l'offre dans une perspective d'efficience et, de concilier une offre de soins spécialisés de proximité et de qualité. Par ailleurs ce découpage sera complété par la détermination de territoires de proximité destinés à devenir des espaces d'organisation de l'offre de premier recours. Dans le cadre des travaux conduisant à leur définition, il sera recherché autant que possible une cohérence avec les territoires de permanence des soins.

2.2.7. L'articulation ville/hôpital : les sorties d'hospitalisations

De l'avis des professionnels participant au groupe de réflexion, les relations ville/hôpital doivent être améliorées, même si certains dysfonctionnements pointés résultent parfois de la méconnaissance des informations ou des circuits existants.

La sortie d'hospitalisation est une problématique de plus en plus prégnante au regard :

- de l'augmentation de l'espérance de vie,
- du développement de la chirurgie ambulatoire,
- des durées d'hospitalisation de plus en plus réduites,
- des maladies chroniques,
- de l'évolution des techniques.

Dans ce cadre, la problématique de l'urgence doit être abordée mais également celle des actes dispensés à l'issue d'une hospitalisation. Les passages aux urgences font systématiquement l'objet d'un compte rendu (Résumé du Passage aux Urgences) auquel les médecins généralistes ont accès : il conviendrait de le rappeler aux praticiens libéraux. Ces informations ont vocation à être intégrées dans le DMP.

La sortie d'hospitalisation nécessite d'être préparée afin d'assurer les soins sans discontinuité, de rassurer le patient et son entourage, d'informer les professionnels de santé intervenant à l'issue de l'hospitalisation, et le cas échéant les auxiliaires de vie.

Des dispositifs œuvrant en ce sens existent déjà :

- la coordination d'appui (ex. de l'ARESPA),
- les équipes mobiles de géro-psycho-geriatrie et de gériatrie,
- le dispositif "sorties d'hospitalisation" créé par le GIE IMPA (CARSAT).

2.2.8. Les transports

Dans un contexte marqué par un déficit récurrent et malgré les actions menées, il reste nécessaire de promouvoir les actions en matière de gestion du risque. Le poste "transports" évolue depuis plusieurs années de manière très marquée. L'augmentation s'élevait à plus de 7% au cours des exercices 2007/2009. Pour la première fois en 2010, elle se montait à 5,3%.

Cet état de fait se trouve renforcé par la nécessité de s'interroger sur l'optimisation de la prise en charge ainsi que sur l'organisation mise en œuvre tant pour les transports sanitaires que pour les transports non sanitaires.

Il est impératif que le patient soit placé au cœur du dispositif. La qualité de la prise en charge, en termes de délai, et le mode de transport prescrit, doivent être intégrés à la réflexion.

Il paraît également nécessaire de s'interroger sur l'organisation mise en place afin de répondre aux problématiques des établissements.

La garde ambulancière est organisée depuis 2003. Par conséquent, il est légitime de revisiter le dispositif eu égard aux évolutions de l'offre hospitalière et de l'offre de transports. Les carences durant les périodes de garde ambulancière sont supportées par les établissements et de facto par l'assurance maladie.

Les transferts intra-hospitaliers sont régis par des conventions entre les établissements et des transporteurs sanitaires. Il s'avère qu'elles ne couvrent pas nécessairement l'ensemble des plages horaires.

Enfin, les professionnels du transport ne peuvent répondre de manière optimale aux demandes et cet état de fait concourt à emboliser les hôpitaux dans le cadre des sorties d'hospitalisation et à générer de l'insatisfaction de la part du patient.

Il convient d'optimiser l'organisation :

- des urgences pré hospitalières,
- de la garde ambulancière,
- des sorties d'hospitalisation,
- des transferts inter et intra hospitaliers.

Actions envisageables :

- Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports notamment à l'hôpital par la contractualisation en cas de dépassement > à 4%.
- Mettre en place un centre de régulation régional des transports sanitaires et non sanitaires (2012).
- Réaliser des audits sur les lignes de garde ambulancière (2011/2012).
- Arrêter le cas échéant une nouvelle organisation de la garde ambulancière.
- Élaborer au plan régional en partenariat avec les établissements et les transporteurs une organisation des transferts inter / intra hospitaliers.

3. Schéma cible de l'offre de soins de 1^{er} recours

Les réflexions conduites dans le cadre de l'élaboration du Programme stratégique régional de santé ont conduit à définir une priorité intitulée "Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels et autour de l'utilisateur" (priorité 3).

Compte tenu de celles-ci et à l'issue de l'état des lieux et du diagnostic partagé présentés au paragraphe précédent, 5 priorités d'actions ont été définies pour les 18 prochains mois :

- la définition des zones prioritaires,
- la plateforme d'appui aux professionnels de santé,
- la télémédecine, les systèmes d'information et les modes de collaboration,
- la préparation des sorties d'hospitalisation,
- la formation professionnelle initiale.

3.1. La définition des zones prioritaires

Celle-ci doit comporter 3 types de secteurs :

- les zones sur lesquelles les aides financières seront concentrées,
- les zones de proximité répondant aux critères d'accès à l'offre de soins de 1^{er} recours,
- les territoires de permanence des soins ambulatoire.

3.1.1. Les zones "fragiles"

L'article L. 1434-7 du CSP prévoit que :

"Le SROS indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 632-6 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts. "

L'article L. 1434-8 du CSP quant à lui précise : "Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé. A l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-7. Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie".

Le travail sur ces zones "support" des aides financières, et notamment les aides à l'installation, les déductions fiscales et les aides aux maisons de santé pluridisciplinaires, est en cours dans le cadre du comité de pilotage national du volet ambulatoire du SROS-PRS : le niveau national a indiqué à chaque région le nombre maximal d'habitants que devront comporter ces zones : pour la région Franche Comté ce chiffre est de 134 900. Des propositions ont été faites au niveau de la région et validées par les services ministériels le 29 juillet 2011 (Cf. Cartes et note méthodologique en annexe).

Par contre, la région Franche-Comté ne comporte aucune zone où l'offre de soins est particulièrement élevée.

Il convient de noter qu'en ce qui concerne les infirmiers la régulation démographique se fait dans le cadre de l'avenant n°3 (JO du 26 novembre 2011) de l'accord conventionnel signé avec l'assurance maladie.

3.1.2. Les zones de proximité

L'approche menée par le groupe de travail a consisté dans un premier temps à définir le contour souhaitable de ces zones dont la traduction sur le terrain régional se fera dans un second temps après détermination des secteurs de permanence des soins ambulatoire et des zones prioritaires.

Les soins de premiers recours s'articulent autour de trois grandes fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement,
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social),
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Dans un territoire de proximité de premier recours, on doit donc trouver au minimum des professionnels de santé capables :

- de faire un diagnostic (médecin et si possible dentiste),
- d'orienter le patient en cas de besoin vers un confrère ou une structure de soins,
- de mettre en place un traitement adéquat,
- d'assurer le suivi et la coordination des soins,
- de mener des actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé.



Pour remplir ces missions, les professionnels de santé auront besoin :

- d'aides au diagnostic (biologie, imagerie),
- d'aides dans le cadre de la coordination des soins (toutes spécialités médicales et sage-femme, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, podologue...),
- de la délivrance des traitements prescrits (pharmacie).

Ces différents services de santé, hormis la pharmacie et le cabinet infirmier qui sont des éléments incontournables de l'offre de santé de 1^{er} recours, peuvent être un peu plus éloignés du patient, sans toutefois que le problème de l'accès ne se pose de manière aigüe.

3.1.3. Les territoires de permanence des soins ambulatoire (PDSA)

Des rencontres sont organisées au niveau de chaque département avec les acteurs de terrain de la PDSA et notamment les référents des actuels secteurs de permanence des soins et les ordres, pour réfléchir à l'organisation future tant sur le plan de l'amplitude horaire que sur l'étendue des secteurs.

De plus, une réflexion est en cours sur la régionalisation du centre 15, et parallèlement sur l'activité de l'ACORELI : régulation à partir de 19H, les mercredis après-midi et samedis matin, ce qui répondrait davantage aux préoccupations actuelles des médecins généralistes en exercice et de leur patientèle que la régulation H 24, laquelle pourrait être étudiée à l'issue de l'évaluation prévue du volet ambulatoire du SROS-PRS en 2013.

Il est à souligner que la permanence des soins ambulatoire est, grâce à l'implication de tous les acteurs, organisée de manière satisfaisante en Franche-Comté. L'autorité publique n'a pas eu recours à la procédure "traumatisante" de la réquisition depuis 2005, contrairement à ce qui peut se passer dans d'autres régions. Le sens des responsabilités des médecins et des pharmaciens, associé à la performance de la régulation régionale libérale, a permis au système de perdurer avec des aménagements du périmètre des secteurs de PDSA réalisés suite à la demande ministérielle de 2008.

Au cours des 6 premiers mois de l'année 2011, les délégations territoriales de l'ARS ont organisé des rencontres (3 en Haute Saône, 2 dans le Territoire de Belfort, 3 dans le Jura) avec les médecins référents des secteurs de PDSA pour leur présenter les orientations préconisées et écouter leurs propositions. Un questionnaire leur avait préalablement été transmis afin qu'ils puissent recueillir l'avis de leurs confrères sur la question. D'autres réunions doivent encore avoir lieu.

Les premières propositions issues de ces rencontres sont les suivantes :

- arrêt de la garde médicale à minuit : tous les médecins n'y sont pas favorables, mais dans les secteurs qui l'expérimentent déjà - 6 dans le Jura et 1 en Haute Saône – ils en sont très satisfaits ;
- modification des limites de certains secteurs de PDSA dans le sens d'un élargissement ;
- expérimentation d'une équipe mobile, constituée de médecins volontaires, pour assurer l'effectif entre 0 H et 8 H et après régulation de l'ACORELI.

D'autres propositions ont été affinées et ont fait l'objet d'une négociation tarifaire : par exemple, dans le Territoire de Belfort, une expérimentation sera menée au cours de l'année 2012 regroupant les cinq territoires de PDSA en un seul à partir de minuit.

En fin d'année 2011, la nouvelle sectorisation de la PDSA a été soumise pour avis aux 4 Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) et arrêtée le 26 décembre 2011 par la DG d'ARS.

Il conviendra également d'étudier ultérieurement la question des gardes pharmaceutiques afin de rechercher la meilleure harmonisation possible avec les gardes médicales, cette question faisant l'objet de plaintes régulières des patients.

Les tableaux de gardes des 2 professions, transmis aux autorités et partenaires concernés (ARS, Centre 15 et ACORELI), devront répondre à cet impératif de coordination.

3.2. La Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)

L'accompagnement des professionnels de santé, durant leurs études et au cours de leur vie professionnelle, se fait par le biais d'une plateforme d'appui qui, sous l'égide de l'ARS, regroupe toutes les offres de services des partenaires régionaux et qui s'appuie sur un mini site. L'ARS de Franche-Comté et celle de Bourgogne ont été associées aux travaux préparatoires. Ce dispositif est opérationnel depuis le 1^{er} juillet 2011.

En Franche-Comté, la PAPS est prioritairement constituée par une équipe de 4 personnes qui connaissent bien les thématiques intéressant les professionnels de santé (formation, exercice regroupé, nouveaux modes de rémunération, etc.) et qui assurent le relais avec tous les partenaires auxquels la PAPS n'a évidemment pas vocation à se substituer. Les représentants des étudiants et des internes notamment avaient en effet beaucoup insisté lors de la phase de concertation sur l'importance de pouvoir s'adresser à un interlocuteur, qui deviendrait en quelque sorte "le référent" du professionnel de santé, même si l'intérêt d'un site internet était reconnu (possibilités de connexion à n'importe quelle heure, téléchargement de documents intéressants ou de formulaires à compléter). Une adresse mail unique a été définie : ARS-FC-PAPS@ars.sante.fr et un numéro de téléphone particulier est également dédié à la PAPS. Ces éléments font partie de la communication faite lors de "l'ouverture" de la PAPS.

Un comité de suivi a également été constitué : réuni une première fois le 14 mars 2011 pour connaître les attentes à l'égard de la PAPS, et une seconde fois le 13 mai 2011 pour présenter à ses membres le mini site internet et travailler avec les partenaires "fournisseurs" sur les informations à mettre en ligne (liens sur leurs propres sites ou autres).

3.3. La télémédecine, les systèmes d'information et les différents modes de collaboration

3.3.1. La télémédecine

Il convient, compte tenu du degré de réalisation des expérimentations en la matière, de parler plutôt d'e-santé que véritablement de télémédecine.

Face au vieillissement de la population et à l'évolution défavorable de la démographie médicale, principalement pour les médecins spécialistes, l'e-santé doit répondre à des enjeux majeurs :

- assurer la continuité des soins,
- préserver l'accès à des soins de qualité pour tous,
- partager les compétences et assurer la coordination entre les acteurs du monde hospitalier, médicosocial et ambulatoire.

Le développement de l'e-santé et ultérieurement de la télémédecine nécessite qu'un modèle économique soit déterminé et que la responsabilité des professionnels engagés dans ces processus soit clairement définie.

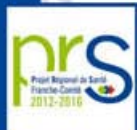
Des expérimentations sont en cours et doivent être valorisées : la télé-dermatologie pour laquelle un pôle de ressources existe au CHU et dans le domaine de laquelle les infirmiers libéraux et les kinésithérapeutes souhaitent s'investir (cf. dispositif de "valise" permettant de télétransmettre des clichés, accompagnés de commentaires éclairés, pour le suivi des plaies chroniques et le dépistage des cancers cutanés).

Il convient de noter que dans le cadre de la régulation libérale régionale, la pratique de la téléconsultation tend à se généraliser grâce à des outils d'aide au diagnostic et doit être confortée.

D'autre part la télé-radiologie semble une activité prometteuse.

D'autres pistes devront être explorées et mises en œuvre à titre expérimental d'ici 2013 :

- le traitement de la douleur en lien avec l'équipe du CHU,
- le suivi des traitements anti vitamines K,
- le suivi du diabète et plus particulièrement les problèmes ophtalmologiques (rétinographies),
- le suivi des AVC.



Les avantages attendus de la pratique de la télémédecine sont les suivants :

- diminution des déplacements et des temps de prise en charge,
- augmentation du confort des patients,
- développement de l'expertise (spécialistes ou collègue) au bénéfice des patients éloignés des plateaux techniques,
- optimisation des dépenses de santé.

Les expérimentations évoquées ci-dessus devront être évaluées tant qualitativement que financièrement.

3.3.2. Les systèmes d'information

En premier lieu, il convient de favoriser le développement de l'utilisation du DMP auprès des professionnels de santé et des patients. De même, le déploiement du dossier pharmaceutique doit être encouragé afin d'éviter les problèmes de iatrogénies médicamenteuses. Pour cela, des actions fortes de communication et d'accompagnement devront être envisagées.

Facilité par la compatibilité des systèmes informatiques qu'imposera le déploiement du DMP, l'accès des professionnels de santé à des bases de données communes devrait également décloisonner les relations ville/hôpital et notamment, dans le cadre des sorties d'hospitalisation, mettre rapidement à disposition des médecins traitants les résumés d'hospitalisation et les indications de suivi thérapeutique.

Dans cet ordre d'idée, la dématérialisation des ordonnances adressées directement aux pharmaciens doit être généralisée pendant les heures de permanence des soins. Cette pratique, prévue par les textes, est déjà mise en œuvre par l'ACORELI suite aux téléconsultations.

De plus, une expérimentation relative à la chimiothérapie per os doit débuter prochainement (transmission des prescriptions aux officines).

3.3.3. Les protocoles de coopération

Le protocole de coopération est défini comme "le transfert d'activités ou d'actes de soins entre professionnels de santé et la diversification des compétences". Il concerne tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux quels que soient leur secteur et leur cadre d'exercice.

L'article 51 de la loi HPST ne considère plus les coopérations entre professionnels de santé comme un régime expérimental et les définit dorénavant comme suit : "par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient".

Les protocoles de coopération proposent donc une démarche dérogatoire aux règles d'exercice de chacun des professionnels puisqu'elle les autorise à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas permis par les textes régissant leur exercice professionnel.

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, en offrant par ailleurs un cadre législatif adapté à la mise en place de rémunérations expérimentales (Nouveaux Modes de Rémunération) doit permettre de favoriser la mise en œuvre des coopérations entre professionnels dans le secteur ambulatoire. Le module 3 des NMR est consacré aux protocoles. Les pré-requis sont les mêmes que pour les autres modules : les structures porteuses du projet de coopérations doivent notamment justifier d'un projet de santé répondant au cahier des charges des expérimentations et d'un exercice pluri professionnel.

Un arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé vient compléter le dispositif législatif en proposant notamment un modèle-type de coopération et en dressant la liste des pièces à fournir aux ARS par les promoteurs.

Les objectifs sont les suivants :

- améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins.
- optimiser la ressource médicale et paramédicale.

- valoriser des missions insuffisamment réalisées (prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique...) et améliorer la réponse aux demandes des patients (orientation dans le parcours de soins).

Les protocoles doivent être transmis à l'ARS qui les soumet pour validation à la Haute Autorité de Santé.

De nombreux protocoles de coopération sont en cours d'élaboration essentiellement au sein de la sphère hospitalière où l'unicité de lieu facilite leur mise en œuvre.

Toutefois, l'ARS souhaite favoriser les coopérations également dans le domaine ambulatoire et se propose d'accompagner les promoteurs dans l'élaboration du projet, consciente que la démarche d'agrément auprès de l'HAS nécessite une formalisation à laquelle les professionnels de santé ne sont pas toujours accoutumés.

L'intérêt de travailler les protocoles de coopération autour de différentes thématiques est évident. D'ores et déjà une réflexion est engagée avec les professionnels de santé exerçant en structures de soins ambulatoires pluridisciplinaires sur les thématiques suivantes :

- le suivi du patient diabétique stabilisé
- sa surveillance sur le plan ophtalmologique
- le suivi du patient hypertendu stabilisé.
- les vaccinations

Les dérogations sont intéressantes sur des actes techniques précis avec des formations courtes en amont, puisque la coopération s'entend à travers une délégation de tâches qui n'entrent pas dans les actes autorisés pour les professionnels paramédicaux concernés.

3.3.4. L'Éducation thérapeutique du patient

L'ARS propose également, en s'appuyant sur les maisons, pôles et centres de santé, d'améliorer l'accès à l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) qui permet à chacun de devenir acteur de sa propre santé et non simplement consommateur de soins et de médicaments.

Les programmes devront prioritairement, mais non exclusivement, porter sur les pathologies suivantes : diabète de type 1 et 2, asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque et/ou hypertension artérielle et obésité. Les programmes peuvent s'adresser aux enfants et/ou aux adultes selon les pathologies.

Le programme proposé comportera les phases suivantes :

- orientation vers le programme (l'inclusion du patient dans le programme doit être prise à l'initiative ou avec l'accord du médecin traitant du patient),
- diagnostic éducatif (identifier les besoins du patient, évaluer ses potentiels, prendre en compte ses attentes),
- séances éducatives : elles sont réalisées en groupe de 8 à 10 adultes (6 à 8 enfants) ; le nombre de séances collectives dépend de la pathologie, du stade de sévérité et des besoins du patient, le forfait est basé sur 3-4 ou 5-6 séances par patient,
- évaluation individuelle finale du bénéfice du programme pour le patient.

Le modèle économique correspondant à l'ETP est traduit dans le module 2 des Nouveaux Modes de Rémunération qui expérimente un paiement forfaitaire de ces programmes structurés en médecine de ville.

Le site (maison de santé pluridisciplinaire ou centre de santé) peut recevoir trois types de forfaits :

- un forfait pour l'élaboration et la structuration initiale du projet,
- un forfait pour la formation des professionnels,
- un forfait par programme et par patient dont le montant varie en fonction du nombre de séances proposées aux patients.

Un travail important est actuellement réalisé et sera poursuivi par les services de l'ARS afin d'accompagner et de valider les projets d'ETP.

8 sites sont engagés sur des programmes d'Éducation Thérapeutique et ont signé le module 2 des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR):

- le centre de santé Léon Blum de BELFORT (2 programmes),
- le pôle de santé des ERRUES (3 programmes),
- la maison de santé de BLETTERANS (3 programmes),
- la maison de santé de PAGNEY (2 programmes),
- la maison de santé de BESANÇON (2 programmes),
- la maison de santé de MONTENOIS (1 programme),
- la maison de BEURE (1 programme),
- la maison de BAUME LES DAMES (1 programme).

3.4. La préparation des sorties d'hospitalisation

3.4.1. L'organisation sur le terrain

Outre les possibilités offertes par les systèmes d'information évoquées dans le paragraphe précédent, il existe déjà en Franche-Comté des organismes dont la vocation est de faciliter les sorties d'hospitalisation en favorisant la continuité des soins à domicile dans un environnement favorable au patient.

Il s'agit du GIE-IMPA qui s'adresse aux personnes âgées relevant des régimes général, agricole et indépendant et de l'ARESPA qui, spécialisée à l'origine pour les soins palliatifs, a progressivement étendu son champ de compétences pour répondre à la demande des soignants. Cette dernière intervient actuellement sur une partie de la région (environ 60%) et a vocation, dès 2011, à étendre son activité sur les secteurs voisins avec l'accord de l'ARS.

Le GIE-IMPA a pour sa part multiplié par 6 (de 900 à 5 500), entre 2007 et 2011, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dont il a facilité la sortie d'hôpital en réalisant pour chacune un programme personnalisé de prise en charge et en accompagnant la mise en œuvre de ce programme.

3.4.2. Les relations ville/hôpital

Au-delà de la question des sorties d'hospitalisation, celle des relations des médecins libéraux avec leurs confrères hospitaliers doit être prise en compte. Les médecins traitants déplorent les difficultés rencontrées pour obtenir une information de la part de l'hôpital. Ils souhaiteraient disposer d'un numéro d'appel dans les services MCO, ou que les secrétariats médicaux soient organisés de manière à pouvoir répondre aux sollicitations des médecins, y compris après 17h et jusqu'à la fermeture des cabinets.

En matière d'appui à la performance, l'ARS développe divers projets d'accompagnement des établissements sanitaires. Dans ce contexte, il est apparu que le mode de fonctionnement d'un établissement public MCO dans sa relation avec les médecins de ville est radicalement différent de celui d'une clinique à but lucratif, dont les médecins sont des professionnels libéraux, et qu'il existait des difficultés de dialogue avec l'hôpital, que ce soit avant, pendant, ou après l'hospitalisation, rejoignant ainsi les observations faites par les médecins libéraux, et notamment leurs représentants à l'URPS.

Aussi, a-t-il été décidé d'expérimenter avec 4 établissements, qui seront choisis début 2012, un accompagnement particulier dont l'objectif est de travailler sur 4 processus à l'interface de la médecine de ville et de l'hospitalisation :

- la connaissance de l'offre hospitalière par les médecins libéraux

Il ne s'agit pas seulement d'aborder les types d'activités pratiquées par un établissement, mais aussi les moyens qui sont engagés par celui-ci pour les réaliser, tant en termes de ressources humaines que de conditions matérielles. Aujourd'hui, on constate souvent que les médecins libéraux connaissent assez bien les soins dispensés par un établissement mais peu les praticiens et gardent une image parfois erronée des conditions matérielles d'accueil des patients.

- les contacts médecin/hôpital préalables à l'hospitalisation

Les établissements publics de santé sont souvent pointés du doigt par les professionnels libéraux sur les difficultés rencontrées pour obtenir une information de la part de leurs confrères hospitaliers. Parmi les points les plus fréquemment évoqués figurent les appels sans réponse après 17 heures. Cela nécessite de réfléchir à l'organisation interne des établissements de santé en terme d'accueil téléphonique médical, hors régulation du Centre 15. Il est ainsi nécessaire d'organiser les secrétariats médicaux de telle sorte que les établissements puissent recevoir un appel issu d'un médecin de ville pour une information relative à l'hospitalisation d'un patient, un conseil préalable à une hospitalisation ou un besoin de consultation, et qu'il puisse accuser réception de la demande, donner une réponse satisfaisante ou orienter vers un médecin du Centre hospitalier.

- l'information du médecin traitant sur l'orientation de sortie et le déroulement du séjour d'un patient

Bien souvent encore, des lettres de sortie trop laconiques et ne précisant pas les éléments essentiels qu'il convient de porter à leur connaissance sont envoyées aux médecins traitants. Il est nécessaire d'agir sur ce point en formalisant la lettre de sortie afin de permettre aux praticiens d'y indiquer les éléments essentiels. Le DMP constituera certes une avancée importante mais ne pourra pas être la seule réponse sur ce point. Les éléments à faire figurer sont notamment : le bilan d'entrée, les actes pratiqués pendant l'hospitalisation, le diagnostic principal retenu, les modifications de traitement et le dispositif de suivi préconisé.

- les prescriptions de sorties

Les médecins traitants devraient pouvoir disposer d'une information concernant la nature, l'indication et les effets indésirables des traitements expérimentaux prescrits aux patients. Au-delà des médecins traitants, l'établissement doit se soucier des relations avec les autres professionnels de santé après la sortie du patient, qui sont en charge de la mise en œuvre des prescriptions de sortie du praticien hospitalier. Les pharmaciens d'officine sont ainsi confrontés aux ordonnances de sorties, pour lesquelles il convient de réfléchir à la rédaction. De même, la sollicitation des infirmiers libéraux doit faire l'objet d'une réflexion afin d'éviter les problèmes de prise en charge des patients à leur domicile.

Pour ces 4 processus organisationnels, il convient de prévoir des objectifs précis d'amélioration :

- augmenter l'amplitude horaire d'ouverture des secrétariats médicaux,
- diminuer le délai d'envoi des lettres de sorties et en améliorer le contenu,
- améliorer la connaissance de la structure hospitalière par les médecins de ville
- favoriser les liens directs entre médecins traitants et praticiens hospitaliers,

Cet accompagnement fera l'objet d'une évaluation à l'horizon 2013.

3.5. La formation professionnelle initiale

Compte tenu des indicateurs relatifs à l'évolution de la démographie des professionnels de santé développés dans le paragraphe 2.1, il est indispensable d'envisager des mesures très en amont c'est-à-dire au cours de la formation initiale.

L'offre en soins infirmiers ambulatoires semble actuellement suffisante du fait de la complémentarité entre les libéraux et les structures de salariés. En revanche, le problème est patent pour l'exercice en milieu hospitalier.

Les enjeux à court et moyen terme incitent à concentrer les efforts d'ici 2013 sur les professions suivantes :

3.5.1. Les masseurs kinésithérapeutes

Malgré une augmentation du numéris clausus enregistrée au cours des 6 dernières années, le besoin en masseurs kinésithérapeutes reste très important. Les diplômés de l'institut de Besançon s'installent à plus de 70% en Franche-Comté. Une augmentation des effectifs doit donc être envisagée et discutée avec l'IFMK.

L'évolution pourrait porter soit sur la création d'antennes dans la région en utilisant les moyens de téléconférence pour la partie théorique puisque les stages pratiques s'effectuent déjà auprès des masseurs-kinésithérapeutes de la région, soit sur l'ouverture au sein de l'IFMK d'une salle actuellement dévolue à la bibliothèque et aux travaux personnels, permettant d'accueillir 15 à 20 étudiants supplémentaires. La technique de la visioconférence serait dans ce cas également utilisée.

Il est évident, compte tenu des compétences qui sont les siennes, que le Conseil Régional est le décideur en la matière. Au cours des réunions préparatoires, il a déjà fait connaître son intérêt pour l'augmentation du nombre de professionnels dans la région.

Le Conseil Régional a, d'autre part, passé un accord avec la Région Alsace pour que l'institut de formation de Mulhouse réserve 6 places en ergothérapie et 6 en psychomotricité aux étudiants francs comtois ayant effectué leur première année d'études à l'université de Besançon.

3.5.2. Les chirurgiens-dentistes

La situation démographique de cette profession est encore plus préoccupante. La région souffre de l'absence de faculté dentaire, ses étudiants poursuivant majoritairement leurs études à Nancy et à Strasbourg et s'installant ensuite dans ces régions.

Des dispositifs d'incitation à l'installation sont à créer : aides financières dans le cadre d'un contrat, tutorat des étudiants de 6^{ème} année. D'ores et déjà, le conseil de l'Ordre se mobilise afin de rencontrer les futurs professionnels et leur proposer appui et soutien en vue d'une installation en Franche-Comté.

Par ailleurs, afin de fidéliser et d'inciter les futurs professionnels à s'installer en Franche-Comté, la capacité d'accueil d'étudiants dentaires sera augmentée en lien avec les Facultés d'odontologie de Nancy et Strasbourg, notamment dans le cadre du développement régional de la prise en charge hospitalière en odontologie.

3.5.3. Les médecins généralistes

Afin de favoriser l'exercice libéral de la médecine générale dans les zones où l'offre de soins de 1^{er} recours doit être confortée, plusieurs actions sont proposées :

- sensibiliser les étudiants du 2^{ème} cycle à l'attrait de cette spécialité dans la région,
- développer le nombre de maîtres de stages : l'instruction du 17 mars 2011 précise les actions à mener au niveau de chaque région afin d'atteindre l'objectif national de 9000 maîtres de stage en ambulatoire (y compris dans les spécialités autres que celles de médecine générale) :
 - promotion de la fonction de maître de stage,
 - aide au développement d'outils pédagogiques,
 - appui logistique aux maîtres de stage exerçant en zones fragiles.

Une augmentation de l'ordre de 20% d'ici fin 2011 est préconisée avec une réduction corrélative des disparités régionales.

- promouvoir le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) :

Le contrat d'engagement de service public, créé par la loi HPST du 21 juillet 2009, prévoit que les étudiants en médecine pourront se voir accorder une allocation mensuelle. Un décret, en date du 29 juin 2010, et 3 arrêtés d'application viennent compléter ce cadre juridique.

Les allocataires du CESP peuvent être :

- les étudiants en médecine, dès la 2^{ème} année des études médicales jusqu'à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées (DES);
- les internes en médecine (ou résidents), à tous les stades de leur 3^{ème} cycle.

Le contrat d'engagement de service public ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle de 1 200€ brut.

En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions dans des zones identifiées par les agences régionales de santé, où l'offre médicale fait défaut. La durée de l'engagement est égale à celle du versement de l'allocation et ne peut être inférieure à 2 ans (même pour un interne qui aurait signé en fin de cursus, ce minimum légal s'applique).

L'ARS a la mission de recenser les lieux d'exercice en zones sous denses dans sa région et de les prioriser, en vue d'une inscription dans la liste nationale.

Elle évalue les besoins et le type de postes qui seront proposés (salarié, libéral, mixte...). Ces postes seront inscrits sur une liste offerte aux bénéficiaires du CESP qui finissent leurs études, de toutes les régions, ainsi qu'aux médecins en exercice qui sont en train de réaliser leur engagement.

Durant la dernière année d'internat, dans leur spécialité, les bénéficiaires choisissent leur lieu d'exercice en consultant la liste des lieux d'exercice prioritaires, tenue à jour par le CNG.

4. Indicateurs de suivi

4.1. Zonage

- Nombre de structures de soins ambulatoires pluridisciplinaires créées + pourcentage ayant bénéficié d'une aide financière.
- Évolution du pourcentage de MSP par habitants de la région.
- Pourcentage de MSP ayant souscrit un des modules des NMR.

4.2. PAPS

- Nombre de professionnels de santé ayant contacté -téléphone ou visite- la PAPS en distinguant (si information connue) : étudiants, remplaçants, installés.
- Nombre de visites sur le mini site.
- Évaluation qualitative de satisfaction des professionnels.
- Nombre de réunions du comité de suivi.

4.3. Télésanté et systèmes d'information

4.3.1. DMP

- Organisation de soirées ou de manifestations pour promouvoir l'utilisation du DMP : nb et nb de participants (pourcentage/PS).
- Nombre de DMP ouverts, notamment pour les patients atteints de pathologie chroniques (pourcentage).
- Nombre de dossiers pharmaceutiques créés.

4.3.2. Télé-dermatologie

- Nombre et pourcentage de paramédicaux participant à l'expérience de la "valise".
- Nombre et pourcentage d'actes réalisés dans ce cadre.
- Évaluation qualitative (satisfaction des PS et des patients).
- Évaluation de la maîtrise des coûts.

4.3.3. Traitements chimiothérapie per os

- Nombre d'ordonnances transmises dans ce cadre et évolution.

4.3.4. Suivi ophtalmologique des diabétiques

- Expérimentation de rétinographes fixes, répartis sur le territoire, ou d'un seul itinérant.

4.3.5. Transmission d'ordonnances à la sortie de l'hôpital

- Nombre d'ordonnances télétransmises.

4.4. Préparation des sorties d'hospitalisation

- Extension aux territoires actuellement non-couverts, d'un dispositif visant à faciliter la continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital.
- Évaluation de l'expérimentation auprès des 4 établissements hospitaliers :
 - pourcentage d'augmentation des heures d'ouverture des secrétariats médicaux des structures hospitalières participant à l'expérimentation (voir paragraphe 4.2),
 - pourcentage de réduction du délai d'envoi des lettres de sorties,
 - indice de connaissance de la structure hospitalière par les médecins de ville,

4.5. Formation

- Augmentation du numerus clausus des masseurs kinésithérapeutes et définition avant 2013 de la stratégie à adopter.
- Pourcentage d'augmentation du nombre de maitres de stages en MG (circulaire du 30 mars 2011).
- Pourcentage d'augmentation du nombre de stages offerts aux étudiants du 2ème cycle.
- Nombre "d'événements" permettant de favoriser l'installation de médecins généralistes et spécialistes entre 2011 et 2013 date de révision du volet ambulatoire du SROS.

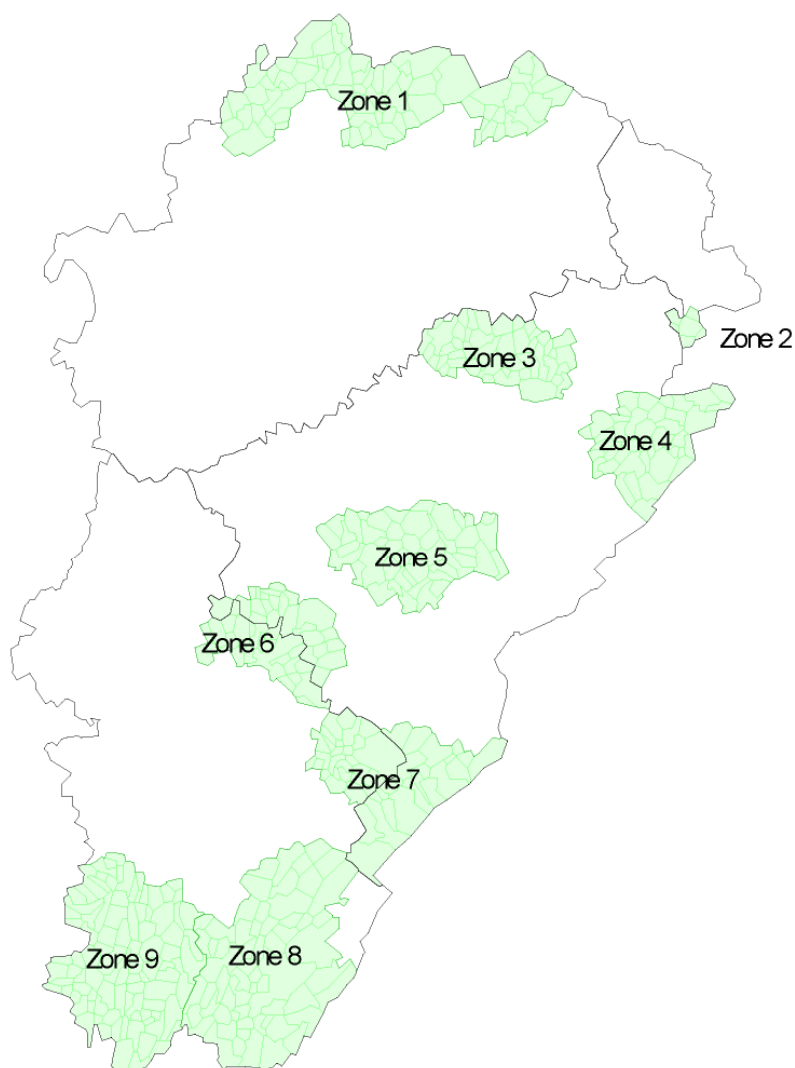
Lors des discussions avec les partenaires, il est apparu nécessaire de suivre ces indicateurs très régulièrement, au moins 2 fois par an, en comité restreint, la plupart d'entre eux étant nouveaux et le volet ambulatoire du SROS devant être évalué fin 2013.

Méthodologie d'identification des zones prioritaires

Dans le cadre des travaux du SROS ambulatoire, l'identification des zones répondant à un certain nombre de critères de fragilité, a fait l'objet d'une démarche en trois étapes.

La première a consisté à recueillir l'avis des professionnels de terrain, médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et pharmaciens, sur l'existence de « difficultés » au sein de la région, en particulier les informations détenues par ces professionnels de santé sur l'évolution à court terme de l'offre de soins (départs, arrivées, activité). Cette étape a conduit à l'identification de zones « à risques » répertoriées dans la carte ci-dessous.

Carte 1 : Zones à « risques » identifiées par les Professionnels



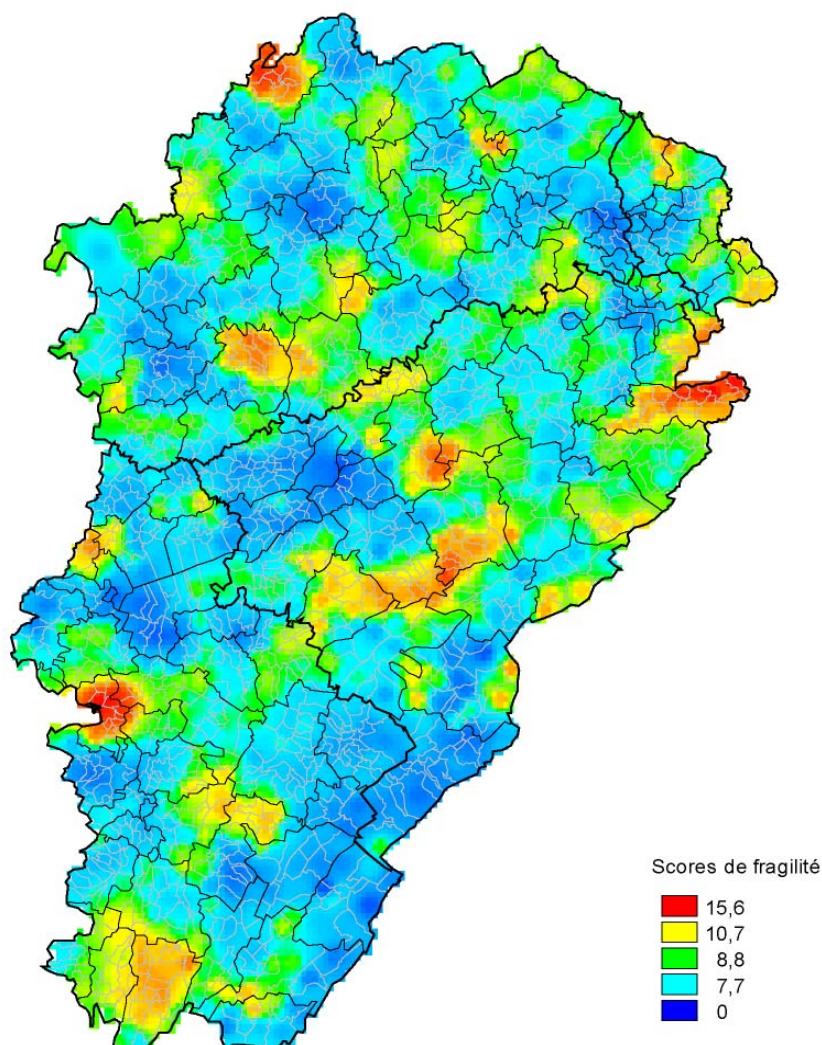
La deuxième a permis d'objectiver et de quantifier ces difficultés ou ces « risques » par la réalisation d'une hiérarchisation des communes de la région au regard de leur fragilité par rapport à différents paramètres démographiques ou sanitaires pris en compte simultanément.

Douze paramètres quantitatifs ont été retenus et sont observés sur l'ensemble des communes de la région ; ils sont de trois types :

- 3 concernant **la population** : le pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans et la part de la population en ALD ;
- 6 concernant les professionnels de santé : la densité en médecin généraliste, infirmier et kinésithérapeute, la distance d'accès au médecin et au kinésithérapeute le plus proche, la part des médecins généralistes de plus de 60 ans ;
- 3 concernant la présence d'établissements ou services : la densité en places d'hébergement du type EPHAD, la distance au service d'urgence le plus proche, la densité en places de SSIAD rapportés à la population des 75 ans et plus.

A chaque paramètre précédemment défini est associé un niveau de fragilité compris entre 0 (aucune fragilité) et 3 (fragilité maximale). La somme des douze niveaux de fragilité forme le score de fragilité affecté à chaque commune, dont les valeurs sont comprises entre 0 et 17. Une cartographie des scores de fragilité sur la région est présentée ci-dessous.

Carte 2 : Zones de fragilité multicritères



ARSFC - DOSA - septembre 2011

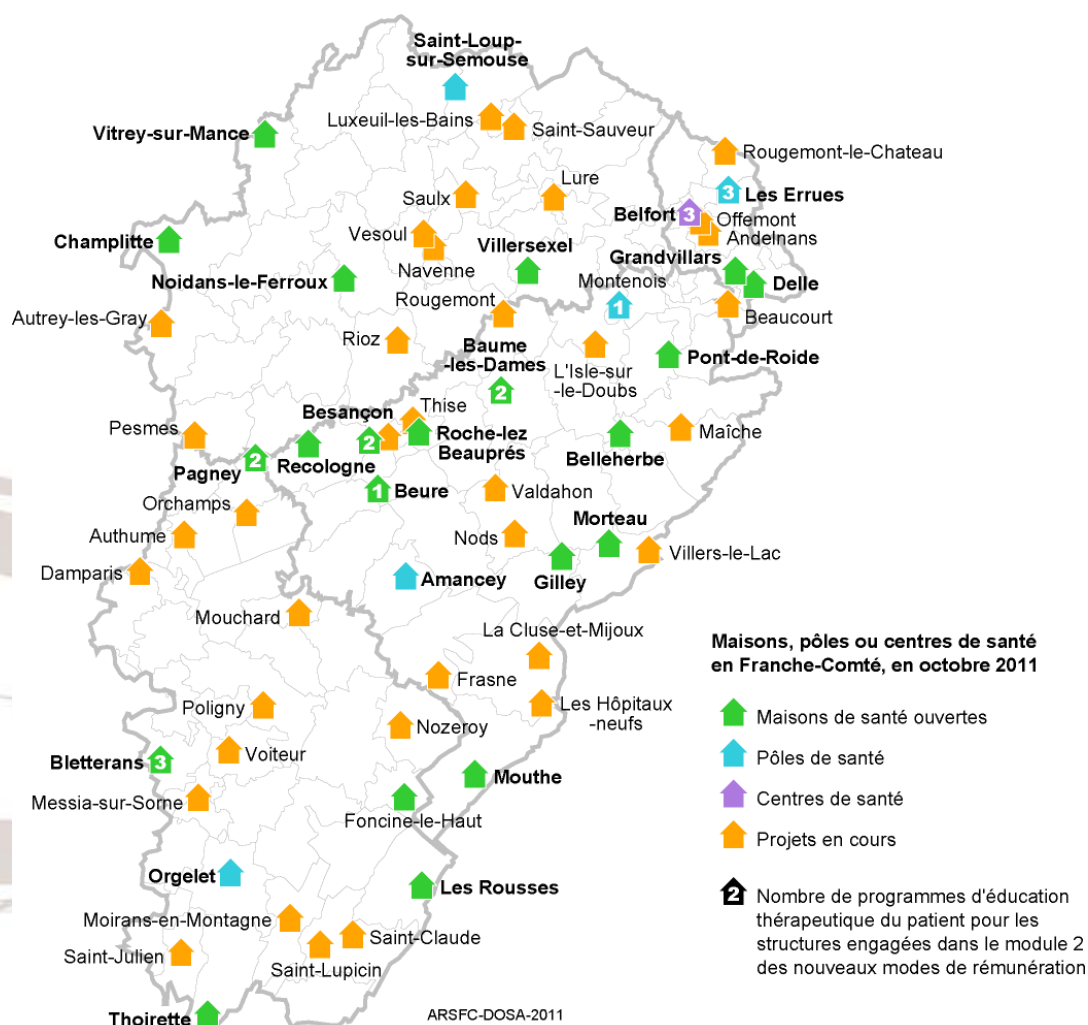
Les zones les plus fragiles (en rouge sur la carte) se caractérisent conjointement par une densité en médecins généralistes faible et une proportion de médecins de plus de 60 ans importante. Elles correspondent à des territoires moins peuplés et moins denses que le reste de la région.

Les zones dont le score de fragilité est supérieur ou égal à 11 (à partir du jaune sur la carte) représentent 20 % du territoire et 12 % environ de la population. Ce score de 11 a été retenu comme seuil pour la définition des zones prioritaires.

Se retrouve sur cette cartographie une bonne partie des zones identifiées comme étant à risque par les professionnels, à l'exception de quelques unes qui n'ont pas été retenues car correspondant à des zones très peu peuplées. En revanche, on identifie d'autres zones de fragilité non identifiées par les professionnels.

La troisième étape a porté sur les implantations de maisons de santé pluridisciplinaires afin de déterminer, à partir du recensement des structures existantes, en cours de réalisation ou en projet, les implantations prioritaires pour permettre un maillage satisfaisant du territoire régional, au regard des besoins de la population et des réalités du terrain.

Carte 3 : Maisons, pôles, centres de santé et projets en octobre 2011



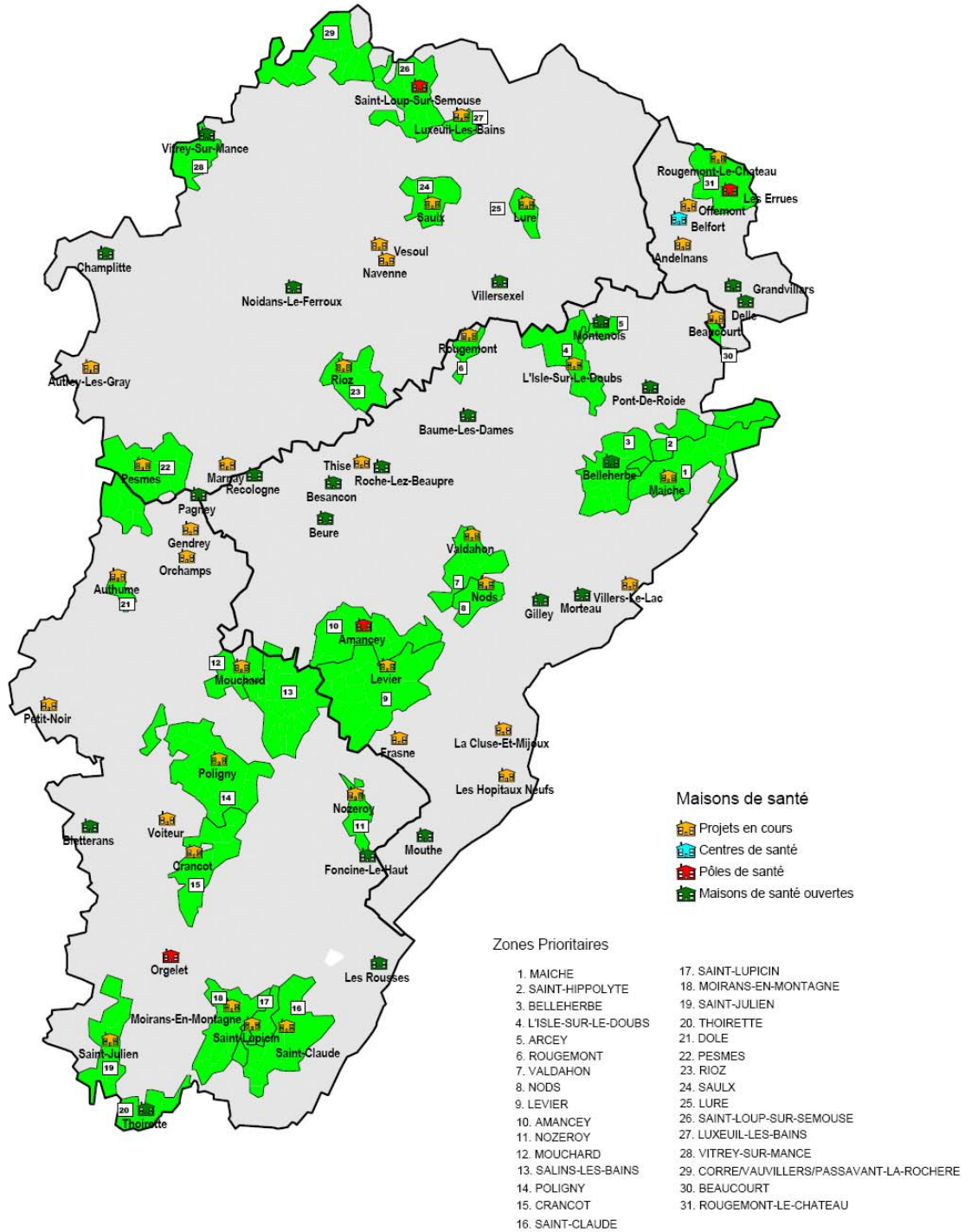
Pour définir les zones prioritaires ont été retenus :

- d'une part, les projets connus fin 2011 qui paraissent répondre à un besoin, soit parce qu'ils contribuent à une bonne répartition de l'offre de soins de 1er recours, soit parce que l'implantation prévue permettra de desservir les zones « fragiles » évoquées ci-dessus, soit encore parce que le projet, à l'initiative des professionnels de santé, et s'appuyant sur un vrai projet de santé est susceptible de conforter l'offre existante. Ce sont plus particulièrement ceux qui ont été examinés par le comité régional de sélection des projets de maisons de santé et qui ont reçu un avis favorable.
- d'autre part, les maisons de santé en milieu rural ayant commencé à fonctionner au cours des 3 dernières années n'ont été retenues que lorsque le nombre de médecins qui y exercent est notablement insuffisant afin de susciter d'autres installations. En effet, l'accord conventionnel signé le 26 juillet 2011 par l'assurance maladie et les médecins, publié le 25 septembre 2011, prévoit que les aides financières individuelles attribuées dans le cadre des "zones déficitaires" précédemment définies pourront être poursuivies pendant 2 ans encore.

Les zones prioritaires représentées sur la carte ci-dessous résultent de la prise en compte des zones identifiées au cours des trois étapes précédemment définies. Elles répondent en outre à un impératif fixé par l'accord conventionnel du 26 juillet 2011, à savoir : l'option "démographie" est réservée, entre autres conditions, aux médecins qui réalisent au moins les 2/3 de leur activité auprès des patients situés dans une zone prioritaire. Ces secteurs seront par ailleurs éligibles pour les Contrats d'Engagement de Service Public proposés aux internes.

Carte 4 : Zones prioritaires retenues

Zones prioritaires et projets de maisons de santé en Franche Comté



Conclusion

Les zones prioritaires ainsi définies résultent d'un difficile exercice pour concilier :

- la limite maximum de population à prendre en compte, définie par le niveau national ;
- les objectifs des Contrats d'Engagement de Service Public ;
- les impératifs de l'accord conventionnel ;
- les projets d'exercice regroupé des professionnels de santé, "labellisés" par la commission régionale de sélection.

Ces derniers sont en constante évolution et les contours de ces zones prioritaires devront évoluer également.

Fiche SROS - PRS

Biologie

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorité / Objectif du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité1 Objectif 1.3	Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiche
SRP	Maladies infectieuses dont maladies à prévention vaccinale.
SROMS	Personnes âgées, Personnes handicapées, Personnes vulnérables.

1. Contexte

L'article 69 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 a permis de réformer, par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.

Cette réforme est l'aboutissement d'études réalisées depuis le milieu des années 2000. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2006 a constaté la nécessité de réformer la Biologie, en constatant que, malgré un niveau global de qualité des examens satisfaisant, il restait des insuffisances incompatibles avec les besoins en matière de santé publique.

Ensuite, le rapport dit "Ballereau" de 2008 a posé les bases de la réforme actuelle qui intervient 33 ans après la dernière réforme générale de la biologie (loi du 11 juillet 1975) et 20 ans après l'instauration des Sociétés d'Exercice Libéral.

Ainsi, l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale, est une réforme qui entreprend un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires et vise à préparer l'avenir de la biologie médicale. Elle conjugue la pluralité de l'offre, garantie par une organisation territoriale, avec la pluridisciplinarité et le dialogue entre biologistes et cliniciens. La réglementation devient identique pour l'hôpital et la ville. Elle offre des options de coopération différentes et graduées en matière de biologie médicale, soit par la voie de contrat de coopération, soit par la possibilité offerte à un groupement de coopération sanitaire d'exploiter un laboratoire, ceci afin de permettre certaines restructurations.

Jusqu'au 13 janvier 2010, l'implantation des laboratoires de biologie médicale était libre, bien que soumise à autorisation, liée au respect de critères techniques, pour les laboratoires privés. L'implantation des laboratoires résultait ainsi, d'une part de la réponse aux besoins des établissements de santé et, d'autre part, de l'équilibre commercial et concurrentiel entre l'offre et la demande pour ce qui concerne le secteur libéral.

Il s'agit désormais d'élaborer le premier volet biologie du SROS sur la base des dispositions de l'ordonnance du 13 janvier 2010 qui bouleverse l'organisation de la biologie médicale. Ce volet concerne aussi bien l'offre hospitalière que l'offre ambulatoire.

Les textes de référence sont les suivants :

- ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. Celle-ci comporte notamment des règles dites prudentielles (articles L.6222-2, L.6222-3, L.6223-4) concernant la répartition de l'offre de soins en biologie médicale,
- arrêté du 5 août 2010 fixant les références des normes d'accréditation applicables aux laboratoires de biologie médicale,
- arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.

Les décrets d'application n'ont pas encore été publiés et principalement ceux relatifs aux conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires de biologie médicale.

2. Diagnostic

2.1. Etat des lieux

L'ordonnance du 13 janvier 2010 favorisant la réorganisation des laboratoires, la situation évolue constamment : le présent état des lieux reflète celle existant en avril 2011.

La Franche-Comté compte :

- 52 sites de laboratoires privés,
- 18 sites de laboratoires d'établissements de santé (pour 8 établissements de santé),
- 3 sites de laboratoire de l'Établissement Français du Sang (EFS),
- 1 laboratoire d'analyse de biologie médicale PSPH, qui fermera le 31 décembre 2011 à défaut de pouvoir s'engager dans une démarche d'accréditation.

En France, il existe environ 1 laboratoire privé pour 16 000 habitants contre 1 pour 22 000 habitants en Franche-Comté. La région présente donc une densité de laboratoires plus faible que la moyenne nationale.

Néanmoins la cartographie comparée des sites des laboratoires de biologie, par rapport à la densité de la population Franc-Comtoise, ne fait pas apparaître la nécessité de susciter l'ouverture de nouveaux sites. Cette répartition peut donc être considérée comme satisfaisante et le nombre actuel de sites ouverts au public paraît donc adapté à un accès aisé de la population à l'offre de biologie médicale.

2.2. Données d'activité

A la suite de la parution du décret relatif à la déclaration d'activité 2010, une évaluation de l'activité des laboratoires publics et privés a été réalisée sur la base du formulaire national de déclaration d'activité 2010 et adressée à tous les laboratoires de biologie, privés et publics, de la région. L'activité est exprimée en nombre total d'examens unitaires dont le résultat découle d'une phase analytique, que ces examens fassent ou non l'objet d'un remboursement.

Ces données, cumulant les examens réalisés à la fois par le public et le privé seront utilisées pour définir, dans le SROS, le niveau de besoin de la population en nombre d'examens de biologie médicale, par territoire de santé, conformément à l'article L.6222-2 du code de la santé publique. Le niveau de besoin ainsi déterminé limitera les possibilités d'ouverture de nouveaux laboratoires.

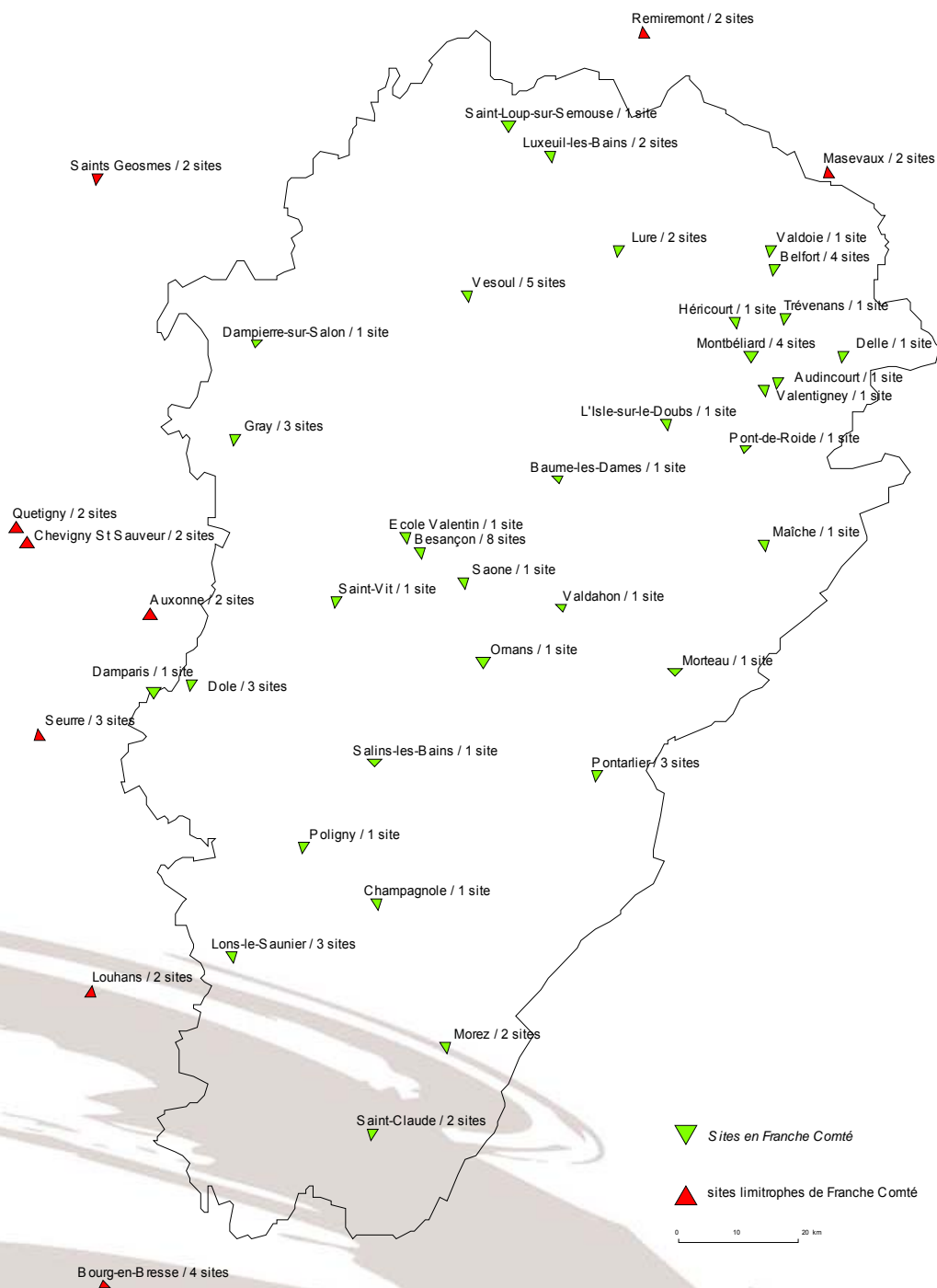
Ces données seront également utiles à la régulation des futures opérations de fusion, acquisition ou prise de participation pour maintenir une diversité de l'offre de biologie par territoire de santé.

Les résultats de cette évaluation ne permettent pas en 2010 d'exprimer de manière exhaustive l'activité des laboratoires en nombre total d'examens unitaires dont le résultat découle d'une phase analytique. En effet, tous les systèmes d'information des laboratoires n'ont pas encore été paramétrés pour produire ces données. En 2011, l'exploitation de cette évaluation devrait être plus exhaustive.

2.3. Cartographie des implantations en sites

La Franche-Comté compte un seul territoire de santé.

Implantation des laboratoires



3. Orientations stratégiques

3.1. Accompagner les objectifs d'efficience et de qualité prévus par la réforme de la biologie

3.1.1. Veiller dans le cadre des regroupements, au maintien de la continuité de l'offre, en faisant émerger des regroupements pertinents entre établissements publics et privés

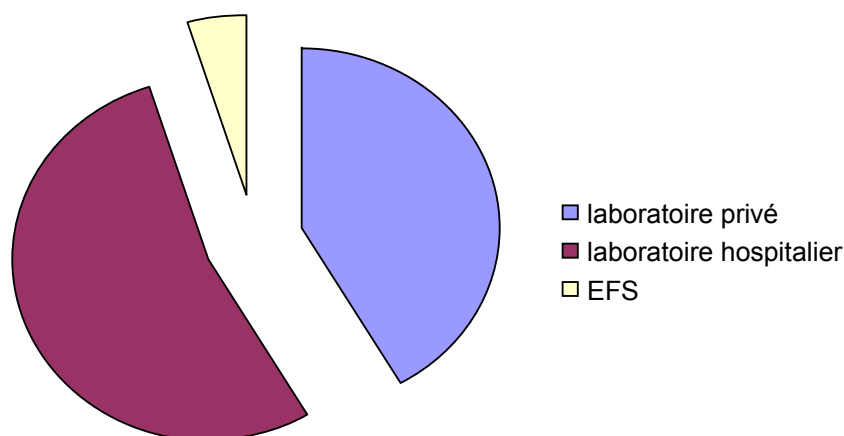
Le cas échéant, les règles prudentielles de répartition territoriale pourront être appliquées, permettant ainsi de limiter les positions dominantes et les ouvertures susceptibles de faire dépasser de 25% l'offre de biologie fixée par le SROS pour un seul LBM.

Pourcentage d'analyses privés /hospitaliers en Franche Comté

Tableau général d'activité des laboratoires privés et hospitaliers

	laboratoire privé	laboratoire hospitalier	EFS	total
Nombre de B	279 977 058	359 064 805	32 032 270	671 074 133
	42%	53%	5%	100%

Nombre de B



3.1.2. Veiller à la mise en place de l'accréditation complète de tous les LBM, publics et privés

La réforme de la biologie médicale correspond à une transformation des obligations de qualité des examens qui doivent répondre à des exigences de preuve et de traçabilité de leur réalisation. Ainsi, est-on passé du Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale (GBEA) à une accréditation par le Comité Français d'accréditation (COFRAC). Cette accréditation porte, non seulement sur la phase analytique, mais également sur les phases pré-analytique et post-analytique. La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1^{er} novembre 2013. L'accréditation complète du laboratoire devra être réalisée au plus tard le 1^{er} novembre 2016.



Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité.

Il sera établi une évaluation et un suivi, en lien avec le COFRAC, du degré d'avancement des laboratoires dans la démarche d'accréditation. Le COFRAC sera amené à échanger avec l'ARS, tout au long des processus d'accréditation et à lui signaler les situations constatées, susceptibles d'entraîner un risque majeur pour la santé des patients.

Actuellement, en Franche-Comté, 2 laboratoires de biologie médicale privés se sont déjà engagés dans une démarche d'accréditation.

Pour les laboratoires des établissements de santé publics, le REQUA (Réseau de qualité en Franche-Comté) a mis en place un accompagnement, destiné à aider les établissements à se préparer à l'accréditation des laboratoires de biologie médicale en mutualisant les moyens.

Il conviendra de veiller, tout particulièrement, à la prise en charge de la biologie médicale des établissements de santé ne souhaitant pas être accrédités ou défaillants à l'accréditation et ce, à chacune des dates butoirs réglementaires de celle-ci.

3.2. Définir des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés afin d'assurer l'accès de la population à la biologie médicale

3.2.1. Garantir, par un maillage satisfaisant du territoire de santé, une accessibilité géographique en laboratoires ouverts au public et la pérennité de l'offre en biologie médicale

Il s'agit, au niveau régional, d'accompagner la mise en œuvre de la réforme, qui poursuit notamment des objectifs d'efficience et de qualité de pratique et de prévoir les évolutions sur l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés.

Une cartographie du nombre de sites de LBM ouverts au public a été élaborée (cf. paragraphe 2.3).

Le maillage territorial de la Franche-Comté en sites de laboratoires ouverts au public est satisfaisant. Néanmoins, deux zones blanches paraissent "moins accessibles" :

- En Haute-Saône : Jussey, Combeaufontaine, Vitrey-sur-Mance : cependant un site de laboratoire existe à Saint-Geomes en région Champagne Ardennes. Le centre du canton le plus éloigné (Vitrey sur Mance) est à 28 kms d'un site de laboratoire.
- Dans le Jura : Saint-Amour, Saint-Julien, Arinthod : trois sites de laboratoires sont implantés à environ 29 km à Bourg-en-Bresse en région Rhône-Alpes.

Il est important de noter, afin de nuancer ce constat, la faible densité de population de ces bassins et l'existence :

- de deux maisons de santé dans ou à proximité de la première zone blanche : Vitrey-Sur-Mance et Champlitte en Haute Saône
- de quatre maisons de santé pluri-professionnelles qui sont en projet dans ou à proximité de la deuxième zone blanche : Thoirette, Moirans-en-Montagne, Orgelet, Saint-Julien.

La présence d'une maison médicale pluri-professionnelle dans une zone de faible densité de population est un atout supplémentaire car les infirmières libérales de ces maisons de santé peuvent passer des conventions avec les laboratoires de biologie médicale, afin d'assurer la phase pré-analytique des examens de biologie.

Actuellement, en Franche-Comté, 100 % de la population est située à une distance inférieure à 30 km d'un site de laboratoire de biologie médicale ; les conditions d'accessibilité sont satisfaisantes.

A noter que chaque entité juridique exploitant un LBM doit pouvoir rendre, pour chacun de ses sites, des résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art en disposant d'une capacité analytique suffisamment proche.

Pour des activités très spécialisées ou faisant appel à des techniques innovantes et/ou particulièrement coûteuses, il est possible de recourir à un plateau technique régional ou interrégional.

3.2.2. Estimer les besoins de la population en nombre d'examens prélevés

Il n'existe pas de ratio national connu de besoin d'examens de biologie médicale par nombre d'habitants ; l'analyse repose donc seulement sur des données de consommation.

Selon les données de l'assurance maladie, l'évolution nationale du nombre d'actes de biologie est orientée vers la croissance, avec une moyenne inférieure à 5 % par an sur les 8 dernières années. Par contre, les baisses de nomenclatures tempèrent fortement l'impact économique de cette croissance. A titre d'exemple entre 2008 et 2009, l'augmentation du nombre d'actes remboursés a été de 4,1% contre + 0,1% en valeur.

3.2.3. Indiquer les besoins en implantations par territoire de santé pour les LBM ouverts au public

La densité de laboratoires en Franche-Comté, plus faible que la moyenne nationale, n'entraîne pas une consommation d'actes de biologie inférieure à la moyenne nationale.

La répartition actuelle des laboratoires ouverts au public couvre les besoins de la population.

3.2.4. Susciter les évolutions nécessaires par rapport à l'existant

Les laboratoires implantés sont largement en mesure d'absorber, à échéance du SROS, les conséquences de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population.

3.3. Prévoir les évolutions de l'offre de biologie pour les établissements de santé publics et privés

3.3.1. Inciter les établissements de santé à organiser, si nécessaire, le regroupement de leurs laboratoires en LBM multi-sites

Actuellement en Franche-Comté, certains établissements de santé publics disposent de plusieurs laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM). Ainsi, on compte 19 LABM pour 8 établissements de santé, or la réforme fixe un seul laboratoire de biologie médicale (LBM) par établissement de santé.

Certains établissements sont déjà très avancés dans la réflexion, d'autres sont en cours de réorganisation afin d'arriver à cet objectif. On arrivera alors à un seul LBM au CHU, au CHBM et au CHI de Haute Saône.

Les établissements de santé dont les laboratoires se sont déjà organisés en LBM multi-sites pourront le déclarer à l'ARS dès parution du décret relatif à l'organisation de la biologie dans les établissements publics.

Les trois laboratoires de l'EFS devraient rapidement passer à un LBM comprenant 2 sites (au lieu de 3 laboratoires actuellement).

L'obligation d'accréditation devient déterminante et nécessitera une coopération inter-établissements, en matière de biologie médicale. L'objectif de la réforme est d'encourager la mutualisation de moyens, notamment pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation, de rationaliser l'organisation de la permanence des soins, d'élargir l'accès des laboratoires hospitaliers aux patients ambulatoires.



La situation des laboratoires hospitaliers, de faible activité, nécessite une évaluation au cas par cas, pour diverses raisons :

- les difficultés d'accréditation,
- la possibilité géographique de coopération hospitalière
- la possibilité de relais par le secteur libéral,
- l'évolution des entités juridiques : communauté hospitalière de territoire (CHT), groupement de coopération sanitaire (GCS), ...

Le schéma cible prévu en 2015 est le suivant :

Nom de l'établissement	Situation 2011 (en nombre de laboratoires : LABM)	Situation cible 2015 (en nombre de LBM)
CHU Besançon	8	1
CHBM	2	1
CHI Vesoul	3	1
CH Gray	1	(CHI Vesoul + CH Gray)
CH Dole	1	1
CH St Claude	1	1
CH Lons le Saunier	1	(CH St Claude + CH Lons le Saunier)
Pont d'Héry	1	0
CH Pontarlier	1	1
		CH Pontarlier + LABM privé
TOTAL	19	6

3.3.2. Mettre en œuvre les recommandations ministérielles relatives aux relations EFS-établissements de santé

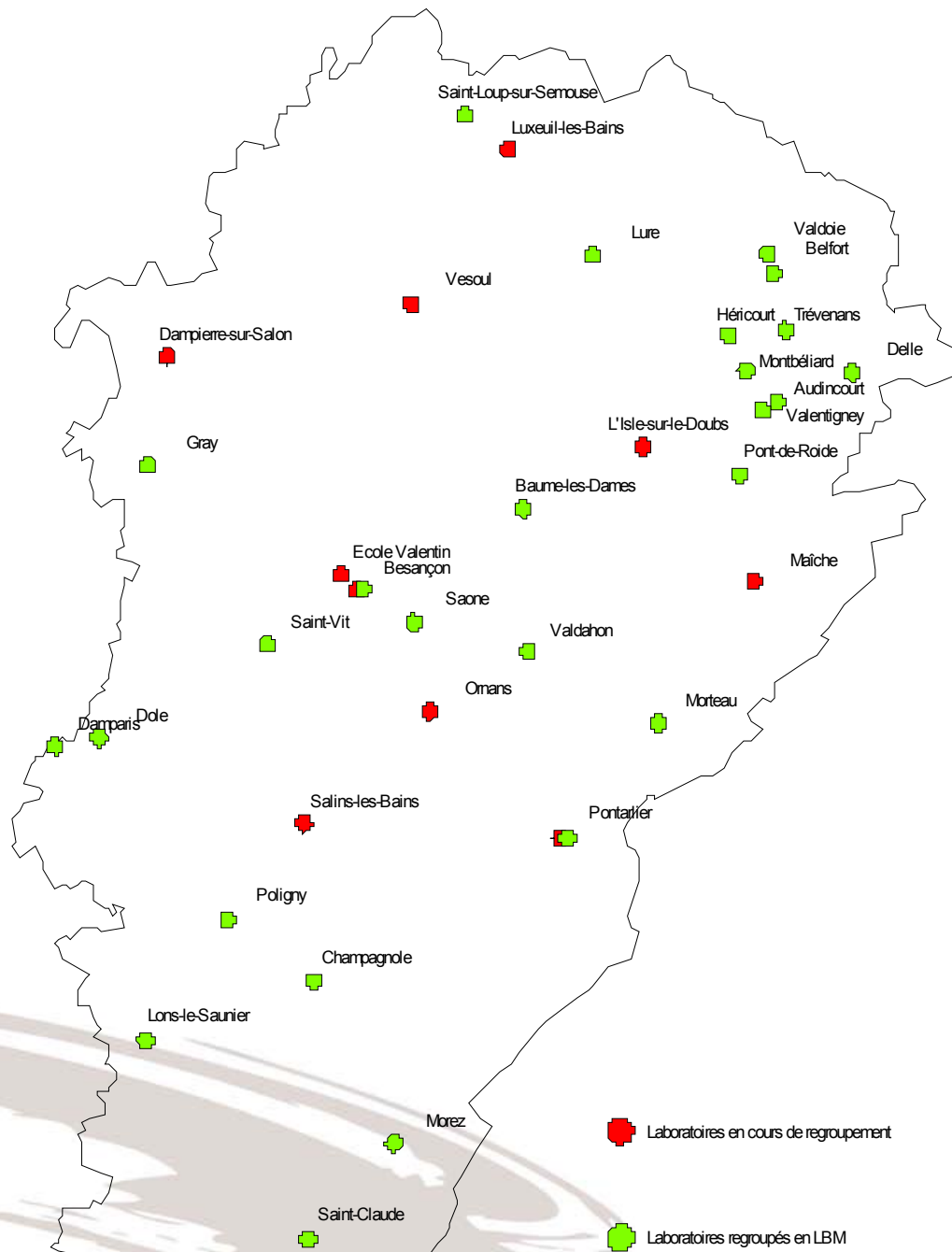
- Regrouper sur les lieux de délivrance des produits sanguins labiles (PSL), les activités d'immuno-hématologie transfusionnelle.

Il conviendra d'analyser l'impact de l'ordonnance sur les relations entre l'EFS et les établissements, en termes d'offre et d'organisation territoriale. En effet, pour les établissements de santé, le dispositif de transmission limité à 15% des examens prévus par l'ordonnance, est de nature à remettre en cause l'équilibre actuel fragile de répartition des activités d'immuno-hématologie receveur et donc de délivrance.

3.3.3. Envisager des mutualisations de moyens pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation

La réforme de la biologie médicale incite les laboratoires de biologie médicale à se regrouper. Actuellement en Franche-Comté, le processus est déjà très avancé pour les laboratoires privés : 9 LBM ont été constitués depuis l'ordonnance de la biologie à partir de 40 LABM, 1 LABM cessera son activité au 31 décembre 2011 et 11 sont en cours de réflexion-restructuration (Cf. cartographie ci-dessous).

Regroupement des laboratoires de biologie médicale



3.3.4. Conserver et favoriser l'organisation de la permanence des soins sur le territoire, en suscitant, le cas échéant, des évolutions de son organisation

La permanence de l'offre de soins en biologie est liée à la présence d'un établissement de santé ou à un service de médecine d'urgence. Dans ce cas, il est nécessaire d'assurer une permanence 24h/24 de l'offre de biologie médicale.

Actuellement, lorsqu'il existe un service médecine d'urgence ou une permanence de soins (établissement de santé), les besoins sont assurés :

- soit par un laboratoire hospitalier,
- soit par un contrat de collaboration avec un laboratoire de biologie privé.

L'article L.6212-3 précise que "les laboratoires participent à la permanence de l'offre de biologie médicale définie sur le territoire de santé", cela s'applique aussi bien aux laboratoires publics que privés. Un projet de décret prévoit une organisation par les instances professionnelles de la permanence de l'offre de biologie par les laboratoires privés.

Cette permanence des soins a pour objet de garantir la réponse aux situations d'urgence.

Il ne paraît, à priori, pas justifié d'établir un système de permanence de l'offre de biologie auquel participeraient tous les laboratoires. En effet, actuellement, les laboratoires hospitaliers assurent déjà un fonctionnement 24H/24 et il en va de même pour les laboratoires privés qui réalisent les examens d'établissements de santé concernés par ces situations.

4. Modalités/actions spécifiques de coordination

- Prévention : développer les liens avec les CDAG (Centre de dépistage anonyme et gratuit) et les centres pénitentiaires par des conventions permettant d'articuler l'offre de biologie médicale avec ces centres.
- Ville-hôpital : mutualiser et mettre en place une coopération entre les laboratoires de biologie privés et le laboratoire d'un établissement de santé, pour assurer une offre de biologie médicale pérenne.
- Médico-social : développer des liens et des conventions entre les laboratoires et les établissements médico-sociaux (EHPAD, etc.) pour identifier une filière structurée permettant d'articuler l'offre de biologie médicale des établissements afin que les LBM puissent rendre les résultats d'examens dans des délais compatibles avec l'état de l'art.

5. Evolution de l'offre

Création/suppression d'implantations prévues : la pérennité des laboratoires de biologie médicale est dépendante de l'accréditation de ces derniers. La preuve d'entrée dans l'accréditation, selon des critères définis par l'arrêté du 14 décembre 2010, devra être apportée au plus tard le 1^{er} novembre 2013. L'accréditation complète du laboratoire devant être réalisée au plus tard le 1^{er} novembre 2016.

Ceci a pour conséquence, qu'à chacune de ces deux échéances, les laboratoires ne respectant pas ces critères devront cesser leur activité.

6. Indicateurs de suivi

- Pourcentage de la population en Franche-Comté ayant des difficultés d'accès à un site de laboratoire de biologie médicale (situé à une distance supérieure à 50 kms) et n'ayant pas de relais par une maison médicale pluri-professionnelle
- Nombre de LBM publics ou privés ayant déclaré ne pas vouloir être accrédités.
- Nombre de LBM publics ou privés sans preuve d'entrée dans la démarche d'accréditation 6 mois avant la 1^{ère} date couperet actuellement fixée au 1^{er} novembre 2013.



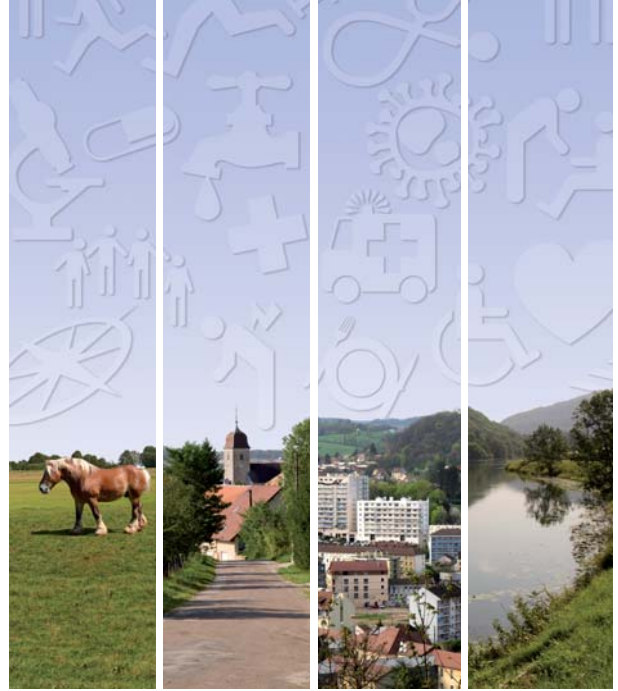


Schéma régional d'organisation médico-sociale



Sommaire SROMS

Introduction	3
Les orientations majeures du SROMS	11
1. Personnes âgées	15
Préambule	17
Prise en charge des personnes âgées à domicile	21
1.1. Fiche "Optimiser le maintien à domicile"	23
Prise en charge des personnes âgées en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	39
1.2. Fiche "Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD"	41
1.3. Fiche "Conforter la démarche qualité en EHPAD"	47
1.4. Fiche "Consolider l'offre d'accueil en EHPAD"	55
2. Personnes handicapées	59
Préambule	61
Garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie	65
Introduction	67
2.1. Fiche "Développer un parcours de soins optimisé"	69
2.2. Fiche "Soutenir le maintien à domicile"	75
2.3. Fiche "Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité"	87
Prises en charge spécifiques prioritaires	95
2.4. Fiche "Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent"	97
2.5. Fiche "Le handicap psychique de l'adulte"	103
2.6. Fiche "Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement"	109
2.7. Fiche "Réponses aux handicaps à prévalence régionale"	115
2.8. Fiche "Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes"	127
3. Personnes vulnérables	135
3.1. Fiche "Personnes vulnérables"	137



Introduction

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) se donne comme objectif général de tendre vers une meilleure organisation en tenant compte de l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie (âgées, handicapées) et des personnes rencontrant des difficultés spécifiques en matière de santé. Au travers des plans nationaux, il acte la poursuite du développement des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) prévoit (chapitre 4 "planification régionale de la politique de santé, sous-section 3 "schéma régional de l'organisation médico-sociale") que le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé élabore et arrête un schéma régional de l'organisation médico-sociale.

Aux termes de l'article R. 1434-6 du Code de la santé publique :

"Le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale :

- 1° Apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables ;
- 2° Détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels ;
- 3° Précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale."

1. Le SROMS : Un périmètre d'intervention large qui recouvre des publics et des dispositifs très différents (cf. chapitre IV, sous-section 3, article L-1434-12 de la loi HPST)

1.1. Les établissements et services pour personnes handicapées

1.1.1. Adultes

- Centres de pré-orientation professionnelle
- Centres de rééducation, réadaptation et formation professionnelle (CRP)
- Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- Foyers d'accueil médicalisé (FAM)
- Foyers d'hébergement pour adultes handicapés
- Foyers de vie pour adultes handicapés ou foyers occupationnels
- Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
- Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (S.A.M.S.A.H.)
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

1.1.2. Enfants

- Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Centres médico-psycho pédagogiques (CMPP)
- Etablissements pour enfants déficients moteurs
- Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives
- Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles
- Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés

- Instituts médico-éducatifs (IME)
- Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)
- Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

1.2. Les établissements et services pour personnes âgées

- 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)
- Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)
- Accueils de jour

1.3 Les établissements et services accueillant des personnes rencontrant des difficultés spécifiques

- Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)
- Les Appartements de coordination thérapeutiques (ACT)
- Les lits halte soins santé (LHSS)

1.4 Les établissements ou services à caractère expérimental

1.5 Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité

2. Deux lois importantes régissent le champ médico-social

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La loi n°2005 -102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elles confient à la collectivité locale "Département" le rôle de chef de file de l'action sociale dans le domaine social et médico-social.

Le secteur médico-social est donc un champ à compétences partagées entre les Conseils Généraux et l'Agence Régionale de Santé.

Celle-ci est seule compétente pour l'autorisation, la création, la transformation et l'extension ainsi que la tarification, l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux notamment :

- les établissements et services de l'enfance handicapée,
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD),
- les Appartements de coordination thérapeutiques (ACT),
- les Lits halte soins santé (LHSS).

L'Agence Régionale de Santé est compétente conjointement avec le Président du Conseil Général pour autoriser la création, l'extension ou la transformation ainsi que la tarification et l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont prises en charge pour partie par L'Agence Régionale de Santé et pour partie par le département.

Sont concernés les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), des personnes adultes handicapées nécessitant une prestation de soins, les établissements à caractère expérimental, les CAMSP.

3. L'articulation entre le SROMS et les schémas départementaux d'organisation médico-sociale des Conseils généraux.

La loi HPST précise que, pour les établissements et services pour personnes âgées et adultes handicapés ainsi que pour les structures expérimentales, le SROMS est établi au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale arrêtés par les conseils généraux de la Région. Ainsi, le décret relatif au PRS précise t'il que le SROMS prend en compte les schémas départementaux et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé (PSRS).

L'ARS et les conseils généraux doivent désormais veiller à rechercher les cohérences et complémentarités entre leurs documents de planification. Le dialogue entre ces institutions s'avère fondamental sachant que les calendriers d'élaboration ne coïncident pas forcément.

La période de validité des schémas départementaux se présente comme indiquée dans les tableaux ci-dessous en région Franche-Comté en 2011.

Schémas départementaux d'organisation médico-sociale des conseils généraux Volet personnes âgées

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Doubs	2008-2012	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées sont des citoyens à part entière - Pour pouvoir bien vivre et bien vieillir dans le Doubs, la priorité des pouvoirs publics est de promouvoir un soutien à domicile de qualité (14 actions) - Développer et diversifier l'offre d'hébergement dans la double logique de logement de substitution et de parcours résidentiels (9 fiches actions) - Organiser et coordonner les acteurs du champ gérontologique pour mieux répondre aux besoins (5 fiches actions) - Faire vivre et évoluer le schéma (7 fiches actions)
Jura	2004-2008 Nouveau schéma en cours de rédaction. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Jura.	
Haute-Saône	2008-2012	<ul style="list-style-type: none"> - Réunir les conditions d'évolution des établissements en particulier pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer - Mettre au point des formules d'hébergement novatrices - Faire jouer aux Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) un rôle moteur dans la coordination entre intervenants à domicile et structures d'accueil - Améliorer la qualité de l'habitat existant pour personnes âgées - Ouvrir davantage l'offre de services destinée aux personnes âgées à domicile.

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Territoire de Belfort	2007-2012 Démarche d'actualisation du schéma dans l'objectif d'établir un calendrier concordant avec l'exécution du Schéma régional. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Territoire de Belfort.	<ul style="list-style-type: none"> - Articulation des intervenants sanitaires et des intervenants sociaux dans le soutien à domicile - Prise en charge et accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles type Alzheimer (et leurs aidants le cas échéant) - Amélioration de la qualité de vie en EHPAD - Recherche des solutions souples et adaptées aux personnes handicapées vieillissantes (en ou hors établissement) - Promotion de solutions alternatives et/ou intermédiaires d'accompagnement - Articulation et coopération de services et établissements médico-sociaux avec la psychiatrie - Promotion de solutions alternatives et/ou intermédiaires d'accompagnement

**Schémas départementaux d'organisation médico-sociale des conseils généraux
Volet personnes handicapées**

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Doubs	2008-2012	<p>Proposer une offre d'information territorialisée à destination des personnes handicapées, de leur famille et des professionnels (5 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir auprès du public et des professionnels une connaissance commune des droits offerts et du dispositif départemental existant - Permettre aux professionnels de disposer d'un cadre commun d'intervention et d'accompagnement <p>Garantir l'accès et le maintien en milieu ordinaire (12 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'accessibilité des personnes handicapées du lieu de vie aux transports - Accompagner la scolarisation des jeunes enfants, adolescents handicapés - Favoriser l'accès à l'emploi et l'intégration professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire <p>Promouvoir une offre d'accompagnement adaptée, diversifiée et de qualité (14 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le maintien à domicile et soutenir l'autonomie des personnes handicapées - Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de handicaps non couverts ou insuffisamment couverts - Améliorer la prise en charge du vieillissement des personnes handicapées - Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes handicapées

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Doubs	2008-2012	<p>Promouvoir le parcours individualisé de la personne handicapée en favorisant la coopération et le travail en réseau entre l'ensemble des professionnels (9 actions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir l'individualisation de la prise en charge et favoriser la continuité du parcours en évitant les ruptures - Impulser entre tous les acteurs la connaissance réciproque et le partage d'expériences, de compétences et de moyens
Jura	2004-2008 Nouveau schéma en cours de rédaction. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Jura.	
Haute-Saône	2008-2012 2005-2010	<p>Volet adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapter les modes d'accueil aux besoins des personnes handicapées (2 actions) - Anticiper les besoins des personnes handicapées vieillissantes (1 action) - Développer les potentialités de coopération entre les établissements et services (3 actions) - Structurer les dispositifs d'insertion professionnelle en lien avec le PDITH (Programme départemental pour l'insertion des travailleurs handicapés) (1 action) - Ouvrir plus largement la place des personnes handicapées dans la vie sociale et civile <p>Volet enfants et adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recentrer le dispositif de prise en charge des enfants et adolescents du département sur sa vocation (5 actions) - Rééquilibrer l'offre en fonction des besoins (6 actions) - Développer la scolarisation et la formation professionnelle dans les structures ordinaires (2 actions) - Elargir et assouplir la palette pour mieux répondre aux besoins spécifiques (2 actions) - Améliorer le repérage et l'orientation des jeunes handicapés (5 actions) - Soutenir et vérifier l'application de la loi de janvier 2002 (1 action)
Territoire de Belfort	2007-2011 pour le volet adultes	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des places en Etablissements sociaux et médico-sociaux et notamment les MAS psychiatriques, les FAM autistes, les foyers de vie et FAM déficience intellectuelle sévère - Développement de l'accompagnement des personnes handicapées dans la vie quotidienne surtout psychiques et traumatisées crâniennes

Conseil Général	Période de validité du schéma	Principales orientations du schéma
Territoire de Belfort	<p>2009-2013 pour le volet enfants/adolescents</p> <p>Démarche d'actualisation du schéma dans l'objectif d'établir un calendrier concordant avec l'exécution du Schéma régional. L'ARS est associée aux travaux via la Délégation territoriale du Territoire de Belfort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulation et coopération de services et établissements médico-sociaux avec la psychiatrie - Développement de places en Etablissements sociaux et médico-sociaux : SESSAD, IME, ITEP et prise en charge des jeunes présentant des troubles importants du comportement

4. Les plans de mise en œuvre du SROMS

4.1. Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Il s'agit d'un outil de programmation pluriannuelle prévisionnelle créé par la loi du 11 février 2005. Adopté depuis 2010 par les DGARS, il a pour but d'identifier publiquement les priorités de financement de l'Etat en région sur 5 ans relatives à l'adaptation et à l'évolution de l'offre d'accompagnement médicosocial, après concertation avec les Conseils Généraux.

Il est actualisé chaque année et consolidable nationalement à travers un cadre de synthèse national. Au niveau local il sert à orienter la stratégie d'évolution des acteurs et permet une lisibilité sur les objectifs de l'Etat et sur les financements susceptibles d'être alloués

Les structures pour publics en difficultés spécifiques médico-sociales ne sont pas comprises dans ce document. La programmation est à construire en lien étroit avec le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) et le Schéma Régional d'addictologie 2009-2013.

4.2. Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Le PRAPS permet la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du PSRS et des schémas sectoriels. A ce titre, il s'appuie largement sur le Diagnostic réalisé pour l'élaboration du PSRS et affiné au moment de la rédaction des schémas. Le PRAPS vise à être un des maillons entre l'accès aux droits communs et aux droits spécifiques des populations les plus vulnérables.

4.3. Autres plans et programmes

De plus, des liens existent entre SROMS et certains programmes transversaux au système de santé :

- le Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR),
- le programme de développement de la Télémedecine.

5. Avertissement

Les actions inscrites dans le SROMS ne sont en aucun cas exclusives de l'ensemble des actions menées dans le champ médico-social. Le SROMS a en effet vocation à se centrer sur les actions jugées prioritaires notamment au regard du PSRS.

Dans un souci de facilité d'approche, les fiches qui suivent sont classées par type de population : personnes âgées, personnes handicapées, personnes vulnérables.

Pour cette première génération de schéma qui couvre une période de 5 ans (2012-2016), il est apparu prématuré d'avoir un traitement conjoint de certaines priorités, sous l'angle de la perte d'autonomie pour les personnes âgées et handicapées.

Les orientations majeures du SROMS

Le secteur du médico-social doit faire face à des défis importants dont le vieillissement de la population et la nécessaire adaptation des prises en charges pour les personnes handicapées.

Pour les relever, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) donne à l'ARS (agence régionale de santé) un rôle majeur de coordination et d'animation du secteur médico-social.

Ainsi, l'ARS de Franche-Comté à travers son schéma régional de l'organisation médico-sociale souhaite t'elle garantir aux populations handicapées et/ou âgées des parcours de soins coordonnés, tout en leur offrant le libre choix de leur parcours de vie.

Elle fixe alors trois orientations majeures à son action :

- l'amélioration des outils de connaissance du secteur médico-social,
- la professionnalisation du secteur au travers d'une réflexion sur les compétences nouvelles à détenir,
- la poursuite des réformes structurelles en cours dans une visée d'amélioration des prises en charge et d'efficience.

1. L'amélioration des outils de connaissance du secteur médico-social

Mieux connaître les populations très diversifiées prises en charge dans les Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) de la région a été identifié comme un préalable unanime.

Or, les données disponibles sont éparses et fragmentaires, et rendent difficile aujourd'hui une analyse exacte des besoins pouvant faciliter le type d'accompagnement à mettre en œuvre auprès des ESMS ainsi que la planification.

Dans le cadre de ce premier schéma régional médico-social, le développement et la fiabilisation des connaissances de la situation des personnes handicapées, population particulièrement importante a été jugé comme prioritaire. En effet, il s'agit d'une population pour laquelle les seules données facilement accessibles pour l'ARS sont celles concernant l'activité des établissements et services, à travers l'enquête ES (Etablissements sociaux).

L'objectif est alors d'aboutir à une vision d'ensemble du champ "personnes handicapées" enfants et adultes allant du dépistage du handicap et de l'orientation des personnes handicapées à leur prise en charge par un service ou un établissement spécialisé.

Concernant les personnes âgées, les interrogations portent essentiellement sur les projections démographiques mais aussi sur le souhait de mieux identifier le profil épidémiologique de cette population.

Pour les deux secteurs personnes âgées et personnes handicapées, il apparaît nécessaire d'aller au-delà de l'indicateur purement numérique pour le compléter par des indicateurs à dimension plus qualitative et prospective, partagés par tous les partenaires.

Dans une dynamique de réduction des inégalités territoriales, l'ARS en articulation avec les Conseils Généraux et avec la contribution d'autres partenaires voudrait ainsi poser les bases de cette réflexion. L'ambition est de disposer d'un nombre restreint d'indicateurs collégialement validés, permettant de répondre à deux objectifs principaux :

- mesurer l'adéquation entre les besoins et les types d'accompagnements proposés,
- réaliser des appels à projet correspondant à des besoins clairement identifiés.

2. La couverture des besoins en professionnels

La loi de décentralisation du 13 août 2004 confie à la Région un rôle déterminant pour assurer la cohérence et la complémentarité des formations initiales et continues, dans le secteur social et sanitaire.

Concernant l'évolution des besoins de certains professionnels du secteur médico-social, les articulations avec le Conseil régional sont donc fondamentales.

Les activités sanitaires, médico-sociales et sociales répondent à des besoins communs en pleine croissance, liés :

- au vieillissement démographique (la croissance du nombre de personnes âgées va de pair avec celle de la demande de services d'accompagnement social, soignant ou paramédical, voire d'animation). Le vieillissement de la population s'accompagne d'exigences plus importantes en termes de prise en charge de la dépendance en établissement ou au domicile,
- à l'exclusion et à la vulnérabilité sociale, résultant de la pauvreté, du chômage, des situations de rupture ou de violence, qui entraînent une augmentation et une diversification des demandes adressées à l'action sociale,
- à la mise en place de la prestation compensatrice du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées permettant progressivement une meilleure connaissance des besoins des personnes handicapées,
- à l'exigence des usagers et des organismes de tutelle qui est de plus en plus forte et rend nécessaire un renforcement de la qualité des services et une évolution des pratiques professionnelles.

Deux des axes stratégiques de l'action du Conseil régional concernent plus spécialement l'ARS :

- Axe 5 : Développer la formation pour répondre aux besoins d'emploi dans le secteur social, médico-social et sanitaire.
- Axe 6 : Développer les liens entre les formations sanitaires et sociales.

Pour le Conseil Régional, l'ARS fait partie des partenaires qu'il associe à la déclinaison de ses axes d'interventions et aux travaux en cours pour l'élaboration du contrat de plan régional de développement des formations professionnelles qui devra couvrir la période 2011/2015.

Face à l'évolution de la dépendance (allongement de l'espérance de vie notamment des personnes handicapées, dépendance plus importante sur une période plus longue, nombre de personnes atteintes d'Alzheimer...) deux types d'actions s'imposent :

- la nécessaire adaptation des compétences des professionnels déjà en exercice,
- la prise en compte de "nouveaux métiers"¹

Observer l'évolution des "nouveaux métiers" et favoriser leur développement, repérer les besoins de formation/emploi (secteurs social, sanitaire, médico-social), évaluer la qualité des dispositifs existants de formation, voire contribuer à l'amélioration de ceux-ci et innover, décloisonner la formation – et les métiers – entre différents secteurs pour accompagner l'évolution des pratiques (nouveaux modes d'intervention et d'organisation du travail), tout ceci implique un travail multipartenarial.

L'expertise de l'Agence régionale de santé, alliée à celles des professionnels institutionnels, libéraux, associatifs (usagers, aide à domicile...) des secteurs concernés, est de nature à documenter la réflexion du Conseil régional pour accompagner le développement de ces "nouveaux métiers" et de ces nouveaux modes d'intervention et d'organisation professionnelle. S'ils peuvent constituer un véritable vivier d'emploi, leur émergence requière toutefois une anticipation de la part des Pouvoirs publics de façon notamment à ce que les formations indispensables, diplômantes et qualifiantes, puissent être développées au regard des besoins à venir... La construction d'articulations entre les diverses instances impliquées s'impose également pour contribuer au développement d'une culture commune de travail des professionnels des différents secteurs et pour un décloisonnement pertinent reposant sur la création de passerelles et tronc communs de formation entre sanitaire et social.

3. Les réformes structurelles du secteur médico-social

Le secteur médico-social se caractérise par son extrême morcellement et une dispersion des promoteurs. Par ailleurs le contexte économique implique que le domaine soit porteur d'une logique

¹ Nouveaux métiers ou nouvelles compétences à développer : à titre d'exemple, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, et de la mise en place de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration de personnes malades d'Alzheimer (MAIA), des formations spécifiques sont prévues afin de former des "gestionnaires de cas", professionnels dotés de nouvelles compétences pour la gestion, le suivi individuel et intensif de personnes atteintes d'Alzheimer (dans un premier temps) en situation dite "complexe". De même, l'identification et la professionnalisation d'une nouvelle fonction d'assistant de soins en gériatrie sont en cours pour mieux répondre à la charge de travail concernant la prise en soins de personnes atteintes d'Alzheimer (techniques de soin et accompagnement spécifiques).

d'efficience qui fait encore trop souvent défaut. Ainsi, la question d'économie d'échelle et de réflexion sur la taille critique des structures se pose donc avec acuité.

Sachant que le pilotage de la politique de santé s'exerce désormais au niveau régional, plusieurs enjeux s'imposent à l'ARS :

- La création d'une continuité dans la prise en charge entre le niveau départemental et le niveau régional ;
- La promotion de la diversification des modalités d'accompagnement indispensable pour garantir la liberté de choix des parcours de vie en s'inscrivant dans un pilotage plus global et plus transversal des organismes gestionnaires ;
- La réduction du poids des inégalités territoriales d'équipement qui amplifie toute forme de vulnérabilité.

Tous ces enjeux rendent nécessaire une recomposition de l'offre médico-sociale.

Ainsi, les regroupements peuvent nourrir des expérimentations de coopération sanitaire et médico-sociale dans une logique de fluidité du parcours de soins.

Les regroupements, la mise en synergie des services et des établissements par les voies de convention, par l'utilisation des outils juridiques de regroupement sont donc les axes de travail à promouvoir rapidement sous la pression conjuguée d'une attente forte des usagers, d'une offre médico-sociale amplifiée, d'une démographie problématique des professionnels de santé et paramédicaux, d'une exigence de prestations de qualité.

Personnes âgées

Préambule

1. Les chiffres clés francs-comtois

L'indice de vieillissement légèrement supérieur à la moyenne nationale (part des 75 ans et +/- 20 ans) : 34,5 en Franche-Comté contre 34 en France métropolitaine.

Une progression plus forte des plus de 80 ans à l'horizon 2040 : + 7 points en Franche-Comté contre 5 points en France métropolitaine.

- 2007 : 22% de la population franc-comtoise a plus de 60 ans.
- 2040 : 32% de la population franc-comtoise aura plus de 60 ans.
- 2007 : 3% de la population franc-comtoise a plus de 80 ans.
- 2040 : 10% de la population franc-comtoise aura plus de 80 ans.

Les revenus des ménages en Franche-Comté sont inférieurs à la moyenne nationale : 17 084€ contre 17 497€ avec de fortes disparités départementales (Haute-Saône : 16 079€).

156 millions d'euros consacrés au financement de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) personnes âgées

23 311 bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) :

- 13 226 à domicile.
- 10 085 en établissement.

Soit 95 millions d'euros versés par les quatre conseils généraux.

Ces structures représentent l'hébergement permanent avec 10 547 places distribuées ainsi :

- 136 EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : 9 345 places.
- 39 logements-foyers : 1 830 places.
- 587 lits d'unité de soins de longue durée.
- 237 places d'hébergement temporaire.
- 287 places d'accueil de jour dont 204 dédiées à l'accueil des malades d'Alzheimer.
- 2 365 places de services de soins infirmiers à domicile.

Taux d'équipement régional de structure d'hébergement permanent inférieur à la moyenne nationale : 107,3 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Franche-Comté contre 118 places en France métropolitaine

Taux d'équipement régional en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) supérieur à la moyenne nationale : 19,9 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Franche-Comté contre 17,4 places en France métropolitaine

7 117 salariés des établissements pour personnes âgées.

Le taux d'encadrement est de 0.63 dans le Doubs, 0.62 dans le Jura, 0.69 en Haute-Saône et de 0.64 dans le Territoire de Belfort².

2. Diagnostic synthétique de la prise en charge des personnes âgées en Franche-Comté

Faiblesses-Contraintes
- Une forte augmentation en perspective de la population âgée dépendante.
- Une insuffisante diversification des modes d'accueil.
- Une offre en Accueil de jour et Hébergement temporaire peu efficiente.
- Des prises en charge sanitaires et médico-sociales peu coordonnées.
Atouts-Avantages
- Un taux d'équipement actuel en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) plutôt satisfaisant.
- Une politique volontariste des Conseils Généraux en faveur de l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.
- Une recherche de développement des actions liées à la qualité de la prise en charge.

3. Les modalités de concertation du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) volet "personnes âgées"

Préalablement à la rédaction du SROMS, l'Agence régionale de santé (ARS) a souhaité instaurer une large concertation partenariale. Ainsi un comité SROMS a-t'il été constitué regroupant les partenaires institutionnels, les représentants des fédérations et associations gestionnaires du secteur. Il s'est réuni régulièrement sur la période de janvier 2011 à mai 2011.

Le travail de réflexion a été mené en sous-groupes.

Ces travaux ont été réalisés dans une logique de construction de parcours de vie et à partir des travaux réalisés lors de rédaction du Plan stratégique régional de santé (PSRS) sur la thématique : favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge.

Le schéma page suivante concrétise globalement le parcours personnes âgées en Franche-Comté.

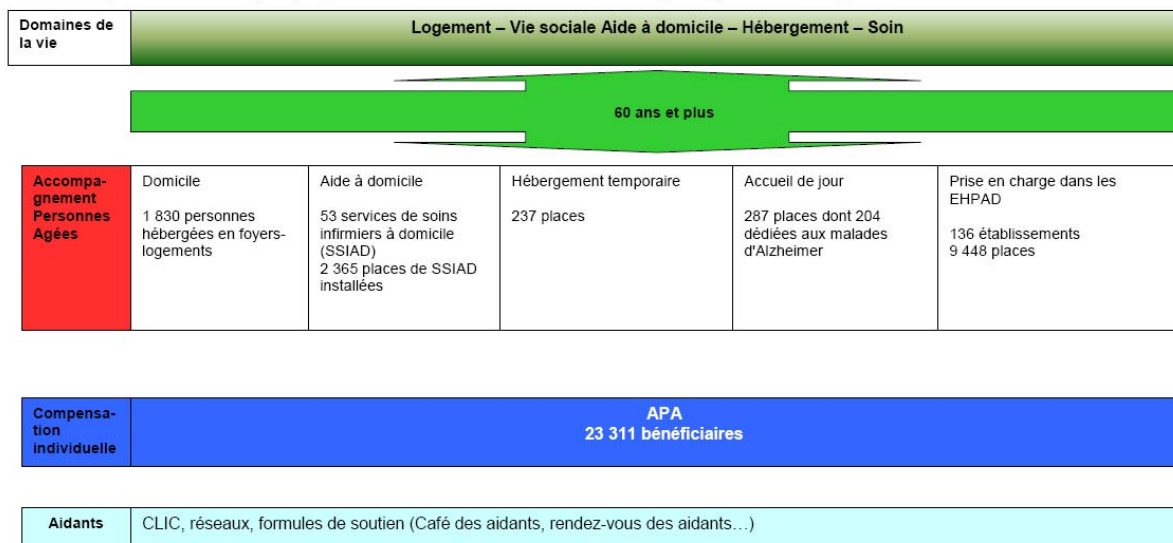
4. Les thématiques retenues pour le SROMS volet personnes âgées

S'agissant des personnes âgées, l'objectif premier est d'éviter d'opposer la prise en charge à domicile et la prise en charge en établissement. L'évolution des prises en charge conduit à privilégier le développement des formules intermédiaires qui contribuent à soutenir l'implication des aidants et à assurer une certaine qualité de vie de la personne âgée. La spécificité de la prise en charge des personnes atteintes de la pathologie Alzheimer est soulignée.

Le volet personnes âgées du SROMS est présenté selon 2 axes :

- l'optimisation du maintien à domicile des personnes âgées ;
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD.

Représentation synoptique des services médico-sociaux pour personnes âgées en Franche-Comté



Prise en charge des personnes âgées à domicile

Fiche SROMS

Optimiser le maintien à domicile

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.5	Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail.
Priorité 3 Objectif 3.1	Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé.
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.2	Développer l'aide aux aidants.
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées, Santé au travail.
SROS	Ambulatoire.

1. Contexte

Face au "boom" démographique des plus de 85 ans à l'horizon 2015³, le nombre de personnes très âgées prises en charge à domicile va fortement augmenter.

Les personnes âgées veulent pouvoir rester chez elles, aspiration massive encore confirmée par les travaux menés, début 2011 à l'initiative du Ministère de la santé, sur la stratégie à construire pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Le plan solidarité grand âge 2007/2012

Il pose le principe d'assurer aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester à domicile :

- en développant les services de soins et d'aide à domicile,
- en assurant une présence médicale sur l'ensemble du territoire,
- en diversifiant la palette des services,
- en soutenant davantage les aidants familiaux.

L'ambition du plan est de créer un véritable "droit au répit" permettant à chaque famille de souffler (développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, créer formules innovantes, prévoir des aides fiscales à l'aménagement du domicile).

Le plan Alzheimer 2008-2012

Le plan 2008-2012 a pour but de fournir un effort conséquent sur la recherche, sur le diagnostic plus précoce et sur la prise en charge des patients et de leur famille. Il doit permettre de progresser dans la recherche et l'organisation des soins ainsi que dans l'accompagnement médico-social et s'est fixé entre autres objectifs :

- l'objectif 1 : apporter un soutien accru aux aidants en développant et diversifiant les structures de répit, en formant les aidants, en suivant l'état de santé des aidants,
- l'objectif 2 : renforcer la coordination entre tous les intervenants en créant des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), lieu de coordination, guichet unique associant le secteur sanitaire et médico-social, en instituant un coordonnateur (qui assure la liaison entre les équipes intervenant près du patient),
- l'objectif 3 : permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le maintien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés à domicile (Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) spécialisés avec Assistants de soins en gérontologie (ASG), ergothérapeutes, psychomotriciens) et en améliorant l'habitat.

Le plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées (PAPA) (depuis 2003)

Né de la volonté des branches Maladie et Retraite (CNAM/CNAV) d'apporter des réponses pertinentes et rapides aux personnes âgées en situation de fragilité par mutualisation et création de réseaux locaux dans le domaine de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, il est décliné en région depuis 2004. Il s'attache également à la problématique de l'aide aux aidants, à la mise en place d'une offre globale et accompagnant le maintien à domicile (prévention) et aux innovations pouvant être pertinentes en la matière.

2. Diagnostic

En 2006, en Franche-Comté 39,8% des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile vivent seules (moyenne nationale de 39,5%). De faibles écarts sont observés entre départements, variant de 39,1% en Haute-Saône à 41,9% dans le Territoire de Belfort.

Néanmoins, la différence est très marquée entre les sexes ; les femmes sont plus touchées par cette solitude avec 50,7% des femmes vivant seules contre 20,6% des hommes. Ces proportions sont identiques entre les départements.

Outre l'aide à domicile, les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) contribuent au maintien et assurent aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, des soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base relationnels (article D.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)). Ils interviennent au domicile de la personne ou dans les établissements non médicalisés.

³"Prévention de la dépendance" Rapport remis au Président de la République par André Trillard (sénateur de Loire Atlantique) – Juin 2011

L'offre de soins s'articule également autour d'autres intervenants : les infirmiers libéraux et les centres de soins infirmiers ou centres de santé. (Caractéristique de la région Franche-Comté) (cf § 2.2).

2.1. Une offre en services de soins infirmiers à domicile satisfaisante, une dynamique du secteur comportant certaines limites

Répartition des SSIAD en Franche-Comté

Département	Nombre de structures	Nombre de places autorisées installées	Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus
25	20	914	19,8
39	15	657	19,9
70	14	539	24,0
90	4	255	21,2
Total	53	2 365	19,9

Source : Panorama de la santé (octobre 2010)

C'est un service de proximité largement développé sur la région avec 2 365 places autorisées et installées au 15 octobre 2010. Le territoire régional est bien couvert dans l'ensemble avec l'intervention de 53 SSIAD répartis sur les 4 départements.

Il convient de préciser que la région a considérablement accru le nombre de places de SSIAD dans le Jura et dans le Doubs depuis quelques années avec plus de 300 places créées.

Les capacités d'accueil ont augmenté de 60% au niveau régional.

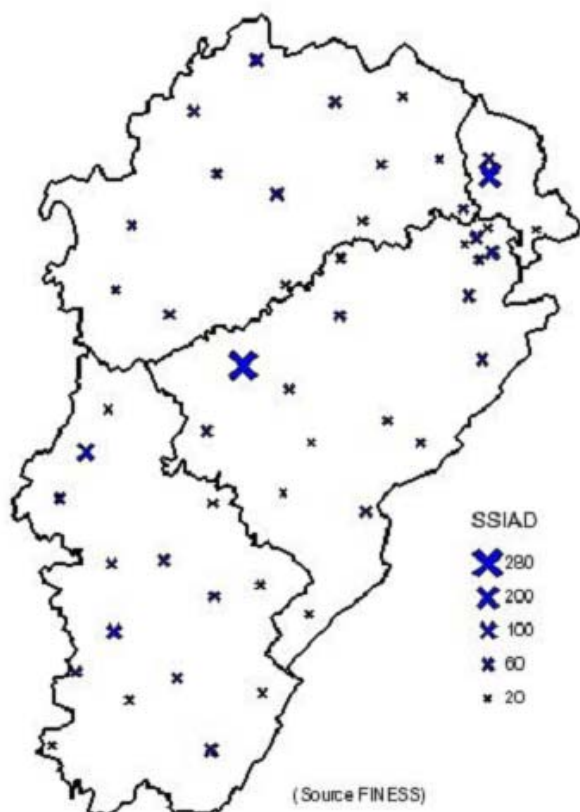
Le taux d'équipement en places de services de soins à domicile (19,9 pour 1000 habitants de 75 ans et plus) est supérieur à celui observé au niveau national (17,4 pour 1000 habitants de 75 ans et plus), et ce dans tous les départements Franch-comtois. D'une valeur de 19,9 pour l'ensemble de la région, ce taux varie de 24 en Haute-Saône à 19,8 dans le Doubs.

Au 1^{er} octobre 2011, afin de consolider le taux d'équipement SSIAD, il reste 74 places autorisées et financées à installer d'ici le 31 décembre 2011.

Globalement, le secteur de l'aide à domicile s'est énormément développé au cours des 10 dernières années, sous l'effet conjugué de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, de l'amélioration de la solvabilisation (création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la Prestation de compensation du handicap (PCH)) et de la volonté des pouvoirs publics de promouvoir et favoriser la création d'emplois dans ce secteur.

SSIAD_Personnes Agées

Places autorisées au 15 oct 2010



La plupart des écrits sur le secteur de l'aide à domicile évoquent son manque de lisibilité et sa dispersion en termes d'organisation. Ils ne reflètent pas exactement la situation dans notre région. En effet, le nombre de structures dans notre région est très limité comparativement aux autres régions. De plus, la quasi-totalité des associations de la région sont multi-activités. Les usagers trouvent donc auprès d'un même prestataire, la réponse à l'ensemble de leurs besoins (aide, soins, repas, téléalarme...) pour l'ensemble des publics (personnes âgées, handicapées, familles).

Le maillage territorial est assuré

Toutes les communes de Franche Comté bénéficient à minima de l'intervention d'une structure associative.

On relève toutefois, sur le nord Franche-Comté (Territoire-de-Belfort, Montbéliard, Audincourt, Héricourt), un nombre d'acteurs plus important et des structures de taille moyenne proposant une palette de services moins diversifiée.

Une dynamique du secteur qui est à souligner.

Les associations et institutions se sont investies ensemble dans certaines expérimentations :

- le dispositif de sortie d'hospitalisation initié par le Groupement d'intérêt économique "Ingénierie maintien à domicile des personnes âgées" (GIE IMPA) pour les personnes en GIR (Groupe iso-ressources) 5 et 6 qui correspondent aux personnes les plus autonomes,
- les interventions dans le cadre des financements soins palliatifs,
- des actions de prévention et d'aide aux aidants.

Cependant certaines limites doivent être évoquées.

- Ces actions sont souvent dispersées dans l'espace tout en n'assurant pas une couverture efficiente du territoire : l'intervention au domicile des particuliers entraîne une très grande dispersion géographique de l'activité. Celle-ci marque profondément le secteur car elle génère des coûts induits importants, notamment dans la durée et le coût des frais de déplacement. L'isolement des salariés est également à prendre en compte.
- Cette activité est dispersée dans le temps : les services d'aide et de soins à domicile sont de plus en plus fréquemment sollicités pour intervenir auprès de personnes lourdement dépendantes : malades d'Alzheimer, Parkinson, VIH, maladies mentales, handicaps lourds.

Les besoins de ces personnes ne sont pas limités aux jours et horaires habituellement travaillés, c'est pourquoi une grande majorité des services d'aide à domicile franc-comtois travaille 365 jours par an et pendant des plages horaires étendues.

Il reste cependant des zones critiques : les Services d'aide à domicile (SAAD) peuvent être amenés à pallier les manques des SSIAD.

Même si les articulations entre les services se passent correctement, il existe des marges de progrès.

Le secteur rencontre aujourd'hui d'importantes difficultés liées à la fois au contexte économique et au fait qu'il s'agit d'un secteur en cours de structuration et de professionnalisation.

Deux points faibles sont plus particulièrement à prendre en compte :

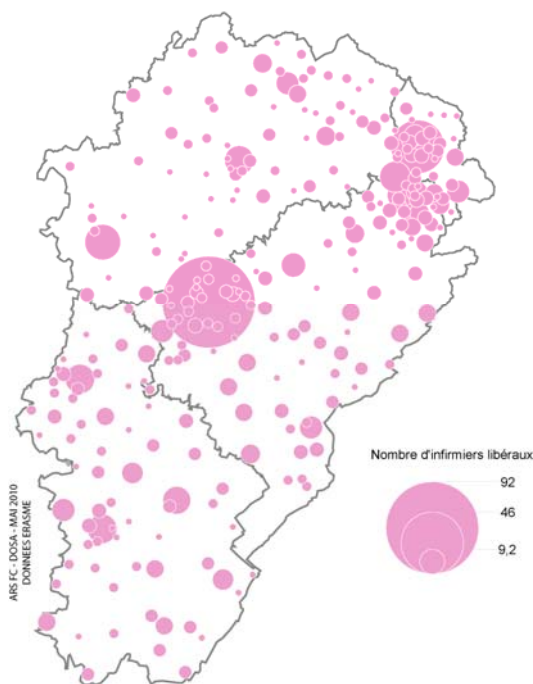
- la formation des personnels : celle-ci s'est considérablement accrue mais reste largement insuffisante au regard du niveau de dépendance de plus en plus élevé des personnes prises en charge,
- les risques professionnels en augmentation : malgré un réel effort de professionnalisation réalisé ces dernières années par les employeurs et encouragé par le Conseil Régional de Franche-Comté, les Conseils généraux et l'Etat.

2.2. Les infirmières libérales/les centres de santé : une offre à prendre en compte

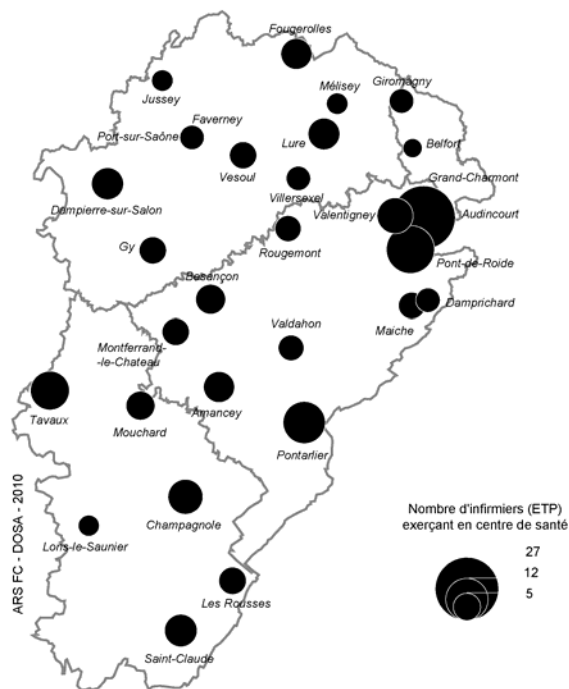
L'offre en infirmiers dans le secteur ambulatoire s'articule autour des cabinets, des centres de soins à domicile. Un travail récent de définition des zones les moins bien dotées de la région, lié aux nouveaux dispositifs de régulation de l'offre, n'a fait apparaître qu'une zone très sous-dotée (et donc éligible aux aides à l'installation) : le canton de Melisey, dans le territoire de Vesoul. Des zones sous-dotées existent toutefois dans les territoires de Besançon, Dole et Lons-le-Saunier. La région ne compte en revanche pas de zone sur-dotée : il n'y a pas, en Franche-Comté, de restriction de la liberté d'installation.

Ce classement en zones sous-dotées est le fruit de l'application d'une méthodologie nationale qui faisait intervenir d'autres critères que ceux de l'offre : âge des professionnels et activité moyenne notamment. Par ailleurs, ce travail prenait en compte l'offre de soins des Services de soins à domicile (SSIAD), mais pas celle des centres de soins infirmiers.

Répartition des infirmiers libéraux en Franche-Comté et par territoires de santé, mai 2010



Nombre d'infirmiers (ETP) exerçant en centre de santé en Franche-Comté, en 2009



Cette photographie de l'offre en soins infirmiers apparaît satisfaisante.

Au-delà de l'offre en SSIAD, il est important de la prendre en compte dans une analyse évolutive de réponse aux besoins. En effet, **il convient d'être attentif aux évolutions potentielles à venir** : il est vraisemblable que dans les prochaines années, émerge un besoin provenant des hébergements intermédiaires (foyers logements, résidences services, MARPA (Maison d'accueil rurale pour personnes âgées)) où des personnes âgées peu dépendantes pourront à moyen terme nécessiter l'intervention de SSIAD.

Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

La circulaire 2011-110 du 23 mars 2011, présentant le cahier des charges des Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile prévoit leur déploiement sur le territoire en 2011 et 2012.

L'objectif assigné à la région Franche-Comté est de 8 ESA à l'échéance du plan soit 5 nouvelles ESA à autoriser sur 2011 et 2012. A noter que la région compte, à ce jour, trois équipes de SSIAD spécialisées pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, soit 20 places en Haute-Saône (Luxeuil-les-Bains et Amance) et 10 places dans le Doubs (Besançon).

Il reste sur la période septembre 2011/décembre 2012 à formaliser 50 places.

Ces 80 places ne sont pas comptabilisées dans le taux d'équipement cité précédemment.

Au niveau du domicile, le diagnostic des prises en charges fait ressortir plusieurs points faibles :

2.3. La coordination des suivis de la personne âgée par le système de soins de premier recours est balbutiante

Au niveau du système de soins de premier recours, on n'identifie pas de suivi coordonné de la personne âgée sur la région. Or, la cohérence des soins et de l'accompagnement destiné à compenser la perte d'autonomie est fondamentale pour l'état de santé de la personne âgée. Elle est souvent atteinte de polyopathologies qui impliquent une coordination renforcée des professionnels du soin avec les acteurs de la prise en charge médico-sociale.

Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

Face au besoin de remédier aux difficultés rencontrées par malades et familles confrontés à une multitude de services présents sur les territoires mais insuffisamment articulés pour aboutir à une prise en charge coordonnée. **Un dispositif de coordination portes d'entrée unique** les **"Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer" (MAIA)** est mis en place en Franche Comté. Ce dispositif répond à la commande de la circulaire interministérielle n° DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 du 13 janvier 2011.

Ce dispositif permet, à partir d'une structure existante, de construire avec les partenaires institutionnels et professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial (partage de référentiels et d'outils, pratiques communes, articulation des interventions...).

S'appuyant sur ce partenariat, cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, réduire les doublons d'évaluation et ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes malades, et à améliorer la lisibilité du système de soin et d'aide. Un accompagnement spécifique par des "gestionnaires de cas" sera proposé en situations dites complexes

En région, en collaboration avec divers partenaires, et principalement les conseils généraux, l'ARS s'attache à la mise en place de ce dispositif et à désigné fin avril 2011, suite à appel à candidature, le Groupement de Coopération Sanitaire ADN (Alliance pour le Développement de la Neuropsychiatrie), comme porteur de la MAIA 2011.

En raison des spécificités franc-comtoises (démographie, superficie régionale réduite, partenariats existants...), l'expérimentation d'un dispositif MAIA fédératif s'inscrit d'emblée dans un objectif de déploiement interdépartemental sur plusieurs territoires (Besançon et grand Besançon, Dole et Triangle d'Or, Gray et région Grayloise) puis régional, et impliquera, dès les premières phases d'élaboration du dispositif, tous les partenaires concernés des secteurs ciblés souhaitant intégrer cette démarche (réseaux, CLICS, SSIAD, établissements de santé, EHPAD...).

Une initiative régionale

Un répertoire des ressources en région : pour favoriser un diagnostic et une prise en charge précoces afin de retarder l'évolution de la maladie et de mieux orienter les malades et leur entourage, un annuaire des ressources régionales en matière de diagnostic, d'accompagnement et de prise en charge (Consultations Mémoire, associations d'usagers, prestations, hébergement...), à destination des médecins généralistes et intervenants du domicile, est en cours d'élaboration avec le concours des professionnels impliqués (professionnels de santé, institutionnels, représentants d'usagers...).

2.4. La prévention et le signalement des situations de maltraitance restent limités

La prévention de la maltraitance au domicile est ressentie comme une démarche importante mais plus délicate qu'en EHPAD, s'agissant de la sphère privée. De ce fait les démarches sont souvent inexistantes. Les seuls indicateurs de maltraitance à l'égard des personnes âgées à domicile résultent des signalements au réseau ALMA⁴. En effet, les signalements provenant du domicile représentent 82% des situations suivies (17% institutions/1% sans domicile fixe).

⁴ L'association ALMA a pour but de mettre en place dans la région Franche-Comté tout ce qui permet de faire connaître la réalité des maltraitances envers les personnes âgées et handicapées, d'écouter les signalements et les plaintes en se dotant de moyens de prévention nécessaires. Le site fait partie du réseau national ALMA et est adhérent à la convention nationale avec la direction générale de la cohésion sociale sur le thème prévention des maltraitances et diffusion de la bientraitance

Les maltraitances psychologiques sont les plus nombreuses, elles représentent 33% des signalements. Viennent ensuite les négligences passives et les maltraitances financières.

2.5. Les démarches "bienveillance" doivent être confortées

A domicile, les intervenants extérieurs, plus particulièrement les professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile mais également ceux des SSIAD, peuvent être des témoins privilégiés de ces maltraitances et contribuer à leur repérage et signalement.

La bienveillance, c'est aussi être attentif à une prise en charge de qualité : il s'agit de sensibiliser les professionnels des SSIAD à la préservation de la santé de la personne âgée, en prévenant la dénutrition et plus globalement l'évolution de la dépendance.

La poursuite des actions de prévention est incontournable. Les professionnels du domicile doivent être sensibilisés par des actions sur les déterminants de santé (nutrition, activité physique, tabagisme, etc.) ayant un impact sur les maladies chroniques qui augmentent le risque de dépendance (pathologies cardio-vasculaires, diabète, arthrose.....).

Les SSIAD sont particulièrement attentifs à la prévention de la dénutrition et des chutes. En effet, Les chutes sont la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. Au niveau national, chaque année, plus de deux millions de personnes âgées chutent, avec des conséquences plus ou moins graves. Bon nombre de ces accidents entraînent une perte d'autonomie et compromettent le maintien à domicile des personnes âgées. Des mesures d'aménagement astucieux et simple, ainsi qu'une bonne hygiène de vie, pourraient éviter bon nombre des chutes qui troublent la vie de nos aînés. La domotique, qui rassemble les techniques de gestion automatisée appliquée à l'habitation joue un rôle important dans l'environnement de la personne âgée. Au-delà des dispositifs de téléalarme, largement diffusés par les communes en Franche-Comté, il s'agit de soutenir les initiatives de développement des innovations technologiques qui permettent de retrouver un peu d'autonomie, et améliorent la qualité de vie de la personne âgée vivant seule.

Autre constat, sur un total de 10 571 suicides survenus en 2008 au niveau national, 2 950 concernaient des personnes de plus de 65 ans. L'évolution du vieillissement de la population laisse ainsi présager une augmentation du nombre de suicidés âgés.

Le rapport sur la santé mentale et le bien-être des personnes, âgées remis fin mai 2011 à la Secrétaire d'Etat à la Santé, met l'accent sur la nécessité d'inclure le bien-être psychologique de la personne âgée dans la démarche du bien vieillir.

2.6. L'évitement des situations de rupture (soutien au retour à domicile après une hospitalisation) concerne une catégorie restreinte de personnes âgées

En Franche-Comté deux dispositifs spécifiques (centrés sur la sortie d'hospitalisation) ont été repérés:

- le dispositif de sortie d'hospitalisation (SH) porté par le GIE IMPA, mis en place depuis le premier semestre 2007, prépare dès leur entrée en établissement de santé, les sorties d'hospitalisation des personnes âgées fragilisées, nécessitant un accompagnement spécifique pour un retour à domicile sécurisé et en conditions optimales (zone d'intervention : la région). Toutefois, il ne concerne que certaines personnes âgées (pas tous les patients atteints de pathologies lourdes, complexes ou chroniques) et a une approche uniquement sociale (et non médicale) ;
- un dossier de liaison papier pour des personnes dépendantes à domicile : il s'agit d'un outil de communication papier, détenu par le patient et contenant les seules informations utiles et partageables entre les différents acteurs du maintien à domicile. Il a été mis en œuvre à Lons-le-Saunier, pour des critères de faisabilité.

Avant le démarrage effectif du projet, le comité de pilotage mis en place avec les acteurs de terrain, a réalisé une large information de l'ensemble des professionnels de la zone, des partenaires et des institutions. Ce support permet d'assurer un partage de l'information entre les intervenants du domaine sanitaire, médico-social, social et l'entourage de la personne dépendante. Les informations colligées visent toutes à favoriser une meilleure coordination des soins et une amélioration globale de la prise en charge. La principale difficulté de ce type d'outil est de réussir à le faire vivre, chacun devant l'alimenter en fonction de son métier.

2.7. Des initiatives d'aide aux aidants nombreuses sans une coordination globale de leur développement

Deux familles de dispositifs sont identifiées : les formules de soutien et les formules de répit.

2.7.1. Des formules de soutien diversifiées

- La démarche PAPA

Depuis fin 2010, ce programme est porté par le GIE IMPA (Ingénierie Maintien à Domicile des Personnes Agées) en collaboration avec l'ARS de Franche-Comté.

Le programme PAPA de Franche-Comté s'attache à la problématique de l'aide aux aidants. Cet axe de travail, régional, est aussi l'occasion de proposer un espace inter-institutionnel de réflexion et de soutien visant à la détermination d'axes prioritaires afin de contribuer à une véritable "politique" d'aide aux aidants proches. Le groupe de travail "Bientraitance, aide aux aidants – Ingénierie" s'appuie également sur les travaux du PGI Bourgogne Franche-Comté en direction des aidants recensant les actions d'aide aux aidants et menant une réflexion quant à la façon de mieux toucher cette population ("Communiquer, informer le grand public et les aidants potentiels, des dispositifs et programmes existants s'adressant aux aidants proches").

- Les modes de soutien des aidants

Individualisés : suivis à domicile "gestes et postures", "accompagnement aux soins", "suivis nutritionnels", "suivis psychologiques"... n'excluant pas le soutien médical de l'aidant (bilan spécifique, ex. CLIC Espace Seniors Baume les Dames). Le soutien individualisé, s'il s'avère parfois "chronophage" (accompagnement aux soins à domicile), permet aussi, parfois en quelques séances, dans la réalité du domicile et du contexte familial, d'apporter un réel mieux être aux aidants (savoir, savoir-faire, savoir être) et aux aidés. En région, ces suivis individualisés sont portés par des associations d'usagers, des services d'aide à domicile (ex. ASSAD Besançon-Pontarlier soutien aux proches aidants : "accompagnement aux soins", "soutien psychologique", "suivis nutritionnels"...)...Un suivi spécifique autour du deuil peut également être apporté, notamment au travers du "dispositif Veuvage" expérimenté, en région, par la MSA.

Les Réseaux (Réseau gérontologique bisontin, Réseau de Baume-les-Dames, Réseau RAPID'fr, Réseau soins palliatifs ARESPA...), Confédération gérontologique du Territoire-de-Belfort, Coordination du Pays de Montbéliard, associations d'usagers, CLIC... soutiennent, à tous niveaux, les personnes en perte d'autonomie mais aussi leur entourage aidant.

Collectifs : cycles d'échanges et d'information, groupes de parole, échanges thématiques et conviviaux... proposés par des associations d'usagers, des institutions, et/ou dans le cadre d'initiatives expérimentales : formules de type "Café des aidants", "Rendez-vous des Aidants", "Bistrot Aidants", "Cercles des aidants"...).

En région, les groupes de paroles et de soutien sont notamment proposés par des associations d'usagers (France Alzheimer Franche-Comté, Franche-Comté Parkinson...), par la Confédération de Gérontologie du Territoire-de-Belfort, par la CARSAT BFC, par le CODES 70.

Formules dérivées des précédentes, Café des aidants (ASSAD Besançon-Pontarlier...) et Bistrot Aidants/Cercles des aidants (ADMR 25, Pays Vesoul Val de Saône et FASSAD 70...) se développent sur le territoire (notamment sur le Doubs et la Haute-Saône) et réunissent, grâce à leur souplesse de fonctionnement (sans engagement, anonymat, espace de rencontre "dans la vie"...), des aidants de toutes origines (conjoints, enfants...) autour d'un thème spécifique, d'échanges d'expériences, et d'activités ludiques.

Des formations sont aussi proposées principalement aux aidants de malades Alzheimer, organisées par l'Association France Alzheimer Franche-Comté, formations s'appuyant sur leurs ressentis et vécus et qui mériteraient, après adaptation, d'être étendue à tous les aidants. Développer la capacité de l'aidant à repérer les signes de dégradation de son proche pourrait contribuer à éviter les hospitalisations en urgence.

Un site internet dédié aux personnes âgées mais aussi à destination des aidants : depuis, fin mai 2009, le site Internet régional informe et oriente les personnes âgées et leurs proches aidants vers toute offre visant à la préservation de leur autonomie et santé physique et mentale. Il s'est aussi donné pour objectif de les accompagner selon l'évolution de leur dépendance ou de leur maladie, eu vue de gérer au mieux des situations de rupture et des urgences pouvant les fragiliser. (www.personnesagees-fc.com)

Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

- Les plateformes de répit

L'offre de services et prestations pouvant être proposée aux malades et à leurs familles peut être importante mais souvent dispersée. Les "plateformes de répit"(mesure 1b du Plan), déjà expérimentées sur 11 sites en France de septembre 2009 à mai 2010, feront l'objet d'un déploiement national fin 2011, dans le cadre d'un appel à projet porté en région par l'ARS. Elles ont pour objectif de proposer, sur un lieu d'accueil unique, une offre diversifiée de services et prestations aux malades et à leurs familles (groupes de parole et de soutien, rencontres d'information et de formation ; activités de loisirs, culturelles et artistiques ; séjours vacances, ateliers de réhabilitation et de stimulation sensorielle... mais aussi accueils de jour et de nuit ; hébergement temporaire, répit à domicile...). Leur mise en place implique un partenariat diversifié autour des accueils de jour susceptibles de les porter (10 places d'accueil minimum) mais peut-être également d'autres types de structures.

- La consolidation des droits et de la formation des aidants

Dans le cadre du Plan, depuis septembre 2010, soutenue par la Caisse nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA), France Alzheimer Franche-Comté propose une formation, entièrement gratuite, pour les "aidants familiaux" de proches atteints d'une maladie diagnostiquée "Alzheimer" ou d'une maladie apparentée.

Surmonter la difficulté résultant de l'absence de perception d'un besoin de formation chez 70 % des aidants implique cependant de développer une large information, relayée par les professionnels de terrain et les acteurs de la coordination, et une offre de formation structurée. Aussi faciliter l'accès à l'ensemble des aidants familiaux sur le territoire rend nécessaire que d'autres opérateurs, en lien avec France Alzheimer Franche-Comté, puissent également mettre en place des actions d'information-formation conformes au cahier des charges...d'où le lancement d'un appel à candidature national, relayé par l'ARS de Franche-Comté au cours de l'été 2011, et l'initiation d'un travail de concertation avec divers partenaires.

2.7.2. Une offre de répit : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire qui restent à consolider

- Les accueils de jours correspondent à une offre de répit en réponse à l'épuisement ressenti pour les aidants, ont aussi une visée thérapeutique pour les malades (stimulation des capacités restantes et maintien du lien social dans le cadre d'un lieu de vie partagé).
- L'hébergement temporaire a pour vocation de répondre aux situations d'urgence et de crise dûe à la santé de la personne âgée et/ou à une rupture momentanée de soutien de l'environnement familial ne permettant plus à celle-ci de rester à son domicile (hospitalisation du conjoint, indisponibilité du logement,...) permettant un accueil temporaire limité, saisonnier. Il relaie aussi les familles dans leur accompagnement (fatigue, épuisement...).

Le travail engagé par l'ARS dès 2010, pour suivre les instructions de la circulaire du 25 février 2010 qui recommande des capacités minimales de 6 places pour un AJ adossé à un EHPAD et de 10 places pour un AJ autonome, a permis de faire le bilan des structures d'AJ autorisées (avant 2010) pour des capacités inférieures aux capacités recommandées.

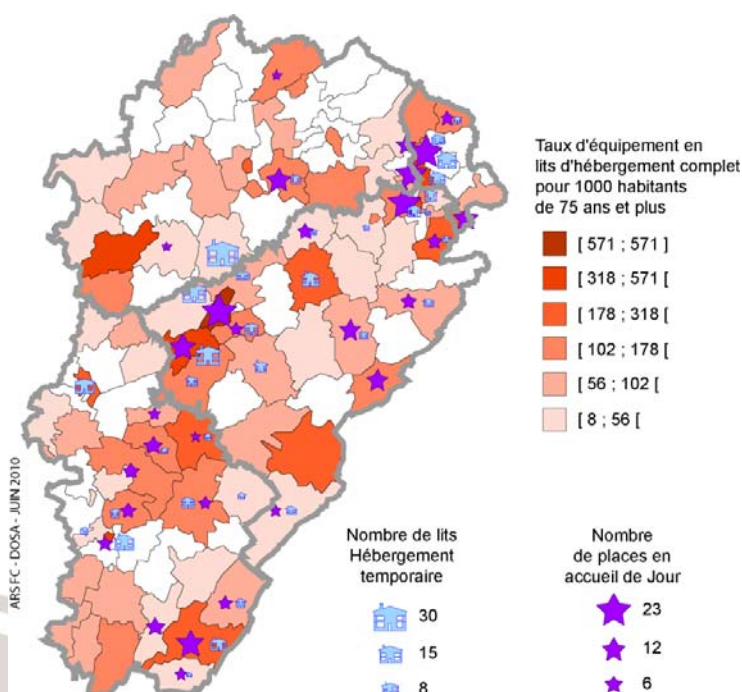
Ainsi, sur 60 sites d'implantation géographique répartis sur la région, on constate que 22 sites n'étaient pas aux normes.

Structures d'accueil pour personnes âgées de plus de 75 ans (Nombre de lits/places et taux d'équipement au 1er mai 2010)

	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire-de-Belfort	Franche-Comté	France métropolitaine
Taux d'équipement	95,8	125,8	116,1	118,8	110,7	132,1
Hébergement temporaire						
Nb de lits	108	66	38	25	237	7979
Taux d'équipement	2,7	2,5	2,5	1,7	2,4	1,6
Accueil de jour						
Nb de places	120	81	16	70	287	6125
Taux d'équipement	2,9	3,0	0,7	6,3	2,9	1,2

*Données au 01.01.2008 ** y compris les USLD
Sources : Fines, ARS FC, DOSA ; Insee.

Au 1^{er} mai 2010, la région dispose de 287 places en accueil de jour, 237 lits d'hébergement temporaire.



Spécificité de la prise en charge ALZHEIMER

La majorité des places l'Accueil de jour (AJ) pour les personnes âgées de Franche-Comté, soit 73 %, sont des places offertes aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. On note, au 1^{er} mai 2010, 287 places d'accueil de jour en Franche-Comté, dont 204 dédiées à l'accueil de malades Alzheimer et apparentés, et se répartissant très différemment selon le département : 89 dans le Doubs, 38 dans le Jura, 12 en Haute-Saône et 65 dans le Territoire-de-Belfort.

L'accueil temporaire s'adresse en priorité aux personnes dépendantes (61 %), mais depuis le lancement du plan Alzheimer, de nombreux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont transformé leurs places de personnes âgées strictement dépendantes en places identifiées Alzheimer.

L'analyse de l'offre menée a relevé la nécessité de prévoir une offre d'accueil de jour et temporaire renforcée, avec le souci de la rendre plus efficiente. Ces prises en charge permettent de retarder l'entrée en établissement, souvent traumatisante pour la personne âgée.

La répartition des places hébergement temporaire et d'accueil de jour n'est pas homogène.

Sont inscrites et financées dans l'actualisation 2011 du PRIAC (PRIAC avant loi HPST) :

- 114 places d'accueil de jour autonome ou en EHPAD (créations et mises aux normes) dont 20 places faisant l'objet d'appel à projets,
- 7 places d'hébergement temporaire en EHPAD.

S'il existe une grande variabilité entre les structures existantes en termes d'activités proposées, donc de l'offre d'accompagnement et de leur caractère thérapeutique plus ou moins développé, les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement (décret du 17 mars 2004) fixent à 6 la capacité minimale d'accueils de jour adossé à un établissement existant et à 10 places celle des accueils de jour autonomes afin d'éviter le saupoudrage et surtout d'assurer une organisation viable de l'accueil de jour qui doit être étayé par un projet d'établissement ou de service.

Or, en Franche-Comté, à l'instar d'autres régions, cette offre apparaît parfois peu lisible (manque de clarté quant à son apport dans l'accompagnement de la personne dépendante et dans l'aide à la réalisation des actions de la vie quotidienne, méconnaissance de ces dispositifs par les médecins traitants et services pouvant orienter les familles...), et souffre d'une mauvaise image.

La proximité, l'organisation et la prise en charge du transport et le coût à charge de l'aidant peuvent aussi en limiter la fréquentation. Ainsi, en région, est-il observé une bonne fréquentation de certains accueils de jour et une déshérence d'autres, problématique qui doit être travaillée en lien avec la mise aux normes de certains accueils de jour existants (capacité, sites éclatés géographiquement). Pour se développer, ils doivent reposer sur un véritable projet d'accompagnement porté par une équipe dédiée et proposer une diversité d'activités thérapeutiques, être structurés dans un espace adapté, moins institutionnels et connotés "maladie", et s'inscrire dans un dispositif plus global d'accompagnement et de soutien du binôme aidant/aidé (plateformes de répit).

L'accueil de nuit, dans les établissements, serait à développer, notamment en le couplant avec un accueil de jour (articulation des horaires des deux types d'accueil) pour un répit plus conséquent de l'aidant. Cela répondrait à la demande croissante des usagers et pourrait permettre le passage en douceur vers l'institutionnalisation (les personnes connaissent les lieux, le personnel...), pour une transition progressive tant pour les malades que pour les familles, ce que proposent les lieux d'hébergement temporaire.

3. Objectifs

3.1. Initier des dispositifs de suivis coordonnés par les soins de premier recours

L'encouragement de dispositifs qui ont pour ambition de réduire les difficultés du suivi est souhaité. Il s'agit d'éviter les situations de crise, en organisant un suivi coordonné qui engendre une certaine régularité. Le souci de construire des prises en charge évolutives dans une logique d'anticipation est omniprésent.

Leviers d'action :

- Soutenir les initiatives de permanence soins de ville seniors et les accueils prévention-santé seniors dans les maisons de santé.
- Mettre en place des plateformes locales de coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux autour de la personne âgée.

3.2. Garantir la continuité de la prise en charge soins

Levier d'action :

- Optimiser l'organisation territoriale des SSIAD accessible 7/7, en tenant compte de l'activité libérale, notamment en ayant une vigilance particulière pour les zones rurales et isolées.

- Veiller au lien SSIAD/SAAD dans une logique de coordination efficace et suffisante en étant attentif à la qualité de l'intervention quel que soit le mode de maintien à domicile.

3.3. Former les professionnels du soin à domicile à repérer les signes précurseurs de la dépendance et des situations à risque

Leviers d'actions :

- Soutenir des actions de formation à l'éducation pour la santé.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention de la dénutrition et des chutes.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention du suicide.
- Mettre en place des formations de prise en charge de la grande dépendance.

3.4. Promouvoir la santé au travail

Levier d'action :

- Mettre en place et/ou soutenir des programmes de prévention des risques professionnels (actions/informations postures et matériels adaptés)..

3.5. Développer les démarches qualité à domicile

A domicile, les intervenants extérieurs, plus particulièrement les professionnels du SSIAD, peuvent être des témoins privilégiés de ces maltraitances et contribuer à leur repérage et signalement.

Leviers d'actions :

- Mettre en place des lieux de parole, de réflexion, de collaboration, pour permettre aux professionnels du soin à domicile de faire évoluer leurs modalités d'intervention.
- Veiller à la mise en œuvre de formation des professionnels du soin à domicile au repérage des signes de maltraitance.

3.6. Poursuivre l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées

La généralisation de ces types de dispositifs est attendue.

Il s'agit d'articuler et de coordonner les différents acteurs (établissements de santé, professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux) dans une approche globale autour des besoins de santé de la personne afin :

- de faciliter les sorties anticipées et ainsi réduire les durées de séjour, éviter le "syndrome du glissement" et les maladies nosocomiales, et augmenter la rotation des lits pour améliorer les conditions d'accueil,
- d'éviter des ré-hospitalisations en améliorant les conditions de retour à domicile.

Leviers d'action :

- Rechercher une prise en charge graduée, associant professionnels de santé (hospitaliers et libéraux), services de soins infirmiers à domicile, service d'aide à domicile.
- Veiller à un développement des dispositifs de sortie d'hospitalisation de la personne âgée.
 - Travailler à la définition d'une offre spécifique "sortie d'hospitalisation" adaptée aux besoins de la personne âgée, notamment en répondant aux besoins des GIR 1 à 4.
 - Mettre en œuvre des expérimentations en s'appuyant sur l'expertise acquise dans le dispositif GIE IMPA.

3.7. Mettre en cohérence les dispositifs d'aide aux aidants existants et renforcer leur visibilité selon les besoins des usagers

Leviers d'actions :

- Concrétiser une information claire et accessible pour les personnes dépendantes et leurs aidants. L'accessibilité à l'information s'inscrit dans la stratégie d'optimisation de l'utilisation de l'offre disponible.
Les institutions, réseaux et associations proposent quant à elles des services d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation (CLIC...) pour apporter des réponses en terme de soutien et d'aide adaptés aux besoins propres des personnes âgées et de leurs proches et les accompagner dans leur parcours de vie et de santé.
Il pourrait s'avérer nécessaire, face à cette diversité de prestations et services, de proposer des outils régionaux favorisant le parcours aidants (et proches aidés) : "Aidants personne dépendante", "Aidants malades Alzheimer"...et surtout contribuer à une meilleure coordination de cette offre.
Parallèlement à ces outils, la connaissance des disponibilités en temps réel des places vacantes d'AJ et HT présenterait une réelle plus-value pour les aidants.

3.8. Construire les coordinations et les programmations nécessaires au développement et à la diversification des formules de répit pour les aidants

Leviers d'actions :

- Contribuer à l'adaptation des dispositifs de formation des aidants familiaux
- Développer les capacités d'accueil de jour en EHPAD et en structures autonomes.
Tous les projets de créations d'EHPAD prévoient la création de places d'accueil temporaire (AJ et HT) au titre de la diversification de l'offre institutionnelle. Le développement de ces types d'accueil concourt également à favoriser le maintien à domicile de la personne âgée en offrant une solution de répit aux aidants naturels.
- Optimiser les recours à l'accueil de jour en poursuivant la mise aux normes des structures (selon les recommandations de la circulaire du 25 février 2010).
Parallèlement à la mise aux normes, pour l'optimisation de la fréquentation des accueils de jour, un travail spécifique est à mener (projet d'accueil, qualité et pertinence des activités proposées, situation des sites éclatés, organisation des transports...).
- Accompagner le développement et la diversification des formules de répit
Afin de concrétiser cet objectif il serait souhaitable de pouvoir formaliser en articulation avec les Conseils Généraux, un plan stratégique de développement et de diversification des formules de répit.
- Développer les formules d'accueil de nuit
- Mettre en place des plateformes de répit
Un cahier des charges national précise les modalités d'organisation et de mise en place de plateformes de répit à destination des aidants de personnes malades d'Alzheimer et maladies apparentées mais aussi de toutes personnes âgées dépendantes
- Soutenir la formalisation de coopération pour la prise en charge de cas difficiles
Cette formalisation s'inscrit dans le cadre de la fluidité du parcours de l'aidant, afin de prévenir les ruptures de prise en charge de la personne aidée lors de moment clefs ou en situation à risque.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programmes

- Le plan Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA) décliné en région.
- Le PRIAC.

4.2. Schémas

- Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale.

5. Transversalité

5.1 Transversalité interinstitutionnelle

ARS, Conseils Généraux/caisses de retraite des différents régimes.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Nombre de dispositifs spécifiques séniors au niveau ambulatoire.
- Analyse plan de formation des SSIAD.
- Nombre de bénéficiaires des démarches sorties d'hospitalisation.
- Dispositifs d'information d'aide aux aidants.
- Démarches inventaire places disponibles AJ HT (outil d'identification des places disponibles en temps réel.)
- Nombre de dispositifs de formation pour les aidants/ Nombre de personnes formées.
- Mise en œuvre d'une coordination régionale des dispositifs d'aide aux aidants.
- Formalisation axes stratégiques partenariales de développement et de diversification des formules de répit.
- Nombre de formules innovantes concrétisées.

Prise en charge des personnes âgées en EHPAD



Fiche SROMS

Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, médico-social et social).
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées.
SROS	Biologie, HAD, IRC, Médecine, Soins Palliatifs, SSR, Santé mentale

1. Contexte

1.1. Les coordinations avec l'hôpital

- La Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale, fixe les modalités pour le développement de coopérations au sein des établissements sociaux mais aussi avec des établissements de santé, par des conventions.
- La circulaire DHOS/02/DGSSD5D/2002/157 du 18 mars 2002 complétée par la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise le rôle de l'hôpital dans la prise en charge des personnes âgées qui s'articule autour de 3 axes : le renforcement de l'accès aux soins de proximité, le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission directe sans passage par les urgences, l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée.

Il s'agit de construire une filière de soins offrant un panel de ressources adaptées aux besoins de la personne âgée

L'exigence est la mise en œuvre d'une prise en charge graduée et globale de la personne âgée sur la base d'une coordination renforcée entre les établissements hospitaliers et médico-sociaux.

1.2. L'hospitalisation à domicile (HAD) et les soins palliatifs en EHPAD

Selon l'Organisation mondiale de la santé en 2002, "les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles face aux conséquences des maladies mortelles, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés".

L'arrêté du 24 mars 2009 fixe les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Une instruction DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD, précise le rôle des Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) dans le développement de la démarche palliative en EHPAD.

Il s'agit de faire en sorte que l'HAD vienne compléter sans se substituer à la prise en charge de l'EHPAD. Le recours à l'HAD évite une hospitalisation ou peut permettre un retour plus rapide de l'hôpital ou des soins de suite.

Elle permet d'assurer la continuité des soins que certains EHPAD ne peuvent pas assurer.

1.3. Le plan Alzheimer et maladie apparentées (2008-2012)

Mesures 11, 12, 13 : Création de consultations mémoire (CM) et Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) en zone non pourvues, renforcement consultations mémoire à forte activité.

Mesure 17 : Création d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour malades atteints d'Alzheimer.

2. Diagnostic

2.1. L'absence de coordination régionale des filières gériatriques

La Franche-Comté fait partie des 10 régions où il n'existe pas de filières gériatriques clairement identifiées et coordonnées au niveau régional.

Toutefois, les éléments constitutifs de ces filières existent en Franche-Comté :

- service de court séjour gériatrique, support de la filière ;
- unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour ;
- équipe mobile de gériatrie ;
- soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance à temps complet ou en hôpital de jour ;
- soins de longue durée.

Des services de court séjour gériatrique sont identifiés au CHU, au CHBM site de Belfort et des services de médecine polyvalente à orientation gériatrique sont identifiés au CH de Lons-le-Saunier et au CHI de Haute-Saône (site de Vesoul).

Du fait du faible nombre de médecins gériatres dans la région, il est convenu de retenir également les services de médecine polyvalente sans orientation spécifique, comme services destinés principalement à prendre en charge des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les établissements de santé concernés sont les CH de Pontarlier, Dole, Saint-Claude, Champagnole et Gray.

Les autres établissements ayant des services de médecine (CH de Morez et ex hôpitaux locaux) font partie de ces filières sans en être le support.

Des équipes mobiles de gériatrie existent au CHU et dans les CH de Pontarlier, Lons-le-Saunier, CHI de Haute-Saône et CH de Gray.

2.2. Les coordinations EHPAD / secteur sanitaire ne sont pas toujours effectives

Majoritairement les EHPAD ont une convention avec un établissement hospitalier. Il s'agit d'une convention cadre qui mériterait d'être déclinée plus finement, particulièrement sur le volet gériatrique.

Toutefois, on constate que ce conventionnement n'est pas forcément facilitateur dans les échanges entre le milieu sanitaire et médico-social. La majorité des EHPAD constate plusieurs aléas : le passage par les urgences qui peut être générateur de perturbations (même si l'hospitalisation est programmée) et des retours en établissement non planifiés, qui peuvent intervenir lorsque l'IDE (infirmière diplômée d'Etat) est absent y compris la nuit.

Inversement, un transfert par l'EHPAD de la personne âgée à l'hôpital, particulièrement en début de week-end, pas toujours justifié, est regretté par le secteur sanitaire.

Au-delà, en matière de transmission des informations des marges de progrès existent :

- Les comptes-rendus hospitaliers arrivent souvent trop tard (8/10 jours après l'examen), ils s'avèrent pourtant nécessaires pour avoir des informations sur les résultats et traitements préconisés. (d'où appels téléphoniques de la structure).
- La fiche de liaison : elle existe à l'arrivée de la personne âgée mais peut manquer à la sortie.

Le meilleur "chaînage" des dispositifs est manifestement à rechercher. La question de la prise en charge des troubles à caractère psychiatrique est récurrente avec l'attente d'une redynamisation des équipes mobiles de psychiatrie.

Globalement, on évoque une méconnaissance des ressources de chacun qui va souvent de pair avec une certaine défiance, la nécessité de construire des modules de formation permettant aux professionnels des EHPAD de connaître les spécificités des prises en charge du sanitaire et réciproquement.

2.3. L'HAD/les soins palliatifs dans les EHPAD sont peu développés

Les familles demandent à ce que les personnes âgées restent le plus longtemps possible en EHPAD d'où un besoin d'équipes de soins palliatifs en EHPAD.

L'intervention de l'HAD dans les EHPAD est peu connue et donc peu développée, sachant que la réglementation pour une telle intervention est restrictive.

Entre autre, très peu de conventions "soins palliatifs EHPAD/Hôpital" sont signées. Un premier bilan du groupe SROS fait état de 36 conventions (soit 15% des EHPAD).

Suite à la parution de l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'ARS souhaite amplifier cette pratique la multiplication des conventions. Il est apparu nécessaire au préalable de réaliser une évaluation de l'existant. A cet effet, le réseau de soins palliatifs et le REQUA ont engagé un travail sur les EHPAD début 2011.

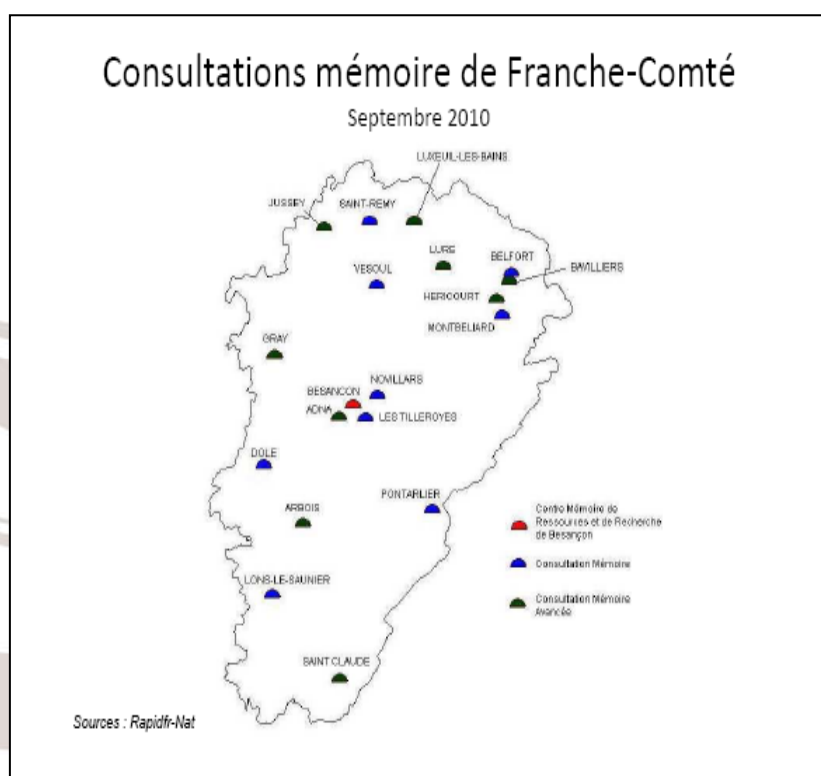
2.4. Spécificité ALZHEIMER : renforcement des prises en charge

Les Consultations mémoire (CM) permettent aux patients de bénéficier, après bilan et diagnostic précis, d'une prise en charge adaptée de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées. Bénéficiant d'équipes médicales pluridisciplinaires, les CM de proximité, en milieu hospitalier notamment, sont ouvertes, sur prescription médicale, à toutes personnes présentant troubles de la mémoire et/ou troubles cognitifs. Elles établissent avec le médecin généraliste, un partenariat à long terme afin de proposer un traitement et d'assurer un suivi optimal du patient à chaque stade de la maladie (pouvant inclure un programme de rééducation).

Pour soutenir psychologiquement et informer patients et entourage, elles peuvent proposer des groupes de paroles, et les guider (demandes d'aides sociales et de prise en charge).

Le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR), le CHU de Besançon, reçoit les patients dont les troubles nécessitent une expertise plus approfondie (diagnostic complexe, forme plus précoce). Il mène une activité de recherche clinique et de formation, anime le dispositif régional en lien avec les CM.

Le territoire régional est relativement bien couvert – à l'exception du secteur Maiche/Morteau –, avec l'existence de 19 Consultations Mémoire (dont 1 CMRR 9 Consultations Mémoire avancées de proximité).



En Franche-Comté, ces consultations nécessiteraient, pour la plupart d'entre elles, un renforcement en personnel (temps de secrétaire, de neuropsychologue ou orientation psychosociale...) pour une meilleure prise en charge des consultants et pour assurer le recueil de données épidémiologiques liées aux consultations et constituant la BNA (Banque Nationale Alzheimer) par le biais de l'outil Rapid (développé par l'association ADNA).

Développement des Unités cognitivo-comportementales (UCC) : ces unités de réhabilitation cognitivo-comportementale, répondant aux situations de crise (faciliter l'accès à la filière hospitalière et prévenir le passage aux urgences), identifiées en services de SSR, de 10 à 12 lits, s'adressent à des patients atteints de Maladie Alzheimer ou apparentées présentant certaines caractéristiques : mobilité, agressivité, troubles du comportement productifs (hallucinations, agitation, troubles moteurs et du sommeil graves...). Un programme d'activité structuré adapté leur est proposé en vue de réduire leurs troubles, de diminuer l'utilisation de psychotropes sédatifs et la contention. Il doit permettre de stabiliser ou diminuer les troubles du comportement, de mettre en place des stratégies compensatoires du déficit cérébral, d'assurer des soins préventifs d'une situation de crise, de maintenir/améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

En Franche-Comté l'objectif de mise en place de deux (UCC) en SSR est atteint avec l'ouverture d'une unité au CHG de Dole et l'identification, courant 2011, d'une seconde unité au Centre de Soins et de Réadaptation des Tilleroyes à Besançon.

3. Objectifs

En articulation avec les objectifs du SROS, les objectifs suivants sont identifiés pour le secteur médico-social.

3.1. Faire entrer les EHPAD dans une logique de filière gériatrique qui reste à structurer

Leviers d'actions :

- Structurer la gériatrie au niveau régional pour assurer une bonne articulation des filières gériatriques avec les EHPAD.
- Identifier un coordonnateur régional au sein du CHU et des référents dans chaque structure concernée.
- Organiser l'accès direct des personnes âgées dans les services de médecine polyvalente sans passage par le service des urgences, notamment par le biais de convention avec les EHPAD.
- Elaborer des recommandations régionales de prise en charge des personnes âgées sur lesquelles les médecins traitants pourront s'appuyer (par exemple, sur la polymédication).
- Individualiser des services de médecine polyvalente dans tous les établissements publics de santé (avec orientations dans les établissements de niveau "infrarégional") afin de prendre en charge les patients âgés.
- Favoriser les coopérations entre établissements de santé de proximité et établissements de recours infrarégional (interventions des équipes mobiles, conventions de partenariat...).
- Développer les coopérations avec les professionnels de santé ambulatoires de proximité.
- Favoriser une délocalisation des consultations mémoire au sein des EHPAD.
- Développer les unités d'hospitalisation de jour médicales et transversales hors cancérologie pouvant également assurer une activité de consultation externe.

3.2. Optimiser les coopérations existantes EHPAD /secteur sanitaire

Leviers d'actions :

- Mettre en place un suivi de l'effectivité des conventions de coordination EHPAD/HOPITAL.
- Articulations avec les SSR : Soutenir la mise en place du dossier partagé avec les EHPAD.
- Inciter à l'organisation de formation favorisant une interconnaissance des acteurs.
- Redynamiser les interventions d'équipes mobiles de psychiatrie.
- Soutenir la mise en place de formation et d'actions de sensibilisation aux troubles psychiatriques dans les EHPAD.

3.3. Développer le partenariat entre l'HAD et les EHPAD

Levier d'action :

- Organiser une information des directeurs d'EHPAD, avec présentation des missions de l'HAD, de ses modalités de saisine, de ses modes d'intervention et des conditions nécessaires.
 - Communication avec les personnes ressources des EHPAD (Direction (administratif et soins), médecin coordonnateur, médecins traitants)
 - Développement des liens sur des thématiques précises : accompagnement fin de vie, soins palliatifs, soins de suite et de réadaptation, prise en charge de la douleur.
 - Intégrer dans les CPOM la collaboration HAD / EHPAD et procéder à son évaluation.

3.4. Développer les soins palliatifs en EHPAD

Leviers d'actions :

- Initier une coordination de référence EMSP/EHPAD
- Traduire cette coordination de référence dans une procédure type
- Transcrire cette procédure type dans un cadre conventionnel.

4. Programmes/Schémas

4.1. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

ARS Conseils Généraux/Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Nombre de coopération EHPAD/secteur sanitaire.
- Pourcentage EHPAD interventions soins palliatifs.
- Nombre de salariés formés par les équipes mobiles de soins palliatifs
- Pourcentage EHPAD interventions HAD.

Fiche SROMS

Conforter la démarche qualité en EHPAD

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 1 Objectif 1.5	Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, médico-social, social)
Priorité 4 Objectif 4.3	Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées.
SROS	Ambulatoire.

1. Contexte

Le plan solidarité grand âge 2007-2012 se donne comme ambition de permettre aux personnes âgées les plus vulnérables de mieux vivre en établissement en renforçant la lutte contre la maltraitance, en généralisant une politique ambitieuse de qualité et une culture d'évaluation.

1.1. La lutte contre la maltraitance

La circulaire de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services médico-sociaux de la compétence de l'Agence régionale de santé (ARS), rappelle que la politique nationale comprend trois axes principaux :

- améliorer la détection, le signalement et le traitement des situations de maltraitance,
- renforcer l'efficacité, la fréquence des contrôles et l'accompagnement des établissements et services sociaux médico-sociaux,
- mettre en place une politique de développement de la bientraitance.

Le pilotage régional de cette action relève de l'ARS, en concertation avec les services des Conseils généraux.

1.2. La promotion de la bientraitance

Afin de garantir une prise en charge de qualité le développement de la bientraitance est complémentaire de la prévention de la maltraitance.

Deux dispositifs contribuent à la réalisation de cet objectif. :

- **La modernisation des établissements pour personnes âgées**

La qualité des normes architecturales contribue à l'amélioration de la prise en charge de la dépendance. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) participe au financement des travaux d'investissement immobilier dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. A ce titre l'ARS se voit notifier une enveloppe qui permet de participer à la modernisation des locaux et à des opérations de mises aux normes techniques et de sécurité.

- **L'évaluation dans le secteur médico-social**

La loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale pose le principe d'une évaluation continue des activités et services sociaux et médico-sociaux, de la qualité des prestations délivrées. Les ESMS (les établissements et services médico-sociaux) sont donc invités à s'engager dans cette démarche à travers une évaluation interne devant avoir lieu tous les 5 ans et une évaluation externe dont la 1ère devrait avoir lieu au cours des 7 années qui suivent la délivrance de l'autorisation ou son renouvellement, la seconde deux ans avant son renouvellement.

Par ailleurs, deux outils sont destinés à accompagner les établissements dans leur démarche qualité :

- **Le programme Mobiqua** (Mobilisation pour la qualité des soins)

Pour répondre à cet enjeu, la Direction générale de la santé (DGS) a initié et confié à la Société française de gériatrie et gérontologie, en lien avec l'ensemble des sociétés savantes concernées, la création puis la diffusion d'outils de sensibilisation et de formation sur les quatre thématiques suivantes : la douleur; les soins palliatifs; la "bientraitance"; la dépression.

L'ensemble de la mise en œuvre du programme de diffusion (MOBIQUAL) est structuré et exécuté par une équipe projet nationale pilotée par la Société française de gériatrie et gérontologie et appuyé par les fédérations et gestionnaires d'associations, d'établissements et de services. Elle facilite, accompagne et suit les travaux conduits dans chaque région. Elle met à disposition de chaque acteur souhaitant entrer dans cette démarche de santé publique et s'engageant à respecter un cahier des charges, les éléments de méthode et outils permettant d'améliorer les pratiques professionnelles, au bénéfice du mieux-être des personnes hébergées.

- **La Télésanté**

Il s'agit d'une application émergente des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) appliquées à la santé.

Elle permettra d'améliorer le suivi et la continuité de la prise en charge globale des personnes, âgées notamment grâce à la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

2. Diagnostic

2.1. La lutte contre la maltraitance est une priorité

Elle s'articule autour deux dispositifs initiés par l'ARS :

- **Un dispositif de gestion centralisée des plaintes**

L'ARS est destinataire des plaintes, réclamations et doléances de diverses natures émises par les particuliers ou les professionnels dans tous les champs de sa compétence, en particulier dans le champ des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées.

La gestion centralisée des plaintes au niveau du siège de l'ARS a été mis en place fin 2010, qui doit permettre, au-delà du traitement de chaque plainte, d'obtenir, par consolidation des données, une vision à la fois quantitative et qualitative des situations signalées et de leur traitement.

La gestion des plaintes constituera donc au fur et à mesure de son utilisation, un levier d'action particulièrement utile pour adapter les dispositifs d'intervention, orienter les outils de prévention, élaborer des programmes de contrôle des établissements et structures et élaborer des plans de formation des personnels travaillant en institution.

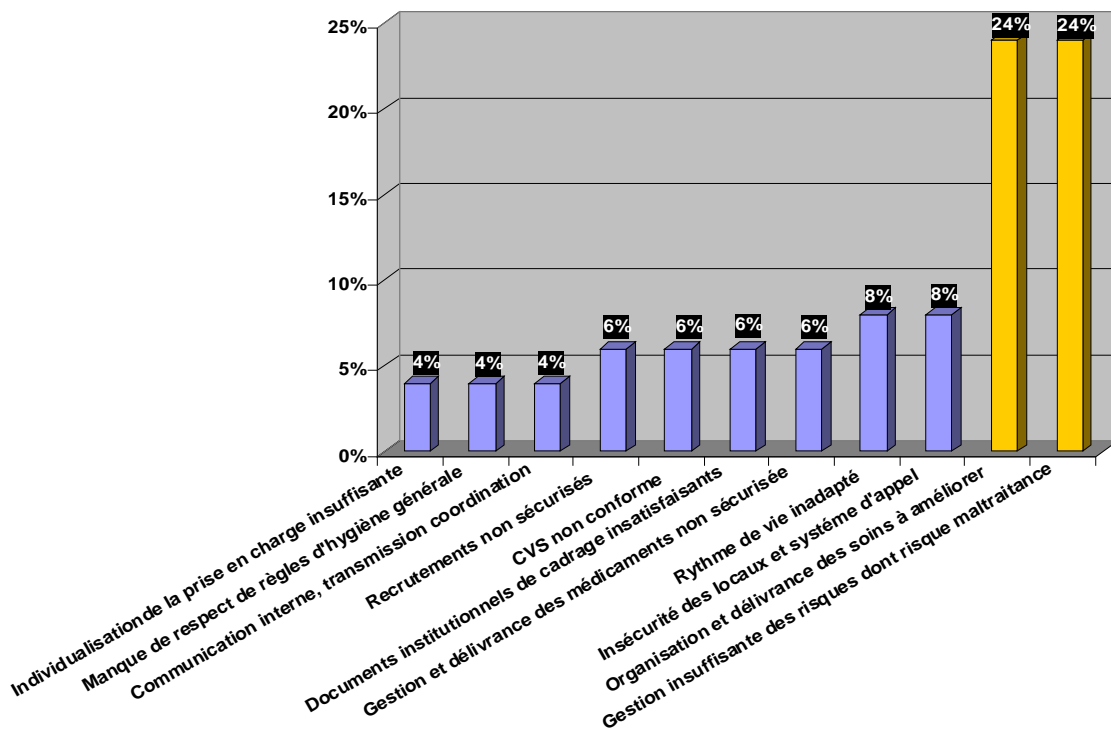
- **Un programme de prévention de la maltraitance en EHPAD soutenu**

L'ARS inscrit son programme de prévention de la maltraitance dans la continuité des priorités ministérielles traduites par 2 plans nationaux consécutifs : le programme pluriannuel 2002-2006 de prévention et de repérage des risques en institutions et le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance couvrant la période 2007-2011.

La réalisation de ces programmes a d'abord contribué à augmenter le nombre de contrôles réalisés, notamment dans les établissements accueillant des personnes âgées.

En effet, au-delà des constats effectués individuellement établissement par établissement, la mise en œuvre des précédents programmes nationaux de contrôle a permis de mieux identifier les zones et facteurs de risques dans les établissements recevant des personnes âgées en Franche-Comté. Il ressort clairement que la prévention de la maltraitance dans ce type d'établissement constituait en Franche-Comté un véritable enjeu de politique publique.

La cartographie des risques ainsi établie permet aujourd'hui à l'ARS de disposer d'un diagnostic des risques et des pistes améliorations à apporter au fonctionnement des EHPAD avec une politique d'intervention adaptée.



C'est sur la base de ces éléments qu'ont été conçus les outils d'inspection, notamment la grille de contrôle.

Celle-ci reprend les facteurs de risques potentiels et s'oriente autour de 3 axes majeurs d'amélioration que sont :

- 1^{er} axe : améliorer la gestion du risque en EHPAD
- 2^{ème} axe : personnaliser/individualiser la prise en charge des résidents
- 3^{ème} axe : améliorer la prise en soins

L'ARS a arrêté un programme ambitieux de contrôle des EHPAD puisque, à échéance de 2014, l'ensemble des établissements aura été inspecté.

Les 30 EHPAD pour 2011 sont équitablement répartis entre les 4 départements de Franche-Comté. Les EHPAD relevant d'une double compétence (ARS et conseils généraux), ces derniers sont associés aux inspections et la majorité d'entre eux, contribue activement à la mise en œuvre du programme.

Les premiers EHPAD qui sont contrôlés en Franche-Comté au titre de 2011 ont été prioritairement retenus en fonction de critères et d'éléments objectifs permettant de cibler les établissements pouvant présenter des risques potentiels.

Les critères retenus sont, à titre indicatif, le PMP (pathos moyen pondéré), le GMP (Gir moyen pondéré), la charge de dépendance (définie par le GMP rapporté au ratio aide-soignante et aide médico-psychologique), les ratios de personnels soignants...

La mise en œuvre de ce programme se veut une démarche préventive qui permet d'échanger avec les directions et les professionnels des établissements en dehors d'une situation de crise.

A l'issue du contrôle, le retour d'expérience est largement favorisé puisque très souvent, les équipes d'inspection retournent dans la structure pour évoquer, avec les personnels, les éléments contribuant à une démarche et une posture professionnelle bientraitance, mais également les axes d'amélioration à privilégier.

2.2. Une volonté de l'ARS d'accompagner les EHPAD dans les démarches qualité

2.2.1. La modernisation des EHPAD en Franche-Comté

Conformément aux orientations nationales dégagées notamment du plan solidarité grand âge, et dans les lois de financement de la sécurité sociale la CNSA dans le cadre de son Contrat d'objectifs et de moyens avec l'Etat a, depuis 2006, dégagé des dotations spécifiques affectées à la modernisation et à l'adaptation de l'offre d'établissements et services en direction des personnes âgées.

La politique d'aide à l'investissement répond à plusieurs enjeux :

- la transformation, le développement et la modernisation du secteur pour une meilleure adéquation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie
- la mise en œuvre des objectifs qualitatifs et quantitatifs des plans nationaux
- la création d'un effet levier financier permettant la maîtrise du reste à charge pour les personnes âgées.

Les services de l'Etat, l'ARS et les collectivités territoriales ont été partie prenante dans cette nouvelle démarche d'humanisation ou de modernisation des structures qui depuis les années 70/80 avait peu évolué.

Entre 2006 et 2010, l'Etat a contribué à la rénovation, restructuration, mise aux normes de 2 106 lits. Ces aides financières permettent réellement aux structures de pouvoir engager des travaux importants en limitant l'impact des frais financiers sur le prix de journée hébergement et donc sur le reste à charge des résidents.

2.2.2. La démarche REQUA

Le code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 procèdent à des évaluations de leur activité et de la qualité de leurs prestations (évaluations internes) au regard notamment des recommandations de bonnes pratiques. En outre, le renouvellement, total ou partiel, de leur autorisation (qui est accordée, pour la plupart des ESMS, pour une durée de quinze ans) est subordonné aux résultats d'une évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations par un organisme extérieur (évaluation externe).

Evaluations internes et externes sont des leviers importants pour améliorer la qualité. Il s'agit toutefois d'une démarche lourde, qui nécessite une rigueur et la mobilisation de nombreux acteurs au sein des établissements. Il est donc important que cette démarche soit la plus structurée possible.

C'est pourquoi l'ARS a mis en place en 2011 un accompagnement expérimental de 20 EHPAD.

2.2.3. Les actions de prévention en EHPAD à renforcer

L'ensemble des EHPAD développe des actions de prévention. L'élaboration d'un plan prévention implique le médecin coordonnateur qui doit associer l'ensemble de l'équipe soignante, à savoir : les médecins traitants, les infirmières et les aides-soignantes.

La formation du personnel non-soignant est également fondamentale notamment dans la prévention de la dénutrition, accompagnement à la marche pour la prévention des chutes. Deux axes de vigilance sont à développer : la question des soins bucco-dentaires qui constituent un véritable point faible de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD et la prévention des déficiences auditives et visuelles.

2.2.4. L'outil MOBIQUAL (Mobilisation pour la qualité des soins) insuffisamment utilisé

La démarche et les outils MOBIQUAL ont été diffusés, depuis 2007, en région lors de réunions d'information et de formation. Une mise à disposition des outils à titre individuel a été faite, suivant la motivation de la demande et le cadre d'utilisation envisagée par les soignants.

Ce programme s'inscrit, notamment pour les EHPAD, dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites et permet, pour les médecins, la réalisation de l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cet outil semble encore peu connu et peu utilisé. L'appropriation des outils MOBIQUAL, et leur mise en œuvre sur le terrain demandent du temps.

2.2.5. Une stratégie de soutien des axes de développement de la télésanté en EHPAD en Franche-Comté

La télésanté dans les EHPAD est émergente en Franche -Comté. A ce jour, le choix se porté sur un système généraliste qui inclut la spécificité de la prise en charge du sujet âgé, il est développé à ce jour sur la question des AVC (accident vasculaire cérébral).

3. Objectifs

3.1. Consolider la Lutte contre la maltraitance en EHPAD

Leviers d'actions :

- Déployer le dispositif gestion des plaintes en 2011 et consolider les données dans une perspective d'amélioration de la prise en charge en institution.
- Poursuivre l'exécution du programme d'inspection prévention maltraitance en EHPAD en 2012-2013.

Le programme se poursuivra jusqu'en 2014. A l'issue de chaque année, le programme d'inspection sera valorisé et permettra d'identifier les axes d'amélioration à développer au sein des EHPAD. A ce titre, les pistes de progrès ainsi connues pourront être intégrer lors des négociations à mener en vue de renouveler les conventions tripartites. De plus, les délégations territoriales de l'ARS assureront le suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées par les différentes équipes d'inspection.

3.2. Appuyer le développement des démarches qualité en EHPAD

Leviers d'actions :

- Maintenir la participation de l'agence aux démarches de modernisation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

Il est important d'établir un programme d'humanisation du cadre de vie des structures en lien avec les conseils généraux, pour permettre une prise en charge plus digne, plus respectueuse de l'intimité, de la sécurité et des souhaits des résidents. Ces travaux de rénovation permettront également d'améliorer les conditions de travail des personnels qui bénéficieront d'un cadre de travail adapté, propice à une meilleure appréciation des besoins des usagers.

La programmation et la priorisation au niveau régional en lien avec les Conseils généraux des projets de rénovation structurelle des EHPAD permettront aussi de travailler sur la rationalisation de l'offre en EHPAD en envisageant le regroupement de petites structures isolées et/ou la mutualisation de certaines fonctions.

- Déployer la démarche REQUA initiée en 2011.

L'ensemble des établissements médico-sociaux de la région Franche-Comté devront avoir réalisé leurs évaluations internes et externes avant le 31 décembre 2014. Aujourd'hui, si plusieurs établissements ont réalisés des évaluations internes, aucun n'a réalisé d'évaluation externe.

Afin de mutualiser et d'harmoniser les expériences, l'Agence Régionale de Santé envisage de poursuivre son travail en partenariat avec le REQUA, en associant les conseils généraux. L'objectif assigné à la structure sera l'accompagnement d'une centaine d'établissements, ce qui devrait permettre de tenir les délais fixés par la réglementation.

- Soutenir une dynamique de prévention dans les EHPAD :

Pistes d'action :

- Impulser des formations à la grande dépendance.
- Développer des logiques de tutorat.
- Inciter les EHPAD à s'inscrire dans une dynamique d'actions de prévention.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention des déficiences sensorielles.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention de la dénutrition.
- Mettre en place et soutenir des actions de prévention de la santé bucco-dentaire et des soins dentaires.

- Veiller à une prise en compte de la santé au travail

Les actions identifiées au niveau des EHPAD:

- Mettre en place et/ou soutenir des programmes de prévention des risques professionnels (actions/informations postures et matériels adaptés)
- Développer des démarches de prévention des accidents du travail
- Ouvrir la télésanté au niveau des EHPAD

Le développement d'outils de communication peut être particulièrement utile pour le patient âgé. La télésanté en EHPAD doit permettre d'améliorer la prise en charge par un meilleur partage de l'information. Elle peut jouer un rôle dans l'optimisation des coordinations.

La télésanté peut optimiser la prise en charge des urgences médicales pré-hospitalières et leur régulation médicale par le centre 15. La possibilité de transmettre en temps réel des indicateurs vitaux (ECG, tension artérielle, ...) représente une aide supplémentaire au médecin urgentiste dans son acte de régulation, notamment dans l'indication ou non d'un transfert vers l'hôpital.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programmes

- Le Plan de Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA).
- Le Plan régional de gestion du risque (PRGDR).
- Le Programme de développement de la Télémédecine.

4.2. Schémas

- Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

ARS / Conseils généraux / Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)

6. Evaluation/indicateurs de suivi possibles

- Nombre d'opérations de modernisation.
- Pourcentage EPHAD inspection prévention maltraitance.
- Pourcentage EHPAD en démarche qualité.
- Pourcentage EHPAD développant des actions de prévention.
- Pourcentage EHPAD en démarche évaluation.
- Pourcentage EHPAD utilisant un dispositif télésanté.



Fiche SROMS

Consolider l'offre d'accueil en EHPAD

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes âgées.
SROS	

1. Contexte

Le plan solidarité grand âge 2007-2012

Concernant les établissements pour personnes âgées, le plan se donne comme axe d'intervention l'invention de la maison de retraite de demain en permettant aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.

Dans le cadre des travaux dépendance menés début 2011, le rapport du groupe "accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie" (juin 2011) fait le constat que la politique de conventionnement des établissements a permis une amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en établissement en renforçant la médicalisation et le taux d'encadrement. Parallèlement les plans pluriannuels : "Vieillesse et solidarités", "Solidarité-grand âge" et "Alzheimer" ont contribué à un accroissement de l'offre.

Autre constat, le nombre de personnes très dépendantes (GIR1 et 2) augmente en établissement passant de 59% en 2007 à 61,1% en 2010. L'idée que l'hébergement ne soit plus une alternative au maintien à domicile, mais une continuité dans le parcours de vie, quand le niveau de dépendance augmente, est évoquée.

Le plan Alzheimer et maladie apparentées (2008-2012)

L'objectif 5 : améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie en créant des Unités d'hébergement renforcé (UHR), des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), des unités cognitivo-comportementales en Soins de suite et réadaptation (SSR)

2. Diagnostic

2.1. La Franche-Comté compte 175 établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées

En 2006, près de 8200 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient en établissements, soit 8,6 % de la population de cette classe d'âge (moyenne nationale de 9,5 %). Dans les départements francs-comtois, la part de personnes âgées vivant en collectivité varie de 7,9 % dans le Territoire de Belfort à 9,2 % en Haute-Saône et dans le Jura.

Accueil des personnes âgées : Nombre de places installées au 31 juillet 2011

		Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
EHPAD	Nombre d'établissements	136	44	51	30	11
	Nombre de places installées	9 448	3 403	2 673	2 148	1 224
Logement Foyer	Nombre d'établissements	39	11	15	9	4
	Nombre de places installées	1 830	577	773	396	84
Total établissements		175	55	66	39	15
Total places installées		11 278	3 980	3 446	2 544	1 308

Source ARS-FC, Finess

Ces établissements, 136 Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 39 logements foyer, se répartissent dans les quatre départements francs-comtois : respectivement 55 et 66 dans le Doubs et le Jura, 39 en Haute-Saône et 15 dans le Territoire de Belfort.

En Franche-Comté, en 2010, les lits en EHPAD représentent 84% de la capacité globale d'accueil en structures d'hébergement permanent pour personnes âgées.

2.2. Des structures d'hébergement proportionnellement moins nombreuses qu'au niveau national

Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus au 31 juillet 2011

	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Population 75 ans et plus*	100 534	40 731	26 671	21 957	11 175
EHPAD	93,98	83,55	100,2	97,8	109,5
Logement Foyer	18,20	14,17	28,98	14,04	7,52

*Source Statiss Franche-Comté 2010, estimations INSEE au 1er janvier 2008.

Taux d'équipement calculé à partir du nombre de places installées indiquées dans le tableau précédent.

Le taux d'équipement national en EHPAD est de 97,7 pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 94 pour 1000 en Franche-Comté.

Au 1^{er} janvier 2011, il reste sur la région 618 places d'hébergement permanent en EHPAD autorisées et financées à ouvrir sur la région d'ici 2013/2014 compte tenu des délais de réalisation immobilière. Soit 320 places sur le Doubs (dont 220 places doivent être installées en 2012 et 100 places en 2014), soit 266 places sur le Jura (dont 169 places doivent être installées en 2011 et 97 places en 2012), soit 32 places sur le Territoire de Belfort qui doivent être installées en 2012.

Il s'agit de projets de création d'EHPAD sur des secteurs géographiques non couverts par une offre de proximité en institution et de projets d'extension de capacité d'EHPAD existants nécessaires pour répondre à des besoins constatés sur des secteurs déterminés et identifiés. Quelque soit le projet à l'origine des créations de places, il s'agit de satisfaire des besoins identifiés dans les SDOSMS. (Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale)

La plupart de ces projets ont nécessité des travaux de restructuration immobilière dont les délais de réalisation sur plusieurs années induisent un décalage certain entre l'autorisation (engagement de l'opération) et l'ouverture effective des places (installation).

Tous les projets d'EHPAD programmés sur la région ont été inscrits au PRIAC par l'ARS et il n'est pas envisagé de lancer de nouveaux appels à projet. La priorité en EHPAD concerne l'adaptation de l'offre existante à la prise en charge de résidents plus dépendants ou souffrants de troubles du comportement.

Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus à l'horizon 2013-2014

	Doubs	Jura	HS	TB	FC
Projection 2013	102,80	121,12	102,78	121,04	109,47

Certains départements (tels que le Doubs et le Territoire de Belfort) bénéficient de créations de places qui permettent de mieux équilibrer l'offre sur le territoire régional.

Spécificité prise en charge ALZHEIMER : Mesure 16 du Plan : Création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour patients souffrant de troubles comportementaux.

Cette mesure prévoit la mise en place de Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein d'un certain nombre d'EHPAD. Dans un environnement architectural adapté et sécurisant, une équipe de professionnels dédiée (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, ASG...) se consacrera à ces malades, leur proposant, selon la sévérité des troubles comportementaux présentés, des activités et un suivi spécifiques.

Pour cette mesure, le plan Alzheimer 2008/2012 a fixé des objectifs nationaux de labellisation à atteindre d'ici 2012.

Ces objectifs ont été déclinés par région dans diverses instructions ou circulaires.

Ainsi la région Franche-Comté a pour objectif, d'ici 2012 :

- 2 unités UHR en EHPAD (soit un total de 28 places) : une unité est pré positionnée en Haute-Saône.
- 30 PASA (12 à 14 places par pôle soit 420 places) à labelliser avec une répartition par département qui est dite indicative.

3. Objectifs

3.1. Assurer une gestion coordonnée avec les Conseils généraux de l'évolution de l'offre en établissement des personnes âgées dépendantes

Leviers d'actions :

- Poursuivre l'installation des projets d'EHPAD en cours
- Réserver des enveloppes pour des appels à projets.

Au regard des orientations définies dans le cadre des travaux du PSRS, l'ARS a décidé de réserver des crédits pour la création de places d'AJ dans le cadre du nouveau régime d'autorisation des ESMS. Ainsi, l'ARS pourra lancer conjointement avec les Conseils Généraux et selon leurs propres schémas un ou plusieurs appels à projets pour la création de 20 places d'AJ.

3.2. Veiller à la mise en cohérence des prises en charge spécifiques Alzheimer

Levier d'actions :

- Impulser l'articulation des prises en charge spécifiques (PASA/UHR)

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

- Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

4.2. Schémas

- Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

ARS/Conseils généraux

6 Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Taux équipement EHPAD.
- Indicateurs de suivi du plan ALZHEIMER 2008-2012

Personnes handicapées





Préambule

1. Les chiffres clés francs-comtois

203 associations ou organismes gestionnaires publics gèrent 279 établissements pour personnes en situation de handicap.

1.1. Enfants et adolescents handicapés

Un taux d'équipement pour les enfants et les adolescents handicapés supérieur à la moyenne nationale : 11.8 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 8.9 pour 1 000 au niveau national.

54 établissements d'accueil pour enfants et adolescents inadaptés.

42 services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

3518 places offertes pour les enfants et adolescents handicapés réparties comme suit :

- établissements pour enfants polyhandicapés : 183 places
- établissements pour adolescents déficients moteurs (IEM) : 81 places
- instituts médico-éducatifs (IME) : 1 735 places
- instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) : 279 places
- établissements pour déficients sensoriels : 50 places
- service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : 1 084 places
- services auxiliaires de vie (SAVH) : 106 places
- centres d'aide médico-social précoce (CAMSP) : 418 places.

Entre 2 et 3 enfants et adolescents sur 1000 sont allocataires de l'Allocation d'études de l'enfant handicapé au titre de leur handicap.

- 2 347 familles bénéficiaires de l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) dont 1 059 dans le Doubs, 531 dans le Jura, 486 dans la Haute-Saône, 271 dans le Territoire de Belfort,

2 967 professionnels travaillent dans les établissements pour enfants et adolescents inadaptés

1.2. Adultes handicapés

Le taux d'équipement franc-comtois est généralement supérieur à la moyenne nationale.

- 1,08⁵ place pour 1000 adultes handicapés en Maison d'accueil spécialisée (MAS) pour 0,64
- 1,27 pour 1,29 en foyers de vie
- 4,05 pour 3,28 en Etablissement de service d'aide par le travail (ESAT)
- 0,89 pour 0,53 en entreprise adaptée,

Le taux d'équipement régional en foyers d'accueil médicalisés, 0,32 pour 1 000 adultes handicapés, inférieur à la moyenne nationale qui est de 0,51, est à souligner.

Un taux d'équipements régional supérieur à la moyenne nationale pour le travail protégé

Le travail protégé se décline de la manière suivante :

- les établissements de services d'aide par le travail (ESAT) : 2 486 places
- les entreprises adaptées : 547 places
- deux établissements expérimentaux, installés dans le Jura : 40 places

Le taux régional en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et en services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) est deux fois plus élevé que le taux national : 2,16 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans pour 1,05 au niveau national.

- services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS): 1 246 places
- service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) : 76 places

⁵ Données au 01/01/2009 ARS – Enquête ES-FINESS provenant de Statiss Franche-Comté 2010 et panorama de la santé octobre 2010. Les données nationales datent de 2008.

Le nombre de places en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes handicapées est de 0,30 place pour 1000 contre une moyenne nationale de 0,12.

Il existe plusieurs types de prestations pour les adultes en situation de handicap notamment la Prestation de compensation du handicap (PCH) qui remplace progressivement l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) depuis le 1^{er} janvier 2006 et l'Allocation adultes handicapés (AAH).

Bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) au 31 décembre 2008 :

- 1245 bénéficiaires
- 2,03 bénéficiaires pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, taux inférieur au taux national de 2,58

Bénéficiaires de la Prestation de compensation du handicap (PCH) au 31 décembre 2008 :

- 1805 bénéficiaires
- 2,94 bénéficiaires pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans, taux supérieur au taux national de 2,01.

Bénéficiaires de l'Allocation adultes handicapés (AAH) en 2009 :

- 15 309 bénéficiaires
- 24,9 bénéficiaires pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. Ce taux est inférieur au taux national de 25,7/1000.

3195 professionnels travaillent dans les structures pour personnes adultes handicapées

2. Diagnostic synthétique de la prise en charge des personnes handicapées en Franche-Comté

Le diagnostic correspond à une approche nationale des taux d'équipements, dans un contexte de contrainte financière. La volonté ministérielle est de réduire les inégalités territoriales France entière. Ce constat ne doit pas être exclusif d'une analyse plus fine des taux d'équipements constatés sur certaines zones du territoire franc-comtois.

Faiblesses-Contraintes

Sur le secteur des enfants handicapés:

- Un manque de passerelles entre le secteur enfants et adultes.
- Une absence de souplesse dans les modes d'accueil (séquentiel et aménagé).
- Un nombre important de jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants (amendements Creton).
- Un manque d'offre en structures et services d'accompagnement pour la prise en charge des adolescents autistes de plus de 14 ans.
- Une faiblesse d'équipement dans le sud Jura en Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS).
- Des listes d'attente importantes en CMPP, SESSAD et CAMSP.

Sur le secteur des adultes handicapés:

- Une absence de SAMSAH et de GEM sur le secteur de Pontarlier.
- Un taux d'équipement FAM inférieur à la moyenne nationale et départementale.
- Un manque de structure de prise en charge pour les adultes autistes.
- Une absence d'établissement pour handicapés moteurs.
- Une absence d'accompagnement des adultes déficients visuels.
- Une offre d'hébergement aux personnes handicapées vieillissantes à construire.
- Des difficultés de modulation du temps de travail en ESAT.

Atouts-Avantages

Sur le secteur des enfants handicapés

La région est globalement bien dotée en structures pour enfants et adolescents comparativement aux autres régions, pour toute nature de déficiences, tant en ce qui concerne l'offre institutionnelle qu'en service.

- Un important redéploiement de places d'IME en places SESSAD depuis 5 ans.
- Des structures à vocation régionale existent : établissement pour déficients visuels et auditifs, centre de ressources autisme.

Sur le secteur des adultes handicapés:

- La région est globalement bien équipée en établissements pour adultes handicapés par rapport aux autres régions. L'équipement régional compte plus de places de MAS que de FAM et les places SAMSAH tendent à se développer.
- Un redéploiement de places d'IME en places de FAM.
- L'ouverture en 2012 d'une MAS de 40 places pour polyhandicapés.
- La création de places de MAS et FAM pour autistes en 2012 dans le nord du département du Doubs.
- L'existence d'une structure à vocation régionale pour traumatisés crâniens (JEROS) qui comporte une liste d'attente importante.

3. Les modalités de réflexion sur l'écriture du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) volet "personnes handicapées"

Préalablement à la rédaction du SROMS, l'Agence régionale de santé (ARS) a souhaité instaurer une large concertation partenariale. Ainsi un comité SROMS a été constitué regroupant les partenaires institutionnels, les représentants des fédérations et associations gestionnaires du secteur. Il s'est réuni régulièrement sur la période de janvier 2011 à mai 2011.

Le travail de réflexion a été mené en sous-groupes.

Ces travaux ont été réalisés dans une logique "parcours de vie" et à partir des travaux réalisés lors de rédaction du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) sur la thématique : favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge.

Le schéma joint concrétise globalement le parcours "personnes handicapées" en Franche-Comté.

4. Les thématiques retenues pour le SROMS volet personnes handicapées

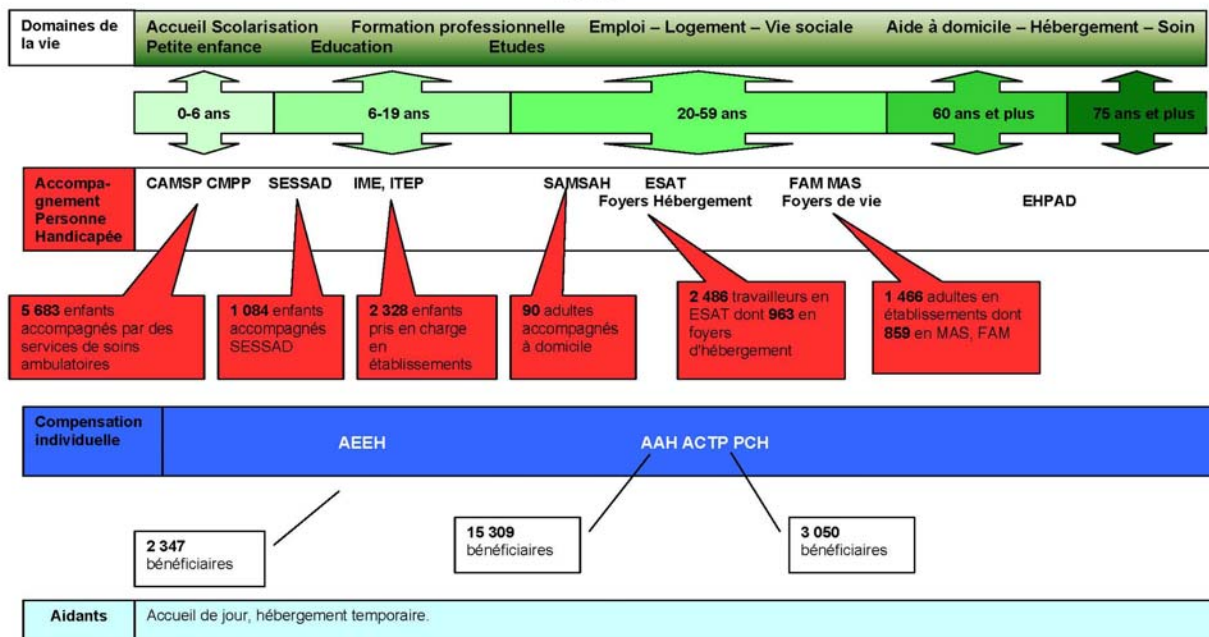
3 enjeux principaux ont été identifiés au cours des travaux :

- favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire,
- adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux à l'évolution des besoins,
- améliorer la continuité des soins et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social.

La structuration retenue pour les priorités à traiter :

- Garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie.
- Consolider les prises en charge spécifiques identifiées comme prioritaires :
 - l'autisme,
 - le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent,
 - les handicaps à prévalence régionale,
 - le vieillissement des personnes handicapées.

Représentation synoptique des services médico-sociaux pour personnes handicapées en Franche-Comté



Sources : Statiss 2010 ; Panorama de la santé en Franche-Comté (octobre 2010)

Garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie

Introduction

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées affirme le principe de l'accès au droit commun de la population en situation de besoin d'aide à l'autonomie, d'une adaptation du droit commun, dans une approche de subsidiarité, dès lors que c'est nécessaire, et du développement de dispositifs spécifiques, quand les besoins de la personne ne sont pas couverts.

"Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant"(Art.L.114).

La politique du handicap en Franche-Comté concerne au moins 30 000 personnes parmi les plus lourdement handicapées, qui cumulent incapacité, limitation d'activité et invalidité reconnue. Elle concerne également les familles et les aidants familiaux ainsi qu'un grand nombre de professionnels. Elle mobilise des moyens financiers considérables, engageant à la fois l'Etat, l'assurance maladie (ONDAM), la CNSA (Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie), les collectivités territoriales.

Le dispositif de suivi et de pilotage de la politique nationale du handicap a été récemment renforcé. Une conférence nationale du handicap a lieu tous les trois ans. La dernière s'est tenue en juin 2011. Un comité interministériel du handicap a été créé par le décret n°2009-1367 du 6 novembre 2009 et installé par le Premier ministre le 9 février 2010.

Au regard de ce principe de subsidiarité, le SROMS se donne comme ambition de garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie.

L'approche de la santé promue par la loi HPST est celle de l'OMS : la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La prise en charge médico-sociale de la personne handicapée implique d'examiner la situation de la personne dans sa globalité, au cours d'une évaluation personnalisée. En effet, doivent être prise en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social ainsi que ses ressources.

Les axes d'intervention retenus sont alors les suivants :

- Développer un parcours de soins optimisé (ambulatoire, établissements de santé et médico-sociaux).
- Soutenir le maintien à domicile en lien étroit avec les collectivités territoriales.
- Inscrire les établissements dans un processus d'adaptation de la prise en charge dans une logique de qualité.

Fiche SROMS

Développer un parcours de soins optimisé

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et favoriser leur prise en charge.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.3	Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées, Périnatalité; Petite enfance
SROS	Génétique, Médecine, AVC et TC, SSR, Santé Mentale, Périnatalité

1. Contexte

Un grand nombre de professionnels agissent dans le parcours de soins des personnes en situation de handicap : professionnels du secteur sanitaire, professions médicales et paramédicales, professionnels du secteur médico-social en établissement ou à domicile.

La cohérence du parcours de soins de la personne handicapée nécessite la coordination de ces différents acteurs tant au niveau de la prévention et du dépistage que de la prise en charge des soins.

2. Diagnostic

2.1. Dépistage du handicap et prise en charge précoce de l'enfant

Le dépistage et la prise en charge précoce du handicap reposent principalement sur les CAMSP et les CMPP.

- Les CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) sont des centres qui reçoivent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retard psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées. Ils se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches, écoles maternelles). Leur vocation est d'être polyvalents, c'est-à-dire de s'adresser à tous les types de handicaps. Ces centres tendent à prévenir ou réduire l'aggravation du handicap en offrant ou organisant les soins et accompagnements appropriés.
- Les CMPP (Centre médico-psycho-pédagogique) sont des centres ambulatoires de consultation, diagnostic et soins qui s'adressent aux jeunes de 0 à 20 ans ayant des difficultés psychologiques.

Les objectifs généraux de l'accompagnement des CAMSP et CMPP consistent à garantir la fluidité des parcours de soins et d'accompagnement des enfants, à risque de handicap par la complémentarité de l'offre entre CAMSP, CMPP, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP), Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS), Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAIS), établissements médico-sociaux, établissements sanitaires, médecins et paramédicaux libéraux.

L'objet est aussi d'améliorer l'accueil et la participation sociale des enfants dans les structures de droit commun pour les modes de garde, l'école, les loisirs, les vacances.

2.1.1. La situation en Franche-Comté

La qualité du dépistage et la précocité du diagnostic sont déterminantes dans la prévention du handicap. Ils permettent d'assurer une meilleure prise en charge et d'anticiper tous les moyens à mettre en œuvre.

Le rôle du CAMSP dans le dépistage et la prise en charge précoce est essentiel. Leur connaissance des demandes des parents, de l'évolution des situations de handicap pourrait être utile à l'analyse prospective de l'évolution des besoins et aider à la planification des réponses médico-sociales ;

La continuité du parcours de soins et d'accompagnement dès le repérage et le dépistage du handicap ou du risque de handicap requiert des partenariats consolidés entre les établissements de soins, les services et établissements médico-sociaux, les services de la santé scolaire et de la PMI ;

En Franche-Comté, on compte 418 places de CAMSP et 11 CMPP répartis de la manière suivante dans la région :

	CAMSP 20/05/2011	CMPP 20/05/2011
Franche-Comté		
- nombre de services	4	11
- nombre de places	418	
Doubs		
- nombre de services	1	5
- nombre de places	120	
- file active	265	
Jura		
- nombre de services	1	4
- nombre de places	160	
- file active	336	
Haute-Saône		
- nombre de services	1	1
- nombre de places	60	
- file active	97	
Territoire de Belfort		
- nombre de services	1	1
- nombre de places	78	
- file active	171	

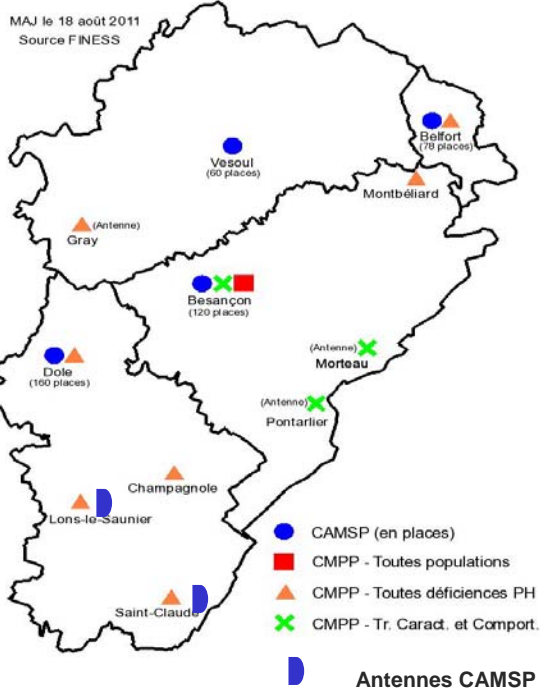
DOSA-Ie01/06/2011-source Finess

Le délai moyen de prise en charge en CMPP est de 6,5 mois (moyenne nationale de 6,1 mois). (Source enquête ES 2006).

Le département de la Haute-Saône ne dispose que d'un seul CMPP qui intervient sur environ 1/5 du département.

Le CAMSP du Territoire-de-Belfort intervient sur l'Aire urbaine (Belfort, Montbéliard, Héricourt).

CAMSP et CMPP en Franche-Comté



2.2. L'accès aux soins courants

Aujourd'hui, l'accès aux soins spécifiques des personnes en situation de handicap est assuré. Par contre, les troubles de santé non liés au handicap ne sont pas toujours reconnus en tant que tel et certains besoins en soins sont souvent négligés (bucco-dentaires, gynécologiques,...)

En plus des freins d'accès aux soins liés à la personne elle-même (nature du handicap, difficultés d'expression,...), s'ajoutent une série d'obstacles qui tiennent notamment à la complexité de l'offre de soins, aux difficultés d'accessibilité des lieux de soins et des matériels utilisés, à un manque de formation et d'information de tous les acteurs, à une insuffisance de disponibilité et d'écoute des professionnels et à un déficit en actions de prévention (*rapport de la HAS 2009 "Accès aux soins des handicapés"*)

2.3. La coordination et la continuité des soins

La notion de parcours de soins et d'accompagnement est à privilégier. Le manque de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social, notamment dans le domaine de la psychiatrie, constitue un frein dans l'accès aux soins des personnes handicapées. Il est important d'inciter les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social à travailler ensemble, afin d'assurer la continuité des soins.

3. Objectifs

3.1. Identifier plus précocement les handicaps

Leviers d'action :

- Favoriser la détection et le repérage précoce des enfants présentant des troubles du développement en assurant des coordinations entre les professionnels de proximité de tous les secteurs (petite enfance, scolaire, social, médico-social)
- Replacer les CAMSP comme pivots du dispositif du premier recours et du diagnostic précoce (0-3ans) en :
 - couvrant correctement la région en CAMSP : une étude préalable des spécificités de fonctionnement des différents CAMSP sera nécessaire afin d'objectiver l'analyse du besoin.
 - assurant la continuité des parcours de prise en charge en développant les coopérations entre les CAMSP et les réseaux de périnatalité, la PMI, le secteur libéral, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et la MDPH ;
 - s'appuyant sur les CAMSP afin d'avoir une "photographie" quantitative et qualitative de l'évolution des enfants accueillis afin de pouvoir adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux à l'évolution des besoins.

3.2. Améliorer l'accès aux soins

Leviers d'action :

- Faire appel à des personnes ressources dans les services d'accompagnement médico-sociaux, pour faciliter l'interface avec les professionnels de santé.
- Favoriser l'accompagnement psychologique des personnes handicapées et leur famille en particulier en cas de maladie rare.
- Sensibiliser et former les professionnels de santé à l'accueil spécialisé des personnes handicapées par le biais notamment de la FMC (Formation médicale continue).
- Soutenir des actions de formation en direction du personnel des SSIAD, pour une meilleure connaissance et appréhension des pathologies présentées par les personnes handicapées.
- Former des personnels de soins pour favoriser l'accueil à l'hôpital de personnes handicapées (urgences, imagerie médicale, chirurgie,...).
- Prévoir dans les centres hospitaliers des lieux de consultations dédiés à l'accueil des personnes handicapées avec des professionnels formés (soins bucco-dentaires, gynécologiques...)

- Rechercher les modalités de partenariat entre les établissements médico-sociaux et les centres hospitaliers, pour permettre aux internes de faire des stages au sein de structures médico-sociales et leur donner une meilleure connaissance du handicap et des contraintes des professionnels du secteur médico-social.
- Promouvoir avec les Conseils généraux une politique de transport et d'accompagnement des personnes handicapées afin de faciliter l'accessibilité aux soins

3.3. Améliorer les filières de soins psychiatriques

Leviers d'action :

- Renforcer les liaisons et articulation entre les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires par le biais notamment de la création de plateformes de coordination en psychiatrie ayant pour missions :
 - de développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires du territoire (organisation de formations),
 - de mettre en place, avec les partenaires du social, du sanitaire et du médico-social, un suivi des parcours individuels,
 - d'associer les usagers et les familles aux réflexions et propositions,
 - de mettre à jour et diffuser à la société civile les informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, au soin et à l'accompagnement,
 - d'être une instance de réflexion et de proposition,
 - de mettre en place des outils d'évaluation de son action.
- Formaliser en amont des besoins, les modalités d'hospitalisation et de retour dans le lieu de vie en particulier pour les situations d'urgence, par le biais de convention entre les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires.
- Faciliter l'alternance des séjours en psychiatrie en mettant en place un dossier de liaison, partagé entre les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux.
- Création d'équipes mobiles de psychiatrie pouvant intervenir au domicile et en ESMS en cas de crise.

3.4. Améliorer les filières de soins entre soins de suite et de réadaptation (SSR) et les établissements médico-sociaux

Leviers d'action :

- Renforcer les coopérations entre les SSR et les établissements médico-sociaux au moyen de conventions afin d'organiser la coordination de la prise en charge et du suivi (surveillance, évaluation,...) des personnes handicapées (Art. 6123-126 du CSP). La signature de ces conventions fera l'objet d'une attention particulière lors des visites de conformité.
- Garantir la participation de l'ensemble des professionnels concernés dans la filière (acteurs libéraux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux).
- Développer les liens avec les MDPH pour être en capacité de mettre en place une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne.
- Mettre en place, en lien avec les MDPH, des protocoles avec des MAS pour l'accueil de patients cérébrolésés.
- Identifier les places en MAS et FAM participants à la prise en charge des adultes cérébrolésés en perte d'autonomie.
- Evaluer les besoins en structure d'accueil MAS pour les adultes cérébrolésés lourdement handicapés, notamment avec assistance respiratoire.

3.5. Promouvoir des actions de prévention adaptées aux publics handicapés

Leviers d'action :

- Sensibiliser les professionnels intervenant auprès des personnes handicapées en soutenant des actions de formation à l'éducation pour la santé et à la prévention des risques, adaptées au public handicapé
- Permettre aux personnes handicapées d'accéder plus facilement aux dépistages organisés (cancer du sein, cancer colorectal)

4. Programmes/Schémas

4.1. Programmes

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) établis par les Conseils généraux.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux.
- Les MDPH.
- L'Education nationale.
- L'IRTS, CSAPA, IFSI.
- Les associations de personnes handicapées.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Listes d'attente et délais de prise en charge en CMPP et CAMSP.
- Nombre de formations sur le secteur sanitaire des personnels de SSIAD.
- Nombre de formations sur le secteur médico-social des personnels hospitaliers.
- Nombre de conventions de coopération signées entre établissement sanitaire et médico-social.

Fiche SROMS

Soutenir le maintien à domicile

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le maintien (le soutien) à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.2	Développer l'aide aux aidants.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	

1. Contexte

Un nombre important de personnes en situation de handicap vivent à domicile ou chez leurs parents. Le domicile est compris comme une alternative à la vie en établissement.

L'évaluation personnalisée des besoins des personnes et l'élaboration de leur plan personnalisé de compensation par les MDPH, l'évolution de la solvabilisation de la compensation conduisent à une demande différente et plus diversifiée à l'égard des services médico-sociaux et des établissements, pour les enfants comme pour les adultes.

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de la personne handicapée à domicile, les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et du 11 février 2005 concernant l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont renforcé les exigences en termes de respect des droits des usagers. En développant les démarches d'évaluation, de contrôle et de protection des personnes et en instaurant un processus d'évaluation individuelle basé sur les besoins exprimés par la personne et mis en œuvre par le service médico-social d'accompagnement. (SESSAD, SAMSAH...)

Par ailleurs, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 prévoit le droit à la compensation qui se traduit par l'élaboration d'un "**plan personnalisé de compensation**" élaboré par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), en fonction du "projet de vie" de la personne, au sens des besoins et des aspirations qu'elle exprime (ou exprimées par son représentant légal ou encore avec l'aide de ses proches).

2. Diagnostic

2.1. L'insertion scolaire

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées affirme que "tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence".

Elle affirme également que "le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant".

La scolarisation des enfants en situation de handicap en Franche-Comté:

- 3 657 élèves sont scolarisés en milieu ordinaire⁶ pour l'année 2010-2011., dont près des 2/3 dans le 1^{er} degré.
- 66% de ces élèves sont scolarisés en classe ordinaire. La plupart des élèves scolarisés en Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) ou en Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) ont une déficience intellectuelle ou cognitive.

Même si des progrès importants ont été constatés en matière de scolarisation des enfants et jeunes handicapés, la collaboration entre l'Education nationale et le secteur médico-social est à renforcer. Il s'agit de promouvoir une logique de parcours individualisé, d'organiser l'accompagnement, de mettre en place des dispositifs souples et adaptés aux besoins de chaque élève.

L'intégration scolaire en milieu ordinaire implique une articulation forte entre l'Education nationale et l'ARS.

⁶ Données hors CNED de l'EN " troubles ou atteintes et scolarisation-premier degré et second degré"

Tableau troubles ou atteintes et scolarisations – Premier degré et second degré

Troubles ou atteintes	Scolarisation individuelle								Scolarisation collective			Total élèves scolarisés
	1 ^{er} degré	Collège	Dont SEGP A	LEGT	LP	EREA	Total 2 nd degré	TOTAL	1 ^{er} degré CLIS	2 nd degré ULIS	TOTAL	
Troubles intellectuels et cognitifs	555	221	182	3	18	15	257	812	665	394	1 059	1 871
Troubles du psychisme	423	143	65	4	15	4	166	589	81	20	101	690
Troubles du langage et de la parole	171	114	23	13	8	2	137	308	15	1	16	324
Troubles auditifs	72	28	5	10	4		42	114	12	4	16	130
Troubles visuels	37	21	1	4	4		29	66				66
Troubles viscéraux	56	16	3	2	2		20	78	3		3	81
Troubles moteurs	129	62	4	17	15		94	223	38	19	57	280
Plusieurs troubles associés	86	15	4	1	1	1	18	104	33	17	50	154
Autres troubles	28	16	1	4	1	9	30	58	2	1	3	61
Total	1 559	636	288	58	68	31	793	2 352	849	456	1 305	3 657

Source : Education nationale, académie de Besançon année scolaire 2010-2011

2.2. L'accompagnement médico-social des enfants

Afin de garantir la priorité donnée au milieu ordinaire, il est important que **les établissements et services médico-sociaux orientent leurs interventions vers des dispositifs d'accompagnement**. L'apport des textes d'avril 2009⁷ doit être intégré dans la réflexion.

En Franche-Comté, l'offre de services se présente de la façon suivante :

- Les **SESSAD** (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile) sont des services médico-sociaux autonomes ou rattachés aux établissements d'éducation spéciale. Ils apportent au jeune, en association avec les parents, une aide à l'autonomie, par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé. Ils interviennent ainsi dans le cadre d'une intégration scolaire, comme auprès des enfants et adolescents non scolarisés, dans leurs différents lieux de vie : crèche, halte-garderie, centre de vacances et de loisirs, domicile. Les prises en charge par un établissement ou par un service médico-social sont exclusives l'une de l'autre. Les enfants sont admis sur décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) Les prestations sont prises en charge par la sécurité sociale.

Au 1er mai 2010, la Franche-Comté compte 42 Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour 1084 places.

- Le **SSEFIS** (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire), pour déficients auditifs après 3 ans.
- Les **SAAIS** (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) pour déficients visuels sont constitués d'équipes pluridisciplinaires dont l'action consiste à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Ces services font l'objet d'une fiche spécifique "Handicap à prévalence régionale".

⁷ Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements de l'éducation nationale et les établissements et services médico-sociaux.

Nombre de SESSAD et nombre de places (au 1^{er} mai 2010)

	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile	42	18	10	9	5
Nombre de places	1 084	577	209	185	113

Sources : Finess ARS-FC, DOSA

Accueil des enfants et adolescents inadaptes par déficience : places installées (au 1^{er} mai 2010)

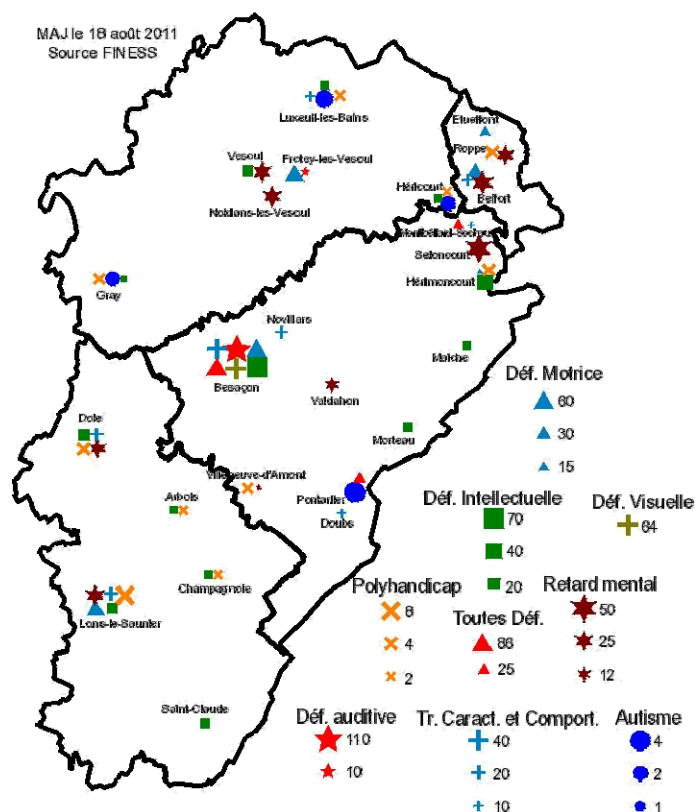
	Défic. Intellect	Défic. Psychique	Défic. Motrice	Défic. Visuelle	Défic. Auditive	Autisme	Poly-handicap	Toutes déficiences	Places par catégorie d'établissement
SESSAD	425	127	200			7	28	156	943

Sources : Finess ARS FC, DOSA

Dans les SESSAD, la majorité des places installées sont dirigées vers les enfants et adolescents souffrant de déficience intellectuelle (425 sur 1 084 soit 39%).

Le besoin en places de SESSAD est estimé à 162. Seul le financement de 42 places (par redéploiement) est actuellement inscrit au PRIAC. Afin d'avoir une mesure exacte du besoin, il est nécessaire de réaliser une analyse des listes d'attente en MDPH.

Places de SESSAD en Franche-Comté par types de déficiences



2.3. L'insertion professionnelle dans l'emploi

La Direction régionale des entreprises, de la consommation, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) est chargée de conduire des politiques du handicap en faveur de l'emploi des personnes handicapées dont le niveau d'efficacité permet d'envisager l'accès à l'emploi sur le marché du travail soit en milieu ordinaire ou en Entreprise adaptée (EA).

L'ensemble des acteurs du Service public de l'emploi et de ses partenaires est mobilisé pour favoriser l'insertion de ces publics sur le marché du travail. C'est le cas notamment de Pôle Emploi et Cap Emploi qui concourent à l'accession au travail en entreprise ordinaire ou en entreprise adaptée, appuyées par l'AGEFIPH (pour les entreprises du secteur privé) et par le FIPHFP (pour les trois fonctions publiques).

Les partenaires que sont le Conseil régional et les Conseils généraux sont également partie prenante de cette mission, via les politiques qu'ils mettent en œuvre, tant sur les volets insertion que formation professionnelle.

Le Service appui emploi (SAE) de l'Association d'hygiène sociale de Franche-Comté (AHS-FC) assure actuellement l'accompagnement de personnes dont le handicap psychique est reconnu par la MDPH. Il intervient dans les 4 départements de la région, sur prescription d'une structure d'insertion. Ce dispositif permet de mieux appréhender la problématique des personnes souffrant de handicap psychique et leur propose d'être un interlocuteur privilégié durant la période de bilan, orientation; recherche et maintien dans l'emploi.

2.4. Le soutien au domicile des adultes

Afin de permettre la réalisation du maintien à domicile se réalise dans les meilleures conditions et soit facilité, les prestations et services d'accompagnement à domicile existants doivent être facilement mobilisables et adaptés suivant un plan d'aide personnalisé.

Pour le soutien à domicile, on distingue 2 types de services :

- Les **SAVS** (Services d'accompagnement à la vie sociale) relèvent de la compétence des Conseils généraux. Ils ont pour mission l'accompagnement au quotidien des personnes handicapées qui vivent à leur domicile et permettent une vie autonome dans de bonnes conditions.

La région Franche-Comté compte 24 services, pouvant accompagner 1 246 adultes handicapés

- Les **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-social pour Adulte Handicapée) sont des services qui assurent le même accompagnement social que les SAVS mais sont également en mesure d'assurer la coordination des soins.

Elle dispose par ailleurs de 6 services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) pouvant aider 76 adultes en situation de handicap.

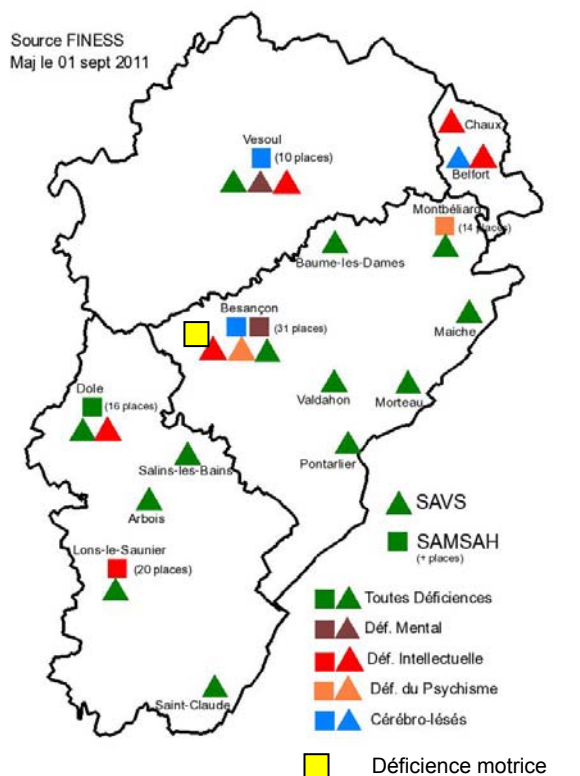
		Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
SAMSAH*	Nb de places	91	45	36	10	
SAVS	Nb de places	1 246	764	180	282	20

* données au 31/08/2011

Sources : ARS FC, DOSA Finess DGEFP

- Il n'existe pas de SAMSAH pour handicapés psychique et moteur sur le Territoire-de-Belfort, sur Pontarlier et sur Vesoul.

SAMSAH et SAVS en Franche-Comté

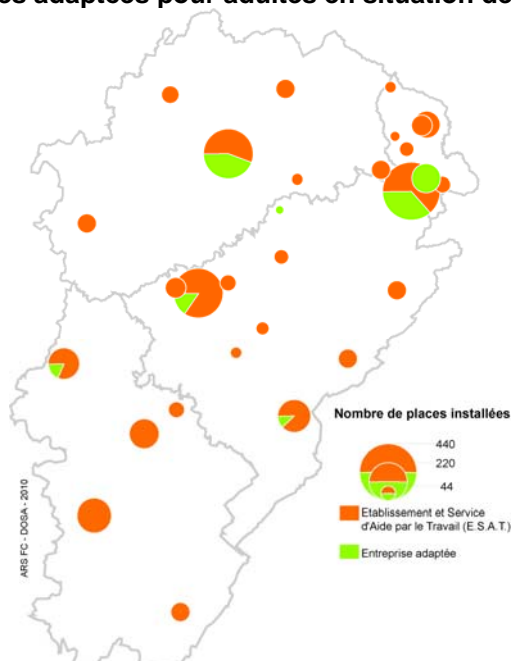


2.5. La prise en charge en ESAT

Les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des structures médico-sociales chargés qui proposent aux personnes handicapées qui ne peuvent pas accéder au milieu ordinaire un poste de travail, un emploi.

La Franche-Comté est une région correctement dotée en structures de travail protégé en notant toutefois que les besoins en ESAT spécialisés dans l'accueil des personnes souffrant de handicap psychique et de traumatismes crâniens sont insuffisamment couverts.

Nombre de places installées en établissements et services d'aide par le travail et en entreprises adaptées pour adultes en situation de handicap



Source ARS F-C, DOSA Juin 2010

Accueil des adultes en situation de handicap, taux d'équipement par catégorie d'établissements : places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (au 1^{er} mai 2010)

Taux d'équipement	France métropolitaine	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT, ex-CAT)	3.28	4.05	3.89	4.28	3.98	4.35
Entreprise adaptée (ex atelier protégé)	0.53	0.89	0.84	0.21	1.27	1.64

Source : ARS FC, DOSA -Finess

La région compte 30 établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et 8 Entreprises adaptées (EA) répartis sur 29 communes, et pouvant accueillir 3033 travailleurs handicapés. Ces établissements sont de taille variable, allant de 15 à 275 places.

Le taux régional est de 4,05 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans contre 3,42 pour la France. Le Territoire-de-Belfort présente le taux le plus élevé (4,35) et le Doubs le taux le plus faible (3,89). Les taux du Jura et de la Haute-Saône sont respectivement de 4,28 et 3,98.

Concernant les entreprises adaptées (EA), le taux d'équipement régional est également supérieur au taux national (0,89 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans contre 0,54). Seul le département du Jura a un taux plus faible que le taux national (0,21). Les taux du Doubs et de la Haute-Saône sont

respectivement de 0,89 et 1,27 et comme pour les ESAT, c'est le Territoire-de-Belfort qui a le taux le plus élevé (1,64), taux fortement corrélé à la densité industrielle de cette région.

Les ESAT avec 2486 places installées au 1er mai 2010 constituent une réponse majeure en matière d'insertion et d'activité professionnelles. Plus de 60 % des adultes en situation de handicap accueillis dans les ESAT le sont pour "déficience intellectuelle"(1517).

Une évolution de la population accueillie en ESAT est constatée : vieillissement des personnes, fatigabilité accrue, handicap psychique, problématiques sociales sont autant d'éléments auxquels les ESAT sont confrontés. Face à ces évolutions de publics, de nouvelles formes de prise en charge doivent être recherchées (temps séquentiel, cessation progressive d'activité,...) (cf. fiche "handicapés vieillissants")

2.6. L'hébergement et l'accueil de jour

Pour garantir le choix de la vie à domicile, la question des intervenants, qu'ils soient aidants familiaux, proches ou professionnels doit faire l'objet d'une attention particulière.

Souvent seuls et démunis, les aidants de la personne en situation de handicap doivent être accompagnés et soutenus.

Un des axes fondamentaux de soutien de l'aidant est de lui proposer des formules de répit: accueil de jour, accueil temporaire

L'état des lieux des dispositifs existants figure dans les tableaux suivants.

Ces formules sont proposées par des MAS ou des FAM.

Places d'accueil de jour pour personnes handicapées adultes en MAS et FAM en Franche-Comté (août 2011 – Source Finess)

Département	Structure	Places installées
Doubs	MAS	12
	FAM	11
	Total	23
Jura	MAS	1
	FAM	1
	Total	2
Haute-Saône	MAS	3
	FAM	
	Total	3
Territoire-de-Belfort	MAS	9
	FAM	
	Total	9
Total Franche-Comté	MAS	25
	FAM	12
	Total	37

L'offre est très différente entre les 4 départements et cette formule est insuffisamment développée dans le Jura et en Haute-Saône.

Places d'hébergement temporaire en MAS et FAM pour personnes handicapées adultes et enfants au 31/12/2011 (données DOSA-Source Finess)

Département	Structure	Places installées (adultes)	Places installées (enfants)
Doubs	MAS		2 (en IME)
	FAM	1	
	Total	1	
Jura	MAS		
	FAM	6	
	Total	6	
Haute-Saône	MAS	4	5 (en EME)
	FAM		
	Total	4	
Territoire de Belfort	MAS		2 (en IME)
	FAM		
	Total		
Total Franche-Comté	MAS	4	
	FAM	7	
	Total	11	5

Une offre globale d'accueil temporaire insuffisante au niveau régional.

Au-delà du renforcement des formules de répit dont le besoin est surtout ressenti pour les personnes lourdement handicapées, il est fondamental d'améliorer l'information et la formation des aidants,

3. Objectifs

3.1. Développer les liens entre l'aide à domicile et les services de soins à domicile

Leviers d'action :

- Construire en coordination avec les Conseils généraux les bases de protocoles de coopération entre les services d'aide à domicile (SAVS, SAD) et les SSIAD.
- Renforcer l'accompagnement des professionnels d'aide à domicile intervenant auprès d'un public spécifique et mal connu

3.2. Optimiser la mesure du besoin en services d'accompagnement à domicile (SESSAD, SAMSAH,...)

Levier d'action :

- Définir une méthodologie qui fiabilise l'évaluation du besoin en lien étroit avec les Conseils généraux et les associations représentatives.

3.3. Favoriser la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire

L'Académie de Besançon et l'ARS de Franche-Comté ont décidé de renforcer leur partenariat par la définition d'objectifs communs et la déclinaison d'un programme d'actions régional inter départemental sur la base d'une convention cadre. Il s'agit de développer la coopération et la concertation à différents stades : en matière d'évaluation des besoins, en matière d'offre de services, en matière d'information, de sensibilisation, en matière de formation, en matière de communication.

La mise en œuvre de cette convention implique de développement en partenariat avec les collectivités territoriales et plus particulièrement les conseils généraux et les Maisons départementales des personnes handicapées.

Levier d'action :

- Renforcer la coopération et la coordination entre les établissements et les services d'accompagnement médico-social et l'Education nationale. (Cf. convention cadre Académie de Besançon/ARS)

3.4. Développer et articuler les dispositifs de formation et d'insertion professionnelle des jeunes handicapés

Leviers d'action :

- Renforcer la coopération et la coordination entre les établissements et les services d'accompagnement médico-social et l'Education Nationale, la DIRRECTE, l'AGEFIPH afin de favoriser les passerelles vers le milieu ordinaire.
- Soutenir la création d'un centre de pré-orientation en Franche Comté
- Mutualiser les plateaux techniques des SIPFP (Section d'initiation et de première formation professionnelle) et de l'Education Nationale pour favoriser les apprentissages préprofessionnels.
- Sécuriser les parcours d'apprentissage par un accompagnement médico-social en particulier à la période de rupture de l'adolescence et au passage à l'âge adulte afin de favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire (SESSAD/IMPro, SESSAD/service d'insertion professionnelle, SAMSAH,...).
- Accompagner les évolutions d'accueil en ESAT en fonction des publics accueillis et de l'activité économique.

3.5. Accompagner le développement et la diversification des formules de répit (Accueil de jour, Hébergement temporaire en FAM et MAS...)

Leviers d'action:

- Formaliser en lien avec les Conseils généraux un plan stratégique de développement et de diversification des formules de répit
- Optimiser la couverture du territoire en accueil de jour et accueil temporaire en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en Maison d'accueil spécialisé (MAS)
- Donner une meilleure information aux familles sur les dispositifs d'accueil de jour et d'accueil temporaire et les accompagner dans leur démarche.
- Réflexions à mener sur la création de coopération de mutualisation entre IME, ITEP, familles d'accueil, afin de développer l'accueil d'urgence le week-end pour les jeunes en crise

3.6. Améliorer le soutien aux aidants

Leviers d'action :

- Développer l'information et la formation des aidants.
- Soutenir les familles par des groupes de parole et d'écoute.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) des Conseils généraux.
Le Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH).

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

Partenariat avec les Conseils généraux, les MDPH l'Education nationale, la DIRRECTE, le SAE (Service Santé Emploi), les associations de personnes handicapées

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Nombre de coopérations entre l'aide à domicile et les SSIAD.
- Les dispositifs d'évaluation du besoin SESSAD/SAMSAH.
- Nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire.
- Nombre de dispositifs de soutien aux aidants.
- Nombre de formules de soutien.
- Nombre de formules de répit.



Fiche SROMS

Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 1	Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	

1. Contexte

Une prise en charge de qualité en établissements pour personnes handicapées dépend de plusieurs facteurs :

- les conditions environnementales

Face au constat que trop d'établissements accueillant des personnes handicapées étaient encore vétustes et devaient être mis aux normes de sécurité et de confort, une démarche de modernisation des établissements a été mise en œuvre au niveau national et ainsi en Franche-Comté, sur la période 2006-2010, 16 établissements pour enfants et adultes handicapés ont reçu le soutien financier de l'Etat pour mener à bien des opérations de modernisation

- Une prise en charge et un accompagnement individualisé garantissant le projet de vie de la personne

Pour les enfants handicapés, il s'agit de garantir, un projet de vie conciliant les souhaits d'intégration et d'autonomie des parents, ainsi qu'un accompagnement médico-social correspondant à une prise en charge du handicap de qualité.

Ce besoin se traduit par une forte demande de modulation des prises en charge en fonction de l'évolution de l'enfant: accueil en internat ou en externat, accueil séquentiel ou temporaire,...

Il faut noter que le contexte législatif actuel ne permet pas cette modulation des prises en charge sauf formules dérogatoires posées au niveau des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

D'autre part, de nombreux jeunes de plus de 20 ans sont maintenus en aménagement CRETON dans des établissements pour enfants handicapés faute de solution en structures pour adultes induisant une difficulté dans la fluidité des parcours des personnes handicapées. Il convient d'anticiper ces situations pour qu'il y ait adéquation entre l'âge le mode de prise en charge.

- Les capacités d'adaptation de l'établissement:

La loi du 11 février 2005, socle de la politique en direction des personnes handicapées, affirme en particulier le droit à la scolarisation pour tous les enfants et très prioritairement dans les dispositifs de droit commun, Cette approche, qui est un axe structurant de la loi conduit à envisager la réorientation d'une partie des dispositifs institutionnels dédiés que sont les internats et dont le taux d'équipement franc-comtois est élevé, vers des services d'accompagnement.

Une telle réorientation de l'offre de service ne se conçoit qu'après une analyse de l'offre actuelle et la mesure du potentiel de reconversion. Elle doit se faire en associant étroitement tous les partenaires concernés.

2. Diagnostic

2.1. Enfants et adolescents

La majorité des places en établissements pour enfants et adolescents handicapés est consacrée à la prise en charge des déficiences intellectuelles.

Sur les 2 328 places installées pour l'accueil des enfants et adolescents inadaptés que compte la Franche-Comté, 1 513 sont destinées à accueillir les enfants et adolescents "déficients intellectuels" soit 65 % de l'ensemble.

Le Doubs est le département franc-comtois comptant le plus grand nombre de places installées avec 1071 soit 46 % de l'ensemble des places de la région.

**Accueil des enfants et adolescents inadaptés, taux d'équipement par déficience :
places installées pour 1000 jeunes de moins de 20 ans (au 1^{er} mai 2010, hors SESSAD)**

Déficiences	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Déficients intellectuels	1513	679	325	312	197
Polyhandicapés	238	131	32	50	25
Déficients psychiques	297	147	83	48	19
Déficients moteurs	81		6		75
Déficients sensoriels*	50	50			
Autres déficiences (1)	149	64	22	41	22
Taux d'équipement global (places d'enfants handicapés / 1000jeunes de – de 20 ans France métropolitaine, 1er janvier 2008 : taux d'équipement global en places d'enfants handicapés / 1000 jeunes de moins de 20 ans : 8,9	11.8	12.4	10.7	11.0	12.7

(1) Maladies inv. longue durée, épilepsies, troubles psychopathologiques ...

* A vocation régionale voire interrégionale

Sources : Finess – ARS FC, DOSA

**Accueil des enfants et adolescents inadaptés par déficience :
places installées (au 1^{er} mai 2010)**

	Défic. Intellect.	Défic. Psychique	Défic. Motrice	Défic. Visuelle	Défic. Auditive	Autisme	Poly-handicap	Toutes déficiences	Places par catégorie d'étab.
Etab. pour enfants et adolescents polyhandicapés							183		183
IEM			81						81
IME	1513					167	55		1735
ITEP		279							279
Instituts pour déficients visuels				50					50

Sources : Finess ARS FC, DOSA

L'offre en établissements spécialisés en Franche-Comté se présente de la manière suivante :

- Les **IME** (Instituts médico-éducatifs) rassemblent:
 - les **IMP** (Instituts médico-pédagogiques) qui assurent l'éducation, les soins et l'enseignement aux enfants handicapés âgés de 6 à 14 ans et
 - les **IMPro** (Instituts médico-professionnels) qui assurent un enseignement général et pré-professionnel voire professionnel à des adolescents déficients intellectuels de 14 à 20 ans.
- Les **IEM** (Instituts d'éducation motrice) sont des établissements offrant au jeune déficient moteur un soutien pédagogique, un accompagnement éducatif et une prestation médicale adaptée.
- Les **ITEP** (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) sont des établissements qui ont pour vocation 'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des troubles psychologiques importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. La plupart de ces structures accueillent des jeunes jusqu'à 20 ans.

Il reste cependant de nombreux adultes de plus de 20 ans maintenus dans ces structures "en aménagement Creton".

Le taux d'équipement global de la région est supérieur à celui observé à l'échelle nationale.

Au 1er mai 2010, la Franche-Comté compte 54 établissements d'accueil pour enfants et adolescents inadaptés regroupant 2328 places.

La majorité des places d'accueil pour enfants et adolescents inadaptés (hors SESSAD) est offerte dans des instituts médico-éducatifs (IME) : de 65 % dans le Territoire-de-Belfort (219 places sur 338) à 78 % en Haute-Saône (353 sur 451 places).

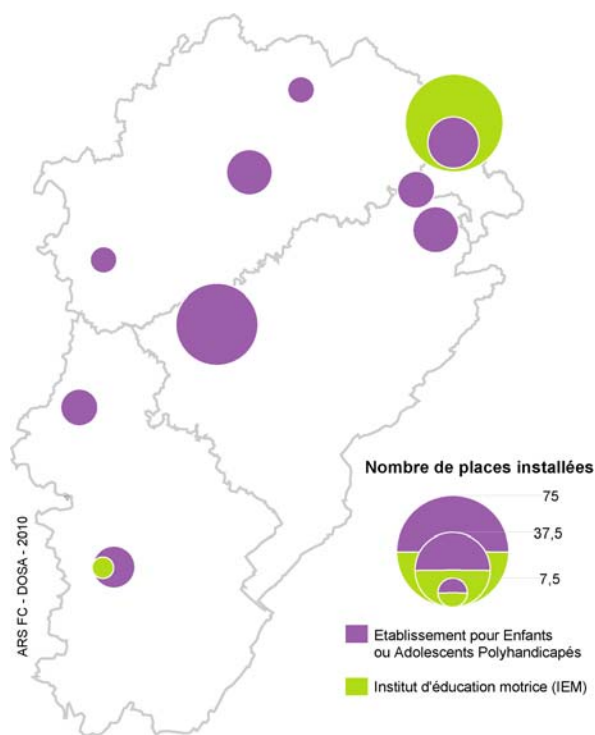
La région dispose de 35 Instituts médico-éducatifs (IME) et 8 Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Les IME sont répartis sur 28 communes et offrent 1735 places. Le taux d'équipement régional de 6,01 places pour 1000 enfants et adolescents de moins de 20 ans est supérieur au taux national (4,51). Dans les départements, ce taux varie de 5,48 dans le Jura à 6,19 dans le Doubs, en passant par 6,06 en Haute-Saône et 6,18 dans le Territoire de Belfort.

Les ITEP totalisent quant à eux 279 places. Le taux d'équipement régional est comparable au taux national : 0,97 places pour 1 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans contre 0,96. Au sein des départements, c'est dans le Territoire de Belfort que ce taux est le plus faible (0,54) et dans le Jura qu'il est le plus élevé (1,31). Dans le Doubs et la Haute-Saône, ce taux est respectivement de 0,98 et 0,82.

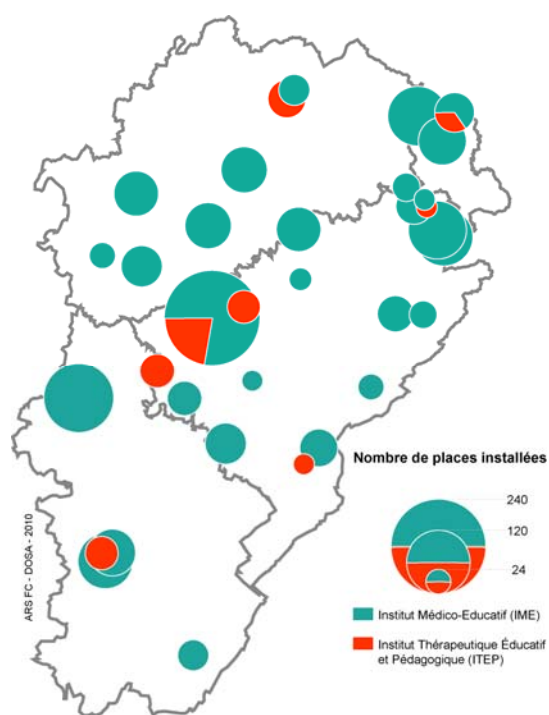
Nombre de places installées en établissements pour enfants polyhandicapés et en établissements pour enfants déficients moteurs

Source : ARS F-C, DOSA, Septembre 2011



Nombre de places installées en Institut médico-éducatif (IME) et Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP pour enfants et adolescents inadaptés)

Source : ARS-FC, DOSA, Septembre 2011



Il existe en Franche-Comté dix établissements pour enfants polyhandicapés et deux pour enfants et adolescents déficients moteurs.

Les établissements pour enfants polyhandicapés ont une capacité de 183 places et les deux établissements pour enfants et adolescents déficients moteurs comptent 6 et 75 places. Le taux régional d'équipement de 0,63 places pour 1000 enfants et adolescents de moins de 20 ans est supérieur au taux national (0,35) et les quatre départements francs-comtois sont, comparés à ce taux national, aussi bien équipés. Le Jura présente le taux le moins élevé (0,50), alors que le Doubs a un taux de 0,58 et le Territoire de Belfort de 0,71. La Haute-Saône est le département présentant le taux le plus élevé (0,86).

2.2. Adultes

- Les **MAS** (Maison d'accueil spécialisée) accueillent des adultes très lourdement handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
- Les **FAM** (Foyer d'accueil médicalisé) accueillent les adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement. Leur dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et nécessite l'assistance d'une tierce personne.
- Les foyers de vie accueillent des personnes qui sont inaptes au travail qui ont besoin d'un accompagnement quotidien. Ces personnes ont une autonomie suffisante pour avoir des occupations quotidiennes.
- Les foyers d'hébergement accueillent des adultes qui travaillent à temps plein ou à temps partiel en ESAT ou en entreprise adaptée

Le taux d'équipement est contrasté suivant les départements et les types d'accueil

Par rapport à la moyenne métropolitaine, le taux d'équipement franc-comtois est généralement supérieur.

Accueil des adultes en situation de handicap, taux d'équipement par catégorie d'établissements : places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (au 1^{er} mai 2010)

Taux d'équipement	France métropolitaine	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Maison d'accueil spécialisé (MAS)	0.64	1.08	0.91	0.79	1.76	1.09
Foyer d'accueil médicalisé	0.51	0.32	0.21	0.69	0.36	0
Foyer de vie	1.29	1.37	1.35	2.24	1.11	0.4

Données au 1^{er} janvier 2008
Source : ARS FC, DOSA –Finess

Pour l'hébergement et l'accueil des adultes handicapés, la région est mieux dotée que le niveau national en maisons d'accueil spécialisé (MAS), mais moins bien en foyers d'accueil médicalisé (FAM).

La région compte 18 MAS pour une capacité d'accueil de 663 places, répartis sur 16 communes. Tous les départements ont un taux d'équipement supérieur au niveau national : 0,66 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans en France métropolitaine.

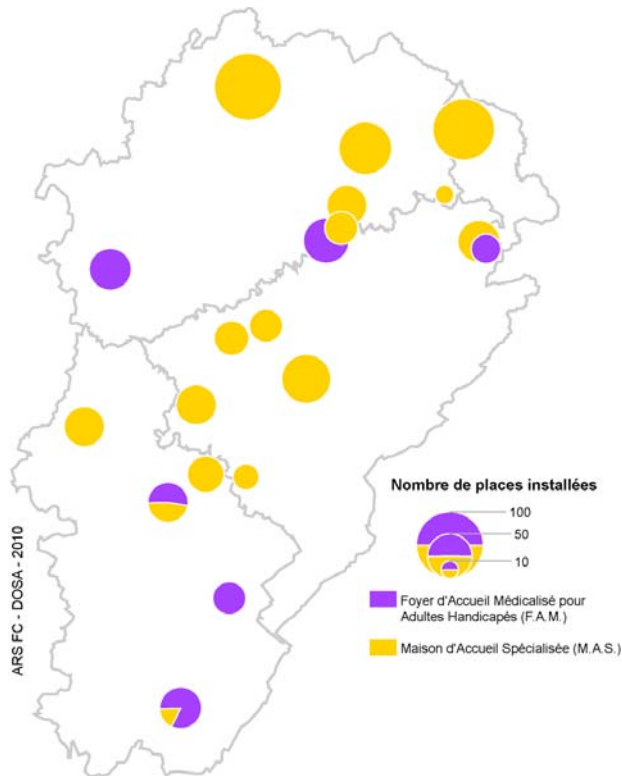
Les 6 FAM de la région ont une capacité totale d'accueil de 189 places (+7 places installées dans un foyer de vie), cette capacité variant de 22 places à 45 places selon les établissements. Concernant les taux d'équipement, la tendance est à l'inverse de celle des MAS. Seul le Jura a un taux d'équipement supérieur au taux national.

Les foyers d'hébergement et les foyers de vie pour personnes handicapées regroupent respectivement 906 et 810 places.

La catégorie "déficience intellectuelle" est la catégorie majoritaire dans les foyers d'hébergement (541 sur 906) et les MAS (307 sur 663).

Nombre de places installées dans les maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé pour adultes en situation de handicap.

Source ARS-FC, DOSA, juillet 2011



Accueil des adultes en situation de handicap par catégorie d'établissements : Nombre d'établissements et nombre de places au 1^{er} mai 2010 en région et dans chaque département.

Etablissement d'hébergement		Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Maison d'accueil spécialisé	Nb étab.	18	7	4	6	1
	Nb places	663	256	104	218	85
Foyer d'accueil médicalisé	Nb étab.	6	2	3	1	
	Nb places	196	60	91	45	
Foyer de vie	Nb étab.	28	14	7	6	1
	Nb places	607	252	275	80	
	Nb places en accueil de jour	203	112	13	58	20
Foyer d'hébergement	Nb étab.	32	22	7	2	1
	Nb places	906	534	216	127	29

Sources : ARS FC, DOSA Finess DGEFP

Les adultes handicapés maintenus en structures pour enfants dans le cadre de l'amendement CRETON

Il s'agit d'un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La CDAPH se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

Il est important d'anticiper le parcours individuel et d'offrir l'accompagnement adapté à l'âge de ces jeunes adultes.

Le nombre d'amendements CRETON en Franche-Comté au 31 décembre 2010 est de 176.

- dans le Doubs: 74 amendements Creton dont 24 en attente d'orientation en ESAT et 50 en attente d'orientation en Foyer de vie ou FAM/MAS
- dans le Jura: 34 amendements CRETON dont 19 en attente d'orientation en ESAT + hébergement, 15 en attente d'orientation en Foyer de vie, et un en attente d'orientation en préparation au CAP
- dans le Territoire de Belfort: 30 amendements CRETON
- en Haute-Saône : 38 amendements CRETON

Le redéploiement de places en SESSAD

Dés 2005, les DDASS conscientes que les départements bénéficiaient d'un relativement bon taux d'équipement pour la prise en charge des enfants handicapés mais que ces équipements établissements ou services n'étaient probablement plus tous adaptés aux besoins, ont inscrit leurs actions dans des processus de reconversion d'un certain nombre de places d'IME, en places de services pour accompagner le maintien dans l'environnement familial et la scolarisation. En effet, un besoin fort d'accompagnement médico-social de l'enfant dans son parcours d'intégration scolaire en milieu ordinaire était constaté.

La diversification des modes d'accompagnement est bien engagée au niveau de la région puisque en 2008 la part des services (SESSAD) sur la totalité des places installées pour les enfants est de 28% contre 26% pour la France entière.

Dans l'état actuel des données disponibles, le nombre de places en IME à redéployer en SESSAD est difficilement quantifiable. Des critères d'évaluation pertinents sont à définir.

3. Objectifs

3.1. Réduire les inadéquations de prise en charge

Leviers d'action :

- Diminuer les listes de jeunes adultes maintenus en amendement CRETON dans les IME. Il s'agit d'une action complexe mais fondamentale avec une équation difficile à résoudre dans la mesure où lors de la création d'une place de MAS ou de FAM, il est probable qu'elle soit occupée par la même personne durant plusieurs décennies. D'où la nécessité de régularité et de permanence dans la création de places. Le développement de l'offre devrait être permanent.
- Permettre une modulation des prises en charge en fonction de l'évolution de l'enfant afin de mettre en place un véritable parcours pour l'usager (accueil en internat ou en externat, accueil séquentiel ou temporaire,...) par le biais des Contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM).

3.2. Le redéploiement de places d'IME en SESSAD et définir leur implantation

Leviers d'action :

- Mesurer le niveau de redéploiement en fonction des territoires de proximité.
- Définir les implantations prioritaires.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

Partenariat avec les Conseils généraux, les associations de personnes handicapées, les organismes de formation, IFSI, IRTS...

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Nombre de places d'IME transformées en SESSAD.
- Nombre de CPOM traitant de la modulation de prise en charge.
- Nombre d'amendements CRETON.

Prises en charge spécifiques prioritaires





Fiche SROMS

Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	Psychiatrie.

1. Contexte

Selon la CFTMEA (dite classification de "Misès") et le travail complémentaire des professeurs Misès et Quemada, les "pathologies limites de l'enfance", correspondent aux "enfants adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant".

Ces difficultés psychologiques se caractérisent par une diversité des troubles et des manifestations allant de l'hyperactivité au repli sur soi.

Une méthodologie reste à concevoir et à mettre en œuvre pour rendre compte de la réalité de cette population : la prévalence des troubles, les conséquences sur l'environnement familial et social, les effets des soins et des accompagnements...

L'accompagnement des enfants et adolescents présentant des troubles psychologiques nécessite que l'offre médico-sociale, sanitaire et les actions de prévention soit pensées de manière articulée entre elles et au regard de l'offre existante dans le secteur de l'Aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse pour un public jeune.

Par ailleurs, la réaffirmation et le renforcement du droit à la scolarisation et à l'éducation et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun sont les points forts de la loi du 11 février 2005. Ces objectifs de la loi de 2005 concernent également les enfants et adolescents souffrant de troubles psychologiques.

Le but à atteindre est de favoriser, pour les enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques, la prise en charge la plus adaptée, en prenant en compte le caractère potentiellement réversible du processus handicapant et favoriser l'allègement, voire la sortie des dispositifs d'accompagnement et d'améliorer la connaissance du handicap d'origine psychique, considérer notamment ses diverses composantes ; son caractère invisible et instable, voire son déni.

2. Diagnostic

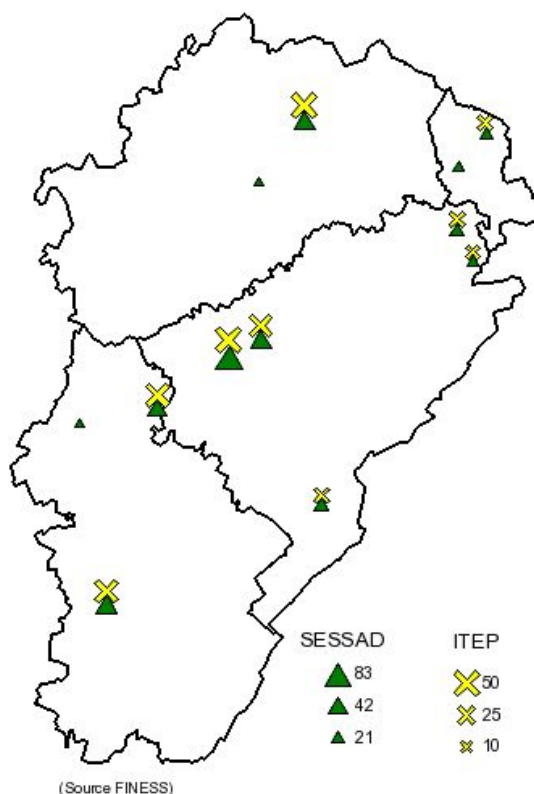
La prise en charge des enfants atteints de handicap psychique repose plus particulièrement sur les structures suivantes:

- les **CMPP** (Centre médico-psycho-pédagogique) sont des centres ambulatoires de consultation, diagnostic et soins qui s'adressent aux jeunes de 0 à 20 ans ayant des difficultés psychologiques.
- Les **ITEP** (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) sont des établissements qui ont pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des troubles psychologiques importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle.
- les **SESSAD** (Service, d'éducation spéciale et de soins à domicile), sont constitués d'équipes pluridisciplinaires dont l'action consiste à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation.
- Les **CMP** (Centre médico-psychologique), sont des centres ambulatoires de consultation, diagnostic et soins qui s'adressent aux enfants et adolescents ayant des difficultés psychologiques. Ces structures relèvent du domaine sanitaire.

Les 406 places installées en Franche-Comté au 1^{er} mai 2010 pour l'accueil des enfants et adolescents atteints de handicap psychique se répartissent essentiellement entre 9 ITEP (279 places) et 8 SESSAD (127 places)

Déficiences Psychiques_Enfants

Places autorisées au 15 oct 2010



On constate que chaque département comporte une offre diversifiée sur ce type de handicap.

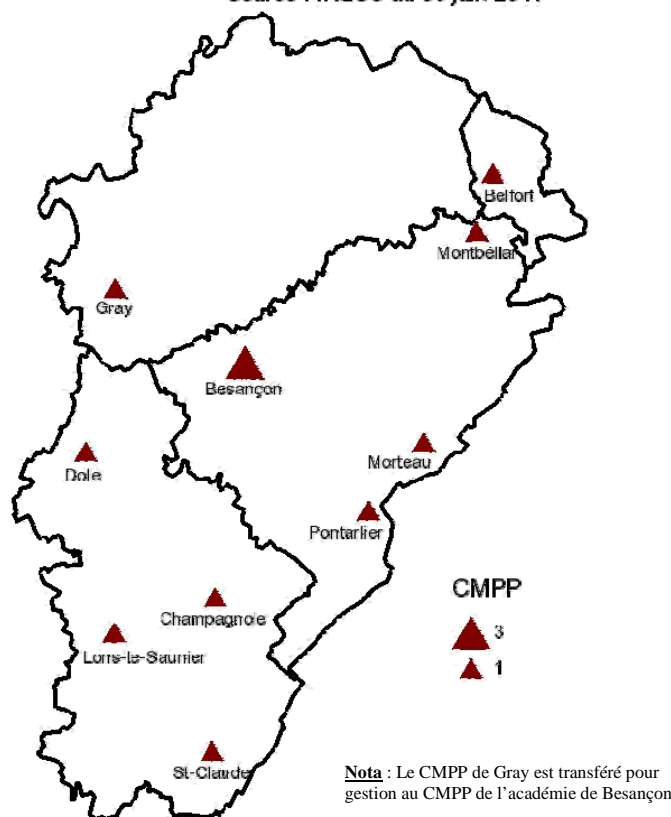
La demande en SESSAD est importante, avec en conséquence des listes d'attente et des délais de prise en charge. Au delà de la question de l'adéquation de l'offre se pose la question des modalités d'expression de la demande et de prescription du service. Une réflexion entre les acteurs concernés (MDPH, ARS, Education Nationale, services d'accompagnement) sur les modalités d'amélioration de la réponse aux personnes par une meilleure adéquation entre l'offre et la demande s'impose.

Les ITEP sont de plus en plus confrontés à l'accueil de jeunes présentant des troubles psychiques importants. La qualité de la prise en charge et la continuité des soins de ces jeunes nécessitent un renforcement de la présence d'équipe du secteur de pédopsychiatrie au sein de ces établissements.

La Franche-Comté compte 11 CMPP avec une file active de 4974 patients et un **délai moyen de prise en charge de 6,5 mois (moyenne nationale de 6,1 mois)** (enquête ES 2006)

Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) de Franche-Comté

Source FINESS du 30 juin 2011



Il n'existe pas de CMPP sur Vesoul

En Franche-Comté, pour l'année scolaire 2010-2011, 690 élèves atteints de handicap psychique ont été scolarisés en milieu ordinaire dont 15% en CLIS et 3% en ULIS

3. Objectifs

3.1. Améliorer le niveau de connaissance des besoins et de l'offre médico-sociale pour les enfants en situation de handicap psychique

Leviers d'action:

- Améliorer en lien avec les travaux menés dans le cadre de l'observation partagée du schéma médicosocial, l'évaluation des besoins, des attentes et de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap psychique (données, CMPP, ITEP, SESSAD, MDPH...)
- Concevoir une analyse des besoins dans le cadre des travaux d'observation du secteur médico-social afin d'adapter les dispositifs sanitaires et médico-sociaux aux évolutions de prise en charge.

3.2. Repérer et diagnostiquer précocement le handicap psychique pour une meilleure prise en charge

Leviers d'action :

- Favoriser la détection et le repérage précoce des enfants présentant des troubles du comportement en assurant des coordinations entre les professionnels de proximité de tous les secteurs (petite enfance, scolaire, social, médico-social).
- Former et informer les médecins de premier recours sur la prévention, le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent.
- Favoriser les formations interdisciplinaires auprès des professionnels intervenant dans le champ de l'enfance.

3.3. Améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité du parcours entre le sanitaire et le médico-social

Leviers d'action :

Au niveau de l'utilisateur :

- Favoriser l'intégration scolaire des enfants et des adolescents et la formation professionnelle en renforçant les partenariats entre les acteurs de santé et l'éducation nationale par le biais de convention.
- Optimiser le maillage territorial en CMPP afin de permettre une prise en charge de proximité.
- Accompagner les parents dans leurs démarches afin qu'il n'y ait pas de retard dans la prise en charge de leur enfant en les informant sur les dispositifs existants (CAMSP, CMPP, CMP....) et en facilitant le rapprochement avec les professionnels de santé.
- Réflexions à mener sur la création de coopération de mutualisation entre IME, ITEP, Familles d'accueil,... afin de développer l'accueil d'urgence le week-end pour les jeunes en crise
- Développer les liens entre le secteur de pédopsychiatrie, les établissements et services médico-sociaux, la MDPH et la PJJ pour une meilleure orientation des jeunes en rupture, mettant parfois en difficulté les équipes éducatives.

Au niveau des professionnels :

- Renforcer la complémentarité entre la pédopsychiatrie, l'Education nationale et les établissements médico-sociaux en amont des situations de crises notamment par l'élaboration de conventions précisant le cadre d'action, par des formations communes, des temps d'échange
- Favoriser la présence des équipes de secteur psychiatrique au sein des ITEP pour assurer une continuité des soins.
- Réflexion à mener pour permettre aux internes de psychiatrie de faire des stages dans les établissements médico-sociaux afin d'avoir une vision interinstitutionnelle.
- Renforcer le travail conjoint avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour permettre des orientations adaptées et une meilleure logique de parcours, notamment en formant les équipes pluridisciplinaires des MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) à l'évaluation des besoins individuels et en intervenant en appui pour les situations complexes et les diagnostics précoces.

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) établis par les Conseils généraux.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

Avec les Conseils généraux, les MDPH, l'Education nationale, la Protection judiciaire de la jeunesse et les associations de personnes handicapées psychiques.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Nombre de formations interdisciplinaires.
- Listes d'attente et délais de prise en charge dans les services et structures de prise en charge.
- Nombre de conventions de coopération signées entre les établissements de psychiatrie, l'Education nationale et les établissements médico-sociaux.
- Nombre de personnes en aménagement Creton.
- Nombre de places créées.
- Listes d'attente en CAMSP et CMPP.

Fiche SROMS

Le handicap psychique de l'adulte

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.3	Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique, notamment pour prévenir les risques de suicide.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	Psychiatrie.

1. Contexte

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis une meilleure reconnaissance du handicap psychique. Il s'agit d'un handicap pouvant varier selon le degré de stabilisation de la pathologie. Il se caractérise par la rupture du lien social, la variabilité et l'imprévisibilité des troubles, ainsi que dans de nombreux cas le déni de la maladie, qui sont une souffrance et une charge pour la famille et l'entourage.

Les conséquences de cette pathologie, conduisent à proposer une palette globale de réponses, allant du parcours de soin au projet de vie, avec l'objectif du développement de l'autonomie des personnes. Pour autant, les dispositifs de droit commun ont leurs limites et doivent être complétés par des dispositifs d'offres adaptées à la spécificité du handicap psychique.

Pour une cohérence dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques, il est essentiel de favoriser d'une part, les coopérations et les actions conjointes entre les acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux. Plus particulièrement, une articulation étroite devra être construite entre le volet psychiatrique du SROS et le SROMS, afin d'être en vigilance sur les interpénétrations entre pathologies mentales et handicap psychique et permettre aux personnes handicapées psychiques, quelle que soit leur situation de rester suivies par les équipes psychiatriques de proximité.

D'autre part, il est essentiel d'améliorer la complémentarité avec les stratégies portées par les Conseils généraux et les autres services de l'état, pour l'emploi, la santé au travail, le logement et la précarité.

Les données actuelles ne permettent pas d'appréhender précisément la réalité du handicap psychique en France, les données parcellaires pouvant recenser un certain nombre de pathologies sans toutefois prendre la mesure exacte du type et du degré de handicap.

(rapport IGAS 2011, rapport CNSA 2008).

2. Diagnostic

L'offre en établissements spécialisés en Franche Comté se présente de la manière suivante:

- Les **MAS** (Maison d'accueil spécialisée) accueillent des adultes lourdement handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
- Les **FAM** (Foyer d'accueil médicalisé) accueillent les adultes handicapés inaptes à toute activité à caractère professionnel et nécessitant l'assistance d'une tierce personne.
- Les foyers d'hébergement accueillent des adultes qui travaillent à temps plein ou à temps partiel en ESAT ou en entreprise adaptée
-

Pour le soutien à domicile, on distingue 2 types de services :

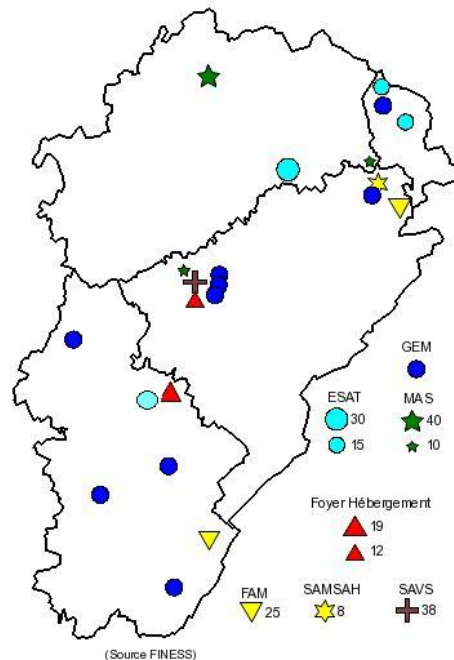
- Les **SAVS** (Services d'accompagnement à la vie sociale) relèvent de la compétence des Conseils généraux. Ils ont pour mission l'accompagnement au quotidien des personnes handicapées qui vivent à leur domicile et permettent une vie autonome dans de bonnes conditions.
- Les **SAMSAH** (Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé) sont des services qui assurent le même accompagnement social que les SAVS mais sont également en mesure d'assurer la coordination des soins.

La région dispose de 12 structures, destinées à la prise en charge des troubles du comportement, des déficiences graves de la communication et du psychisme de l'adulte, soit 243 places autorisées avec 208 places effectivement installées au 15 octobre 2010, compte tenu de structure comme le FAM du Jura qui ouvrira début 2012 et d'autres extensions de capacité en cours.

Neuf Groupe d'entraide mutuelle (GEM) sont implantés sur le Doubs, le Jura et le Territoire-de-Belfort. Ces GEM ont vocation à favoriser l'insertion sociale de toutes les personnes en souffrance psychique quelle qu'en soit l'origine.

Déficience Psychique_Adultes

Places autorisées au 15 oct 2010



3. Objectifs

3.1. Améliorer le niveau de connaissance des besoins médico-sociaux d'accompagnement des adultes en situation de handicap psychique

Leviers d'action:

- Conformément à l'orientation majeure du SROMS, d'amélioration des outils de connaissances du secteur médico-social, il est fondamental
 - de définir une méthodologie qui fiabilise l'évaluation du besoin en lien étroit avec les Conseils généraux, les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que les associations représentatives. (données MDPH, listes d'attente, amendements CRETON),
 - de mener avec l'aide d'organismes extérieurs des enquêtes ou études épidémiologiques sur la population des personnes reconnues en situation de handicap psychique.

3.2. Améliorer la continuité des prises en charge entre l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale pour répondre aux besoins de parcours individualisés

Leviers d'action :

- Créer des plateformes de coordination en psychiatrie ayant pour mission:
 - de développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires du territoire (organisation de formations),

- de mettre en place, avec les partenaires du social, du sanitaire et du médico-social, un suivi des parcours individuels,
 - d'associer les usagers et les familles aux réflexions et propositions,
 - de mettre à jour et diffuser à la société civile les informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, au soin et à l'accompagnement
 - d'être une instance de réflexion et de proposition,
 - de mettre en place des outils d'évaluation de son action.
- Créer des équipes mobiles de psychiatrie pouvant intervenir au domicile et en appui des services et établissements médico-sociaux.
- Construire des partenariats entre établissements sanitaires et médico-sociaux par le biais de conventions de coopération afin de :
 - formaliser en amont des besoins, les modalités d'hospitalisation et de retour dans le lieu de vie en particulier pour les situations d'urgence
 - faciliter l'alternance des séjours en psychiatrie en mettant en place un dossier de liaison, partagé entre les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux.
 - favoriser l'intervention des professionnels de la psychiatrie dans les établissements médico-sociaux pour venir en soutien et en appui des professionnels, notamment par la formation de personnes relais au sein des établissements qui puissent être à même d'apporter les réponses les mieux adaptées aux situations difficiles et éviter ainsi les hospitalisations.
- Soutenir le travail en réseau, compte tenu de la multiplicité des paramètres à prendre en compte pour répondre aux besoins de la personne dans sa globalité
- Développer les formations pluridisciplinaires et interinstitutionnelles sur les spécificités du handicap psychique pour les professionnels exerçant auprès de personnes présentant ce handicap.
- Poursuivre en les développant les initiatives d'accompagnement à la vie sociale et au maintien dans l'emploi :
 - Optimiser en lien avec les Conseils généraux, le maillage territorial en services d'accompagnement SAVS, SAMSAH et GEM afin d'apporter des réponses de proximité adaptées à ce public et faciliter le maintien durable en milieu ordinaire.
 - Développer en partenariat avec la DRJSCS, les DDCSPP, les collectivités territoriales et les associations, l'offre en logement adapté (maison relais, résidence accueil,...) et favoriser l'accès à un logement ordinaire pour les personnes autonomes (appartement associatif, intermédiation locative,...).
 - Optimiser en lien avec la DIRECCTE et les Conseils généraux, la couverture en EA, ESAT spécialisés et foyers d'hébergement, afin de favoriser le travail protégé
 - Etudier les possibilités de travail à temps partiel et d'accueil séquentiel en ESAT afin de prendre en compte la variabilité des parcours
 - Renforcer les partenariats entre la DIRECCTE, l'AGEFIPH, le FIPHFP et les structures d'insertion professionnelles afin de faciliter l'insertion professionnelle en milieu ordinaire et le maintien dans l'emploi.
 - Sensibiliser et mobiliser les partenaires au sein de la commission de coordination des politiques publiques sur les problématiques de logement et d'insertion professionnelle
- Evaluer les besoins en structures MAS et FAM pour la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique lourd, en tenant compte dans le dimensionnement des besoins de la logique de parcours de vie de la personne (accueil temporaire ou séquentiel,...)

3.3. Structurer un dispositif de concertation entre les acteurs de la santé mentale et du handicap psychique.

Levier d'actions :

- Mettre en place un groupe de travail permanent relatif à la santé mentale au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

3.4. Améliorer le soutien aux aidants.

Levier d'action

- Renforcer la formation des accompagnants et des associations à la spécificité du handicap psychique

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).
Le PRAPS

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) établis par les Conseils généraux
Les Plans départementaux d'aide au logement des personnes défavorisées de compétence conjointe Etat/Conseil général
Le PRITH (plan régional d'insertion des travailleurs handicapés)

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux
- Le Conseil régional,
- Les MDPH,
- La DIRECCTE,
- l'AGEFIPH, FIPHFP
- La DREAL
- La DRJSCS
- La CARSAT et CPAM
- Les associations de personnes handicapées psychiques.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Nombre de formations interdisciplinaires.
- Nombre de nouvelles places créées
- Nombre de conventions de coopération signées entre les établissements de psychiatrie, et les établissements et services d'accompagnement médico-sociaux.

Fiche SROMS

Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	Psychiatrie.

1. Contexte

1.1. Les textes

- Le plan autisme 2008-2010
- La circulaire N°DGCS/DGOS/CNSA/2010/292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010
- La circulaire N°DGS/MC4/DGCS/DGOS/CNSA/2011/146 du 15 avril 2011 relative à la diffusion régionale du corpus commun de connaissances sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) par la mise en œuvre de la formation de formateurs prévue à la mesure 5 du plan autisme 2008-2010

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés, constituent un ensemble de syndromes regroupés sous le terme de "troubles envahissants du développement" (TED), caractérisés par un déficit des interactions sociales et de la communication, et des perturbations des intérêts et des activités qui entravent le développement de l'enfant et engendrent la vie durant des handicaps sévères et lourds de conséquences pour lui-même et sa famille.

Il est possible par une éducation, un accompagnement et des soins adaptés, particulièrement s'ils sont instaurés de façon précoce, d'en orienter l'évolution et d'en limiter considérablement les conséquences pour la personne et ses proches.

Sur le plan épidémiologique, en 2009, selon la Haute autorité de santé, la prévalence estimée pour l'ensemble des TED dont l'autisme, est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Selon les dernières études américaines, ce serait près de 1% des enfants dans les pays riches, un trouble au coût sociétal énorme.

L'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes de troubles envahissant du développement (TED) font l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans le plan autisme 2008-2010.

1.2. Le plan autisme 2008-2010

Le plan autisme 2008-2010 ouvre des perspectives nouvelles dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles envahissants du développement, en favorisant la diversité de leurs parcours et la coordination des intervenants sanitaires et sociaux.

Les objectifs de ce plan sont au nombre de huit répartis dans trois axes stratégiques :

Axe 1 : mieux connaître l'autisme et les TED pour mieux former.

Axe 2 : mieux repérer pour mieux accompagner.

Axe 3 : diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

2. Diagnostic

Les 174 places installées en Franche-Comté au 1^{er} mai 2010 pour l'accueil des enfants autistes se répartissent essentiellement entre les IME (167places) et les SESSAD (7 places). (DOSA)

On observe une concentration de structures dans le nord Franche-Comté.

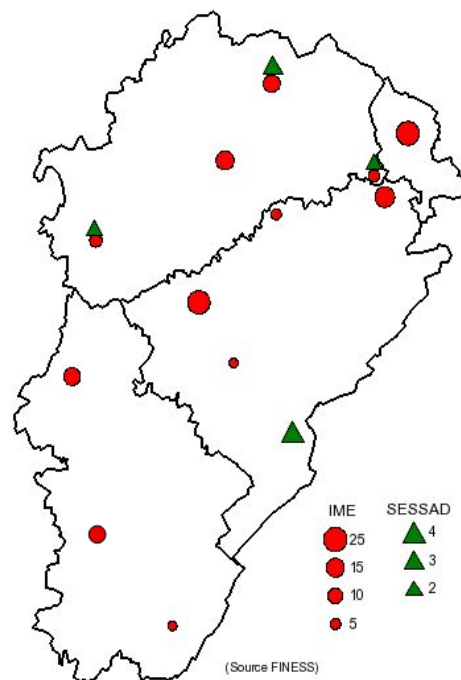
Il n'existe pas de SESSAD spécialisé autiste dans le Jura.

Présence d'un Centre de Ressource Autisme (CRA) à Besançon (au CHU), structure médico-sociale qui a pour missions d'accueillir et conseiller les personnes et leurs familles, de réaliser des bilans et des évaluations, et de former et informer les acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de ce handicap.

Au cours de l'année 2010, 240 personnes souffrant de TED et des familles ont fait une demande d'information, conseil et orientation auprès du CRA. 34 bilans ont été réalisés par les équipes de diagnostic et d'évaluation.

Autisme_Enfants

Places autorisées au 15 oct 2010

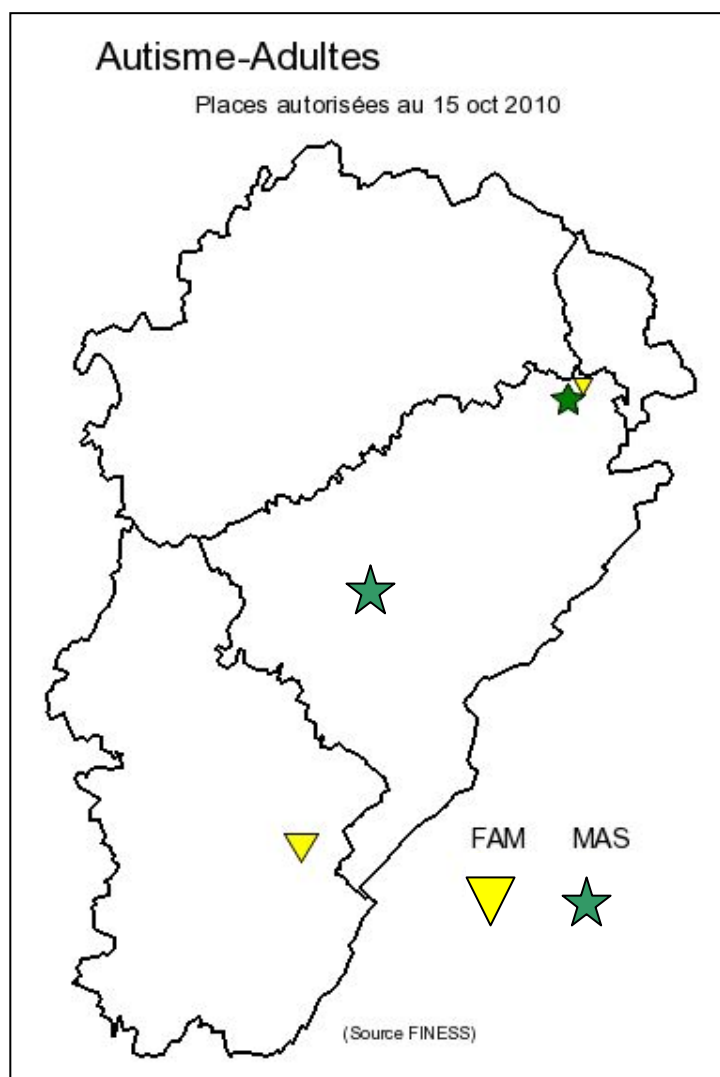


L'offre en structures et services d'accompagnement pour la prise en charge des adolescents de plus de 14 ans et des adultes autistes est à renforcer

Les établissements dédiés aux adultes présentant des troubles autistiques se résument à 2 FAM pour un total de 46 places et une MAS sur Besançon de 8 places. Une MAS de 8 places dans l'Aire Urbaine est actuellement autorisée mais n'est pas installée.

Ce nombre paraît faible au regard de celui des établissements pour enfants concernés par ce handicap. Cet écart pose la question du devenir des enfants autistes à l'âge adulte.

Il apparaît clairement que le nombre d'adultes présentant un syndrome autistique continue à être accueilli dans des structures pour déficients intellectuels et dans des établissements psychiatriques.



3. Objectifs

3.1. Poursuivre la mise en œuvre régionale du plan autisme

Leviers d'action :

- Développer le repérage et le diagnostic précoce chez l'enfant afin de faciliter l'orientation et permettre une prise en charge adaptée
- Consolider le Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA) et préciser ses missions

Actions :

- Contribuer à l'amélioration de la connaissance quantitative et qualitative des besoins et de l'offre d'accompagnement de personnes souffrant d'autisme ou de Troubles envahissant du développement (TED).
- Améliorer l'articulation entre les prises en charge sanitaire et médico-sociale.
- Mener des réflexions sur l'accompagnement et les besoins de formation des professionnels et des aidants et des parents.
- Conforter la réalisation des missions du Centre de ressource autisme (CRA)
 - Identifier au sein de chaque espace d'animation, des professionnels de santé intervenant dans le champ somatique, formés aux spécificités de l'autisme et susceptibles de délivrer des soins dans les conditions spécifiques requises.
 - Renforcer le travail conjoint avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour permettre des orientations adaptées et une meilleure logique de parcours, notamment en formant les équipes pluridisciplinaires des MDPH à l'évaluation des besoins individuels et en intervenant en appui pour les situations complexes et les diagnostics précoces.

- Renforcer la mission d'animation du réseau des acteurs, en matière de diagnostic et d'évaluation des troubles et la diffusion des connaissances et l'évolution des pratiques.
 - Organiser l'information et la formation des professionnels.
 - Contribuer, en matière d'études et de recherche, à la veille et à la réflexion sur les pratiques de soin et d'accompagnement.
 - Contribuer à favoriser l'accompagnement et les prises en charges multi- disciplinaires fondées sur des approches thérapeutiques et éducatives reconnues.
- Mettre en place les principes d'organisation territoriale prévus par la circulaire du 27 juillet 2010 qui proposent une offre de soins et d'accompagnement graduée.
 - Recentrer le rôle des équipes hospitalières associées au Centre de Ressource Autisme (CRA) au niveau régional, sur le diagnostic des cas complexes et sur le rôle d'appui et de formation des équipes hospitalières ou médico-sociales (CAMSP, CMPP).
 - Développer avec l'appui du Centre de ressource autisme (CRA), le rôle des équipes hospitalières de 1^{ère} ligne dans le diagnostic des cas simples.
 - Veiller à la coordination de l'ensemble des acteurs de proximité, afin de favoriser la continuité des parcours de soins et d'accompagnement de la personne.

3.2. Garantir la continuité de la prise en charge médico-sociale des enfants autistes devenus adolescents et adultes

Leviers d'action :

Pour les adolescents :

- Compléter l'offre en structures et services d'accompagnement pour la prise en charge des adolescents autistes. (à ajuster avec le département organisation, projets en cours ?)
- Développer des modes d'accueil souples, permettant des réponses adaptées aux besoins spécifiques des adolescents (internat souple, accueil temporaire,...) y compris en dehors des jours d'ouverture des établissements médico-sociaux
- Renforcer la complémentarité entre la pédopsychiatrie et les établissements médico-sociaux en amont des situations de crises notamment par l'élaboration de conventions précisant le cadre d'action, par des formations communes, des temps d'échanges...
- Réflexions à mener pour permettre aux internes de psychiatrie de faire des stages en établissement médico-social afin d'avoir une vision interinstitutionnelle
- Développer une offre en travail protégé, adapté aux spécificités de l'autisme.

Pour les adultes :

- Développer des structures de prise en charge pour adultes autistes (FAM, MAS) (à ajuster avec département organisation, projets en cours?).
- Développer des services d'accompagnement pour les adultes autistes (SAMSAH) en étudiant les possibilités de requalification de conversion de places pour enfants en adultes dans une logique de consolidation de parcours.
- Développer dans les structures des modes d'accueil temporaire et d'accueil de jour pour permettre des périodes de répit à la personne autiste et à son entourage.
- Améliorer l'information et le soutien des familles.

4. Programmes/Schéma de l'organisation régionale

4.1. Programme

- Le plan autisme.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Education nationale.
- Conseils généraux.
- MDPH.
- Association pour les autistes.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi

- Indicateurs de suivi du plan autisme.
- Nombre d'autistes en aménagement CRETON.
- Nombre d'actions régionales et inter régionales d'information.
- Nombre de formation en direction des professionnels.
- Nombre de places créées.

Fiche SROMS

Réponses aux handicaps à prévalence régionale

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 2 Objectif 2.4	Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge.
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées.
SROS	AVC et TC, Périnatalité, Psychiatrie, SSR.

Les déficiences sensorielles

Déficience visuelle

1. Contexte

Les textes:

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.

Un plan:

- Le plan en faveur des déficients visuels.

Aujourd'hui la France compte 1,7 million de déficients visuels (*enquête HID 98-99*). Près de 3 français sur 100 sont confrontés à des problèmes de vision. Parmi eux, on compte 207 000 malvoyants profonds et aveugles. 30% des déficients visuels souffrent d'un polyhandicap ou d'un trouble associé (*plan handicap visuel 2008*).

En Franche-Comté le nombre de personnes déficientes visuelles est ainsi estimé à 34 000 et le nombre de personnes atteintes de cécité à environ 1 300 (*enquête HID de l'INSEE 98-99*): La prévalence ne devrait pas faiblir dans les années à venir car elle est fortement liée à l'âge. La moitié des déficients visuels sont des personnes âgées de plus de 60 ans.

C'est dans ce contexte qu'a été adopté, le 2 juin 2008, **le plan en faveur des déficients visuels**. L'ambition de ce plan est de permettre aux personnes déficientes visuelles, dans la continuité des principes énoncés par la loi du 11 février 2005, d'exercer l'ensemble des droits reconnus à tous les citoyens.

Le plan comporte 3 axes déclinés en 22 mesures :

- Axe 1: le droit de vivre dignement avec le handicap.
- Axe 2: le droit de vivre de façon autonome.
- Axe 3: le droit de vivre pleinement sa citoyenneté.

Les Agences régionales de Santé sont plus particulièrement investies sur l'axe 1 et les objectifs suivants:

- **mieux connaître pour mieux dépister les troubles de la vision.**

En effet, le handicap visuel survient principalement aux deux extrémités de la vie, mais le dépistage reste insuffisant en maternité ou dans la petite enfance, ou encore en maison de retraite. S'agissant du jeune enfant, ce sont encore trop souvent les retards de développement psychomoteurs ou les visites médicales pendant la scolarisation qui alertent les parents.

- **améliorer l'annonce et l'accompagnement de la déficience visuelle.**

L'annonce du handicap, présent ou à venir n'est le plus souvent pas accompagnée d'information sur les moyens d'acquiescer ou de maintenir une autonomie malgré le handicap, sur les différentes formes d'aide ou de prise en charge. L'accompagnement psychologique des personnes et de leurs familles après l'annonce d'un handicap reste largement insuffisant.

- **renforcer l'offre en établissements et services spécialisés pour les personnes aveugles ou malvoyantes avec un handicap associé.**

Depuis 1988, les établissements spécialisés ont tous ouvert des SEHA (Section d'enseignement avec handicap associé) destinées aux enfants aveugles et malvoyants.

En revanche les adultes aveugles ou malvoyants bénéficient très peu d'offre en établissement ou services lorsqu'ils souffrent de handicaps associés (surdi-cécité dans la plupart des cas)

Un groupe de travail a été mis en place par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de définir l'implantation d'établissements et services spécialisés pour adultes aveugles ou malvoyantes avec un trouble associé, de manière à proposer une prise en charge sur tout le territoire. L'Association pour l'enfance et l'adolescence Inadaptée (ANCREAI) s'est vu confier la mission d'élaborer, en lien avec les professionnels des handicaps rares, une cartographie dynamique des ressources existantes sur ces handicaps dans l'inter-région grand est (Alsace, Lorraine, Franche-Comté, et Champagne-Ardenne). Ce travail devrait permettre d'élaborer une méthodologie de repérage des ressources disponibles :

- améliorer la prise en charge des personnes âgées qui deviennent malvoyantes
- améliorer la scolarisation et l'orientation professionnelle des jeunes aveugles, chaque région devant disposer en moyenne de 4 Services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS).

2. Diagnostic

Les établissements et services de prise en charge :

La Franche-Comté dispose d'un **Centre régional d'enseignement et d'éducation spécialisés pour déficients visuels** (CREESDEV), situé à Besançon. Ce centre enseigne les fondamentaux aux enfants aveugles et malvoyants. Il accueille des déficients visuels de 4 à 20 ans et dispose d'une section pour jeunes polyhandicapés :

- Section scolaire: 50 places (20 places de demi-pensionnaire et 30 places d'interne).
- Section polyhandicapés: 25 places.

Ce centre comprend les services suivants:

- Un **Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS)** de 35 places pour la prise en charge des enfants et les adolescents déficients visuels de 6 à 20 ans, scolarisés en établissements scolaires. Le service propose de déterminer avec l'enfant et sa famille les besoins de soutien, de rééducation en fonction des difficultés identifiées lors d'évaluations. Un projet individualisé d'accompagnement est élaboré conjointement pour mettre en place les moyens adaptés.
- Un **Service d'accompagnement, familial et d'éducation précoce (SAFEP)** de 15 places, pour la prise en charge des enfants atteints d'une déficience sensorielle grave, âgés de moins de 3 ans. Il assure en particulier le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage et apporte une aide au développement de l'autonomie et de la communication de l'enfant.

Si la prise en charge des jeunes déficients visuels jusqu'à l'âge de 20 ans est globalement satisfaisante, on constate une absence de réponse en ce qui concerne l'accompagnement des personnes adultes déficientes visuelles (SAMSAH).

3. Objectifs

3.1. Renforcer l'information auprès des professionnels de santé sur le dispositif de dépistage précoce existant

Leviers d'action:

- Améliorer le niveau de connaissance des médecins chargés du suivi de l'enfant tout au long de sa croissance (médecins pédiatres, médecins généralistes; médecins de PMI et de santé scolaire...)
- Améliorer le niveau de connaissance des médecins chargés du suivi des personnes âgées (médecins généralistes, médecins intervenant en maison de retraite...) avec rappel des bonnes pratiques du diagnostic des maladies des yeux (recommandation de la HAS...).

3.2. Porter une attention particulière aux besoins de services d'accompagnement à l'insertion professionnelle et à l'aide à domicile des déficients visuels adultes (SAMSAH,...)

Une étude de besoin réalisée en 2009 par le CREESDEV concluait à la nécessité de créer un SAMSAH de 10 à 15 places à vocation régionale.

3.3. Favoriser la scolarisation et l'orientation professionnelle des jeunes déficients visuels

Leviers d'action :

- Renforcer la coopération et la coordination entre les établissements et les services d'accompagnement médico-social et l'Education nationale.
- S'assurer d'une bonne couverture du territoire en Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS).

3.4. Améliorer la prise en charge des personnes âgées qui deviennent malvoyantes

Levier d'action :

- Former le personnel des maisons de retraite aux besoins spécifiques de la personne âgée devenue malvoyante en matière de locomotion et d'activités journalières.

4. Programmes/Schéma de l'organisation régionale

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie(PRIAC)

4.2. Schéma

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Conseils généraux
- MDPH
- Education nationale
- DIRRECTE
- AGEFIPH-FIPHEP
- Association pour les handicapés déficients visuels

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Indicateurs de suivi du plan 2008-2011 " Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la cité"

Déficience auditive

1. Contexte

Les textes :

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.
- Circulaires du 21 août 2008 et du 28 mai 2010 relatives à la mise en place de pôles d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS).

Un enfant sur 1000 naît chaque année en France avec une déficience auditive sévère et profonde, soit 700 enfants par an (14 enfants en Franche-Comté). Les surdités sévères ou profondes représentent environ un tiers des surdités à la naissance. On estime par ailleurs à 6,6% de la population (soit un nombre de 4,09 millions de personnes) le nombre de français souffrant d'un déficit auditif, tout trouble confondu, dont 88% sont devenus sourds ou malentendants au cours de leur vie.

Ce public est d'une grande diversité: 483 000 personnes sont atteintes de déficience auditive profonde, 600 000 sourds et malentendants portent des prothèses auditives.

Le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes

Les déficiences retentissent à la fois sur l'éducation et la scolarité, la vie professionnelle; l'ensemble de la vie sociale en raison de leur impact sur les possibilités de communiquer avec autrui:

C'est dans ce contexte qu'a été lancé le 10 février 2010, **le plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes**. Dans la continuité de la loi du 11 février 2005, ce plan en direction des personnes sourdes ou malentendantes vise à:

- Améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience auditive (axe 1)
- Mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie (axe 2)
- Rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes (axe 3)

Les Agences régionales de Santé sont plus particulièrement investies sur les objectifs suivants:

- accompagner les familles et les personnes concernées dès la découverte de la surdité.

La prise en charge la plus précoce possible permet un meilleur développement linguistique et cognitif. Elle s'appuie en particulier sur les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP). Elle associe les parents.

S'agissant des personnes adultes, la surdité entraîne une perte de compétences en matière de communication et peut conduire à la perte du lien social, à de l'isolement et à la souffrance psychique.

- permettre aux jeunes sourds de réussir leur parcours scolaire

La loi du 11 février 2005 réaffirme (art L.112-2-2 du code de l'éducation) le principe déjà énoncé depuis 1991 du droit des parents d'enfants sourds de faire le choix entre une éducation avec une communication bilingue: langue des signes (LSF) et langue française et une communication en langue française (enseignée alors au moyen d'outils adaptés dont notamment le langage parlé complété, (LPC).

Ce choix s'exprime lors de l'élaboration par les parents du projet de vie de l'enfant, déposé auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et doit figurer dans le volet scolaire du plan personnalisé de compensation de l'enfant élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Comme tout enfant handicapé, l'élève sourd doit pouvoir être inscrit dans l'école ou l'établissement d'enseignement le plus proche de son domicile.

Le parcours scolaire du jeune sourd peut s'effectuer dans une classe ordinaire ou une classe adaptée d'un établissement scolaire ou bien dans une unité d'enseignement. Le dispositif de l'unité d'enseignement peut se mettre en place soit dans un établissement scolaire qui héberge une "classe externalisée" d'un établissement médico-social, soit dans un établissement médico-social ou encore déployé dans les deux types d'établissements.

- **mieux accompagner les personnes âgées sourdes ou malentendantes**

Pour les personnes âgées, la surdité surajoute à la perte d'autonomie. Elle doit être prise en compte dans le cadre des structures d'accueil.

Une proposition de loi visant à généraliser le dépistage précoce des troubles auditif est en cours d'étude.

Le texte prévoit que le dépistage précoce de ces troubles de l'enfant ait lieu avant la fin du troisième mois. Un "examen de repérage" serait effectué avant sa sortie de la maternité. Si ce test ne permettait pas d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires seraient réalisés dans les trois mois suivant sa naissance dans une "structure spécialisée".

Le dépistage comprend aussi "une information sur les différents modes de communication existants et leurs disponibilités au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille".

Les Pôles d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS)

"La circulaire de 21 août 2008 fixait comme objectif l'établissement progressif, dans chaque académie, de la carte "des pôles LSF" destinés aux enfants sourds dont les parents ont fait le choix d'une communication "bilingue" (utilisation du français écrit et utilisation de la LSF).

La circulaire du 28 mai 2010 complète la circulaire précitée et précise la définition de la mise en place de pôles d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS)."Ce changement d'appellation vise à élargir la notion de pôle aux dispositifs pédagogiques et technologiques permettant aux jeunes sourds, quel que soit le mode de communication choisi par leur famille, de suivre un enseignement au plus près possible d'une scolarisation ordinaire sans se focaliser sur la seule LSF"

2. Diagnostic

Les établissements et services de prise en charge au 1^{er} septembre 2011

La Franche-Comté dispose d'un Centre d'éducation pour enfants déficients auditifs (CEEDA)   vocation régionale situé à Besançon. Il accueille des enfants et des jeunes de 3 à 20 ans atteints de surdité moyenne, sévère ou profonde des 4 départements de Franche-Comté, et dans certain cas de départements limitrophes, orientés par les Commissions des droits et de l'autonomie (CDA) des MDPH. Le CEEDA propose une prise en charge globale afin de permettre un développement de l'enfant sourd le plus proche possible de celui de l'enfant entendant.

Il comprend trois services d'accompagnement:

- un Service de soutien   l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS) de 102 places: ce service prend en charge des enfants, adolescents ou jeunes adultes sourds scolarisés en milieu ordinaire (scolarisation individuelle, ou intégration collective), maternelle, primaire et secondaire, voire en formation professionnelle.
- un Service d'accueil familial spécialisé (SAFS) de 5 places: ce service accueille des enfants et des adolescents sourds suivis par le SSEFIS qui, pour des raisons géographiques, nécessitent un hébergement à Besançon pour permettre la mise en œuvre d'une scolarité adaptée ou spécialisée dans le cadre du dispositif d'intégration collective bisontin (CLIS 2: classe d'intégration scolaire pour enfants déficients auditifs et UPI 2: unité pédagogique d'intégration pour enfants déficients auditifs) et des soins dont ils ont besoin.
- Un Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) de 8 places: ce service accompagne la prise en charge précoce d'enfants de 0 à 3 ans.

Evolution du public accueilli au CEEDA (*rapport d'activité 2010*):

- Un rajeunissement de la population accueillie est constatée, avec une moyenne d'âge abaissée de 3ans 10 mois ainsi qu'une progression constante du nombre d'enfants suivis par le SSEFIS, Au 31 décembre 2010, 11 enfants étaient en attente d'une prise en charge.
- 85% des enfants présentent des surdités sévères ou profondes, 45 enfants sourds profonds bénéficient d'un implant cochléaire soit 46%.

Cette évolution dans les prises en charge s'explique notamment par les facteurs suivants:

- le nombre croissant d'enfants bénéficiant d'un implant cochléaire: Les perceptions auditives restituées ont favorisé l'accès à un niveau de langage oral suffisant pour permettre dans la majorité des cas une scolarisation en milieu ordinaire. Les demandes de suivi sur les lieux de scolarisation ont par conséquent augmenté avec un impact sur l'activité du SSEFIS, entraînant parallèlement le déclin du SAFS
- les changements des modes de vie et l'évolution de la société incitant les parents à privilégier une prise en charge de proximité.
- la politique nationale en faveur de la scolarisation des enfants handicapés (loi du 11/02/05, loi du 2/01/ 2002)

Il n'existe pas de structure d'accompagnement implantée dans le Jura pour la prise en charge des enfants et des jeunes déficients auditifs. Certains sont accompagnés par le CEEDA de Besançon d'autres par l'Institut des jeunes sourds de Bourg en Bresse.

La scolarisation des enfants accompagnés par le CEEDA

Modes de scolarisation (classes spécialisées, scolarisation en milieu ordinaire) en fonction des départements

	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort	Haut-Rhin	Total
CLIS et ULIS	9	1	5	1	1	17
Scolarisation en milieu ordinaire	47	18	2	11	0	78
Total par département	56	19	7	12	1	95

Rapport d'activité CEEDA 2010

En réponse aux circulaires du 21 août 2008 et du 28 mai 2010, l'académie de Besançon met en place à la rentrée 2011 le dispositif PASS avec l'identification de plusieurs pôles ressources mis en réseau :

- pour le grand Besançon et le sud de la haute Saône
- pour Vesoul et alentours
- pour l'aire urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt
- pour le Jura

Ces pôles bénéficieraient d'une coordination avec un médiateur pédagogique, destinée à mettre en synergie toutes les ressources disponibles (enseignants, matériel, aides humaines,...) en lien avec les partenaires (ARS, parents d'élèves, services de soins, associations, collectivités locales, MDPH).

3. Objectifs

3.1. Identifier plus précocement les déficiences auditives

Levier d'action:

- Favoriser la détection et le repérage précoce des enfants présentant des troubles de l'audition en assurant des coordinations entre les professionnels de proximité de tous les secteurs (médecins pédiatres, médecins généralistes; médecins de PMI et de santé scolaire).

3.2. Optimiser la mesure du besoin en services d'accompagnement (SSEFIS)

Levier d'action:

- Expertiser la couverture en SSEFIS notamment dans le sud du Jura

3.3. Favoriser la scolarisation des élèves sourds ou malentendants

Levier d'action :

- S'engager aux côtés de l'Education nationale pour mettre en place les dispositifs favorisant une scolarité de qualité dans l'environnement immédiat des jeunes concernés.

4. Programmes/schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux.
- Les MDPH.
- L'Education nationale.
- L'URAPEDA, APEDA.
- La DIRRECTE.
- L'AGEFIPH-FIPHFP.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Listes d'attente et délais de prise en charge en SSEFIS, SAFEP.
- Nombre d'enfants sourds ou malentendants scolarisés en milieu ordinaire.
- Indicateurs de suivi du plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes.

Les traumatismes crâniens

1. Contexte

Textes

- Circulaire du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion des traumatisés crâniens.
- Circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.

Le traumatisme crânien est une pathologie qui entraîne des changements profonds de la personne, tant sur le plan physique, psychique qu'intellectuel.

Les personnes qui ont subi un traumatisme crânien modéré ou sévère peuvent présenter des séquelles neuropsychologiques qui persistent parfois toute leur vie et ont des répercussions à la fois sur la vie sociale, familiale et professionnelle (*rapport IGAS de 1995*). Le plus souvent il s'agit d'un accident touchant un sujet jeune dont les conséquences déstabilisent brutalement et définitivement le projet de vie du traumatisé et celui de la famille.

2. Diagnostic

Le nombre de traumatismes crâniens en Franche-Comté:

Données PMSI	Moyenne 2000-2002	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009
Traumatismes Crâniens	2825	2625	2508	2371	2501
TC avec critère de gravité		756	711	602	
TC sans critère de gravité		1849	1772	1755	
Traumatisme médullaire		10	15	7	
Traumatisme racine ou nerf		10	10	7	

Le nombre moyen de traumatismes crâniens observé sur la période 2007-2009 est inférieur de 11% à celui observé au cours de la période 2000-2002.

Les TC sans critère de gravité oscillent autour 1760 +/- 5% sur la période 2003-2009.

Les TC avec critère de gravité semblent suivre une pente descendante depuis 2007, après avoir été relativement stables sur la période 2004-2006.

A partir d'une analyse rétrospective réalisée en 2005 auprès de l'ensemble des médecins experts de Franche-Comté, il apparaît que chaque année, 50 personnes au minimum ont des conséquences graves d'un traumatisme crânien (*étude de l'ORS- les traumatismes crâniens: conséquences familiales, sociales et professionnelles-mars 2005*).

On peut estimer que les données recueillies au travers de cette étude représentent 75 à 80% des personnes concernées dans la région, soit une incidence des traumatisés crâniens avec des conséquences graves de 60 à 70 personnes en Franche-Comté (3000 à 4000 en national).

Entre 60 et 65% des traumatisés crâniens sont des hommes.

Une élévation de l'âge moyen est observée depuis 2003, tant pour les hommes que pour les femmes (en 2009, l'âge moyen était de 40,8 ans).

Les structures de prise en charge

La Franche-Comté dispose :

- d'une Unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS) à vocation régionale située à Besançon, il s'agit d'un Centre d'accueil de jour, d'une capacité de 10 places, situé à Besançon. L'UEROS accompagne la réinsertion sociale et professionnelle du traumatisé crânien, en aidant à l'élaboration d'un projet de vie en lien avec l'entourage. 63 personnes sont en attente d'une admission.
- de 2 Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), chacun d'une capacité de 10 places. Le premier à Besançon avec des antennes à Montbéliard et Pontarlier. Le second à Vesoul avec une antenne à Gray.
- de 2 Groupes d'entraide mutuelle (GEM) accueillent des traumatisés crâniens dans le département de la Haute Saône sur Vesoul et Gray. Ce sont des espaces d'accueil où des personnes en souffrance psychique peuvent se retrouver, s'entraider, organiser des activités visant au développement personnel et créer des liens
- de plusieurs établissements spécialisés pour adultes présentant un handicap psychique et cérébrolésés :
 - dans le Jura, une MAS de 36 places et 4 GEM,
 - en Haute Saône, une MAS de 40 places,
 - un ESAT dans le Territoire-de-Belfort, la Haute-Saône et le Jura,

Les listes d'attente en ESAT spécialisés sont importantes. Les personnes traumatisées crâniennes, en situation de fragilité, refusent de quitter leur environnement pour travailler loin.

Sur Besançon, un travail important est engagé entre l'ADAPEI de Besançon et l'Association franc-comtoise des traumatisés crâniens avec un développement d'une activité d'entreprise adaptée (numérisation..) et un accueil en ESAT non spécialisé est possible.

3. Objectifs

3.1. Développer des modes de coordination et de coopération entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour la prise en charge des personnes cérébrolésées

Leviers d'action :

- Garantir la participation de l'ensemble des professionnels concernés dans la filière (acteurs libéraux, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux).
- Développer les liens avec les MDPH pour être en capacité de mettre en place une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne.
- Mettre en place, en lien avec les MDPH, des protocoles avec des MAS pour l'accueil de patients cérébrolésés.
- Identifier les places en MAS et FAM participants à la prise en charge des adultes cérébrolésés en perte d'autonomie
- Développer le suivi par les réseaux locaux de proximité et les médecins traitants, en particulier pour assurer l'accès à une consultation spécifique à 1 an.
- Développer les liens avec la psychiatrie pour les patients présentant d'importants troubles du comportement.
- Améliorer les conditions du retour à domicile et favoriser la réinsertion scolaire et socioprofessionnelle :
 - développer les liens avec la médecine de ville par l'intermédiaire de l'UEROS (Unité d'évaluation, de reclassement et d'orientation sociale), les SAMSAH,
 - développer les liaisons entre réseaux thématiques et structures (HAD, SSIAD...) quand existe un projet de retour à domicile,

- développer les liens avec la santé scolaire pour les enfants ayant présenté un traumatisme crânien.
- Renforcer les liens entre les établissements et services d'accompagnement médico-sociaux, l'Education nationale; la DIRRECTE, l'AGEFIPH, FIPHFP et CAP Emploi afin de favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

3.2. Améliorer le soutien aux aidants

Levier d'action:

- Soutenir des actions d'aide aux familles (groupes de parole, information, séjours de répit,...)

4. Programmes/Schémas

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale (volet handicap) des Conseils généraux.

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux.
- Les MDPH.
- L'Education Nationale.
- La DIRRECTE.
- Les dispositifs d'insertion professionnelle (AGEFIPH, FIPHFP, CAP Emploi,...).
- Associations pour les handicapés traumatisés crâniens.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Listes d'attente en ESAT.
- Liste d'attente en UEROS.
- Nombre de protocoles mis en place entre les MDPH et les MAS.

Fiche SROMS

Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Priorité 3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).
Priorité 3 Objectif 3.4	Conforter la place des usagers dans l'organisation de système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins.
Priorité 4 Objectif 4.1	Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet.
Priorité 4 Objectif 4.4	Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Personnes handicapées, Personnes âgées.
SROS	Cancer, Médecine, Psychiatrie, Soins palliatifs.

1. Contexte

Le vieillissement de la population des personnes handicapées suit le vieillissement de la population générale. Ainsi, les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions générales de vie ont augmenté de façon sensible l'espérance de vie des personnes handicapées. Ceci nécessite de devoir assurer auprès des personnes handicapées vieillissantes, quel que soit leur mode d'hébergement, la mise en place ou la continuité des prises en charge.

Différentes définitions existent ; toutefois nous proposons de prendre celle retenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (dossier technique octobre 2010).

"Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître de surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap,
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles,
- mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.

Le tout pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle (capacitaire ou liée à une modification des attentes) ou environnementale (liée aux possibilités offertes par l'environnement et ses éventuelles évolutions).

Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en termes de perte d'autonomie."

Un rapport de la CNSA publié en octobre 2010 sur les personnes handicapées vieillissantes, interpelle sur les points suivants :

- l'allongement plus fréquent de la vie en institution des personnes handicapées avec de multiples implications: vieillissement des personnes elles-mêmes, évolution des pratiques professionnelles, impact sur les organisations professionnelles, la formation, sur l'accessibilité et l'adaptabilité des locaux...
- l'interprétation des chiffres de la population accueillie en établissement pour adultes. En effet malgré un doublement en 10 ans de la capacité d'accueil en MAS par exemple, le besoin d'accueil reste important dans la mesure où ce doublement à sans doute à peine permis "d'absorber" le vieillissement de la population accueillie, avec un phénomène nouveau que notre société n'a pas encore connu qui se traduit par un temps moyen d'occupation des places créées extrêmement important qui ne permet aucune fluidité.
- la capacité d'adaptation des structures (établissements et services) déjà existantes, dont l'adaptabilité des projets de services aux projets de vie.

1.1. Les textes

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers.
- Circulaire du 21 juillet 2006 suite au rapport du sénateur Paul Blanc en 2006 mettant en avant l'ampleur du phénomène de vieillissement des personnes handicapées et les questions qu'il pose au dispositif d'accompagnement actuel. Cette circulaire rappelait aux Préfets la nécessité de garantir le maintien des prises en charge en établissements et services médico-sociaux au-delà de 60 ans et appelait également à la vigilance des Conseils généraux sur ce sujet.
- Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a pris en compte cette dimension et contient une action spécifique relative à l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés (financement de places en établissements médicalisés MAS, FAM et médicalisation de places en foyer de vie).

- Adoption par le Parlement de l'article 136 de la loi de finances 2010 (LF 2009-1673 du 30 décembre 2009). Cet article prévoit que le Gouvernement mette en œuvre, avant le 31 décembre 2010, un dispositif de suivi des établissements et services visés au 5° et au 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui accueillent des personnes handicapées de 40 ans et plus.

1.2. Les enjeux

Tout en apportant des réponses aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes, qu'elles se trouvent à domicile ou en établissements, des solutions pourraient aussi permettre de libérer des places en secteur adultes afin de faciliter l'accueil de jeunes handicapés maintenus en établissements pour enfants.

1.3. Relations partenariales sur le sujet

La question du vieillissement des personnes handicapées ne relève pas de la seule compétence de l'Agence régionale de santé. Elle concerne les Conseils généraux qui ont une compétence sur la politique générale du handicap et exclusive sur les foyers d'hébergement – les foyers de vie – les sections annexes aux ESAT, – les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les structures elles-mêmes.

2. Diagnostic

Il est aujourd'hui impossible de déterminer, à partir des données disponibles, le nombre de personnes handicapées vieillissantes en Franche-Comté. Celui-ci est d'autant plus difficile à connaître que ce public peut être, soit en établissement pour personnes handicapées ou établissements pour personnes âgées, soit vivre à domicile avec l'aide ou non d'un service.

2.1. Les structures pour personnes handicapées vieillissantes en Franche-Comté

Dans le Jura, il existe un FAM pour déficients intellectuels vieillissants, avec 20 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire ainsi qu'un EHPAD de 40 places accueillant des personnes handicapées vieillissantes

Dans le territoire de Belfort, ouverture en septembre 2011 d'un FAM de 14 places, destiné en priorité à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

Dans le département de la Haute-Saône 5 places de SSIAD sont dédiées à la prise en charge de trisomique 21 vieillissants.

Dans le Doubs, un Foyer de vie avec 7 places médicalisées destinées aux personnes handicapées vieillissantes.

Les chiffres francs-comtois

Un vieillissement de la population accueillie en établissements pour personnes handicapées est constaté.

Evolution de l'âge des personnes en établissement entre 2001 et 2006

Enquête 2001	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	37	40	39	38	42
Max	67	77	71	70	70
Min	19	19	19	19	20
% des 45 ans ou plus	24%	35%	33%	29%	48%

Enquête 2006	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	38	42	42	41	43
Max	71	82	71	75	63
Min	19	19	19	19	19
% des 45 ans ou plus	31%	44%	43%	40%	49%

Entre 2001 et 2006, la moyenne d'âge en établissement est plus élevée de 1 à 3 ans selon la catégorie d'établissement ; la part des 45 ans ou plus gagne 10 points en moyenne dans les différentes catégories d'établissement sauf en FAM mais ce sont dans ces établissements que la population est la plus âgée avec près de la moitié âgée de 45 ans ou plus en 2001 et 2006.

Evolution de l'âge des personnes sortant d'établissement entre 2001 et 2006

Enquête 2001	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	37	40	36	44	53
Moyenne sortie sans décès	37	40	35	41	48
Min	21	26	41	21	21
Max	68	56	67	60	68
% des 45 ans ou plus	23%	30%	21%	50%	89%
% des 45 ans ou plus (avant décès)	22%	30%	19%	33%	67%

Enquête 2006	Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	Foyers d'hébergement pour adultes	Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Foyers d'accueil médicalisés pour adultes (FAM)
Moyenne (années)	44	42	45	46	50
Moyenne sortie sans décès	44	42	45	47	41
Min	20	25	22	21	20
Max	61	67	75	61	75
% des 45 ans ou plus	50%	41%	53%	60%	73%
% des 45 ans ou plus (avant décès)	50%	41%	52%	67%	40%

La part des 45 ans ou plus des personnes sortant d'établissements médico-sociaux est plus importante en 2006 qu'en 2001 malgré des flux de sorties comparables pour les deux années d'enquête. Cela confirme le vieillissement de la population en établissement pour adultes entre 2001 et 2006.

Evolution de l'hébergement des personnes travaillant en ESAT avant et après sortie entre 2001 et 2006

2001

Hébergement après sortie	Sans objet : décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble	Pourcentage
Hébergement avant sortie											
Foyer d'hébergement		9	4	2	2		1	4		22	20%
Etablissement de santé ou social					2				3	5	5%
Famille	1	2					28	3		34	31%
Logement personnel	4	1			1		1	42		49	44%
Autre, famille d'accueil									1	1	1%
Ensemble	5	12	4	2	5		30	49	4	111	
Pourcentage	5%	11%	4%	2%	5%	0%	27%	44%	4%		

2006

Hébergement après sortie	Sans objet : décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble	Pourcentage
Hébergement avant sortie											
Foyer d'hébergement		7	6	1		15	2			31	27%
Etablissement de santé ou social											0%
Famille	2	2	1			1	3	1	1	28	24%
Logement personnel		1				1	3	48		53	46%
Autre, famille d'accueil		1						1	1	3	3%
Ensemble	2	11	7	1		17	25	50	2	115	
Pourcentage	2%	10%	6%	1%	0%	15%	22%	43%	2%		

Il est à noter qu'en 2001, aucune personne sortant d'ESAT n'a été dirigée vers un établissement pour personnes âgées alors qu'ils représentent 15% des destinations en 2006.

Hébergement des personnes en établissements avant et après sortie (hors SAT, SAMSAH, SAVS)

2001

Hébergement après sortie / Hébergement avant sortie	Décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble
Foyer d'hébergement		4	6	1	5	3	5	6	2	32
Foyer occupationnel ou foyer de vie	2		3	2	1	1	9	2	2	22
MAS/FAM	15		1	1	1		1		3	22
Etablissement de santé ou social							1			1
Famille			1				4			5
Non renseigné										
Ensemble	17	4	11	4	7	4	20	8	7	82
Pourcentage	21%	5%	13%	5%	9%	5%	24%	10%	9%	

2006

Hébergement après sortie / Hébergement avant sortie	Décès	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel ou foyer de vie	MAS/FAM	Etablissement de santé	Etablissement pour personnes âgées	Famille	Logement personnel	Autre (famille, étab. Soc., inconnu)	Ensemble
Foyer d'hébergement		10	3			18	4	14	2	51
Foyer occupationnel ou foyer de vie	3	1	2	3	3	2	6			20
MAS/FAM	19				1	2	2	30		54
Etablissement de santé ou social							1	1		2
Famille					1		2		1	4
Non renseigné				3						3
Ensemble	22	11	5	6	5	22	15	45	3	134
Pourcentage	16%	8%	4%	4%	4%	16%	11%	34%	2%	

Des changements dans le lieu d'hébergement après la sortie d'établissement entre 2001 et 2006 sont constatés.

En 2001, 24% des personnes sortant d'établissements vont être hébergées dans la famille contre seulement 11% en 2006.

Seulement 10% se dirigeaient vers un logement personnel, ils représentent 34% des sortants en 2006.

En 2001, 5% des personnes sortant d'établissements médico-sociaux vont être hébergées dans un établissement pour personnes âgées contre 16% en 2006.

En 2006, il y a moins de décès qu'en 2001, pour les deux années la plupart des décès se trouve en MAS ou FAM.

Les personnes handicapées vieillissantes travaillant en EA (Entreprise adaptée) et en ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail)

Comme pour les travailleurs valides, la fin de l'activité est un changement important, pouvant provoquer une perte des repères sociaux. Il est essentiel d'instaurer une logique de parcours pour la personne handicapée en EA et ESAT afin de mieux anticiper et préparer l'avenir et proposer des solutions progressives et alternatives, notamment en maintenant la personne handicapée dans son milieu de travail par l'instauration du travail partiel ou aménagé et la mise en place concomitante d'unité spécifique de prise en charge du temps libéré.

Les personnes handicapées vieillissantes en établissement

Le vieillissement des personnes handicapées peut provoquer des modifications du comportement, des troubles de l'humeur, une fatigabilité, un accroissement des problèmes médicaux, l'apparition de nouvelles pathologies, une dépendance croissante dans les actes de la vie courante...

Ces éléments montrent que les personnes handicapées vieillissantes en établissements demandent un accompagnement adapté, une évolution des pratiques professionnelles (besoin de formation notamment) et impacte les organisations professionnelles (adaptation nécessaire du bâti, adaptabilité des projets de service aux projets de vie...).

Par ailleurs l'apparition fréquente de troubles psychiatriques chez les personnes handicapées vieillissantes nécessite l'intervention des professionnels du secteur psychiatrique au sein des établissements.

Actuellement les EHPAD n'offrent pas l'accompagnement social et éducatif spécifique requis par les personnes handicapées vieillissantes et les foyers de vie ne sont pas en capacité d'assumer les soins de ces personnes.

D'autre part, en EHPAD il peut y avoir une incompatibilité entre les personnes handicapées et les résidents "traditionnels" d'une maison de retraite (personnes dépendantes dont la moyenne d'âge se situe entre 85 et 90 ans), du fait de la différence d'âge et du comportement parfois perturbateur des personnes handicapées.

La majorité de ces structures d'accueil ont été rendues accessibles. Les locaux ne constituent pas le cœur du problème, il s'agit surtout d'un besoin en personnel soignant.

Pour les personnes handicapées vieillissantes à domicile :

Les personnes handicapées vieillissantes sont en général repérées par les MDPH à l'occasion du renouvellement de prestations (PCH, AAH) ou par les services de l'APA pour les personnes de plus de 60 ans. Parfois l'alerte est donnée par les services d'aide à domicile intervenant auprès des aidants âgés, les services sociaux ou la famille.

Lorsque le maintien à domicile devient trop difficile pour la personne handicapée ou pour l'aidant, des solutions existent actuellement:

- EHPAD intégrant les "couples" parent/enfant: deux EHPAD dans le Territoire-de-Belfort ont intégré 4 "couples" parent/enfant.
- l'accueil familial constitue une alternative et permet une continuité du parcours quelque soit l'âge de la personne. Un suivi des familles par un SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) est assuré. Se pose tout de même la question de la formation au sein de ces familles d'accueil. Cette forme d'accueil peut être une solution si elle est rattachée à un établissement. La possibilité d'un accueil temporaire est prévue pour permettre des séjours de rupture.
- les SAMSAH (Service d'Accompagnement médico-social pour Adultes handicapés). Ils permettent le maintien du suivi à domicile d'une personne de plus de 60 ans si la reconnaissance du handicap est antérieure au 60ème anniversaire.

3. Objectifs

3.1. Améliorer le repérage des besoins des personnes handicapées en améliorant l'observation et l'évaluation des signes du vieillissement

Leviers d'action :

- Réflexions à mener sur l'utilisation partagée et systématique de grilles d'observation communes entre les professionnels du handicap et du vieillissement notamment grâce à l'outil GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensation de personne handicapée).
- Développer la formation des professionnels des services de soins à domicile, des établissements et des services médico-sociaux au repérage des besoins et à l'accompagnement spécifique des personnes handicapées vieillissantes
- Travailler, en concertation, notamment avec les Conseils généraux et les MDPH, sur la mise en œuvre d'un dispositif de repérage des personnes handicapées vieillissantes à domicile afin de mettre en place une prise en charge adaptée

3.2. Favoriser une prise en charge et un accompagnement adaptés de la personne handicapée vieillissante

Leviers d'action :

- Favoriser le passage à temps partiel et améliorer l'adaptation des rythmes de travail pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en ESAT
- Offrir une diversité de solutions d'hébergement et d'accompagnement aux personnes handicapées en fonction de leur projet de vie :
 - permettre le maintien à domicile des personnes handicapées les plus autonomes en renforçant l'appui des services d'accompagnements médico-sociaux (SAVS, SAMSAH) et des SSIAD ;
 - réflexions à mener sur les possibilités de "médicalisation" de places en foyers de vie, et leur impact au niveau des besoins en personnel soignant ;
 - favoriser l'intervention de services extérieurs médicaux ou paramédicaux au sein de structures telles que les foyers d'hébergement ou foyer de vie, notamment par le biais de convention (avec la gérontopsychiatrie par exemple,...) ou dans le cadre de réseaux ;
 - développer l'accueil de jour et l'accueil temporaire dans les établissements pour personnes handicapées afin de soutenir les aidants et préparer une éventuelle entrée en établissement ;
 - réflexion à mener avec le secteur associatif pour promouvoir des actions innovantes ;
 - réflexion à mener conjointement avec les Conseils Généraux sur la création éventuelle d'unités de vie spécialisées pour personnes handicapées vieillissantes en EHPAD.

4. Programmes / Schéma de l'organisation régionale

4.1. Programme

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

4.2. Schémas:

Schémas départementaux de l'organisation médico-sociale

5. Transversalité

5.1. Transversalité interinstitutionnelle

- Les Conseils généraux
- Les MDPH

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

- Nombre de formation des professionnels des services de soins à domicile, des établissements et des services médico-sociaux sur le repérage des besoins en matière d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.
- Pourcentage de travail à temps partiel en ESAT.
- Nombre de places en accueil de jour et accueil temporaire.
- Nombre de places pour les personnes handicapées vieillissantes dans les structures pour personnes âgées.

Personnes vulnérables



Fiche SROMS

Personnes vulnérables

Transversalité dans le PRS :

Liens de la fiche avec le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Enjeu / Priorités / Objectifs du PSRS	Libellé
Enjeu 2	Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé.
Priorité 2	Renforcer la prévention et les soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte qui exposent au risque de chronicité
Priorité2 Objectif 2.5	Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions.
Priorité3 Objectif 3.2	Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social.).

Liens de la fiche avec les autres schémas

Schéma	Fiches
SRP	Addictologie, Précarité.
SROS	Ambulatoire, Missions de service public, Soins aux détenus, Psychiatrie.

1. Contexte

1.1. Définition

Selon le contexte, les catégories de personnes considérées comme vulnérables varient.

L'Organisation mondiale de la santé identifie les catégories suivantes :

- les personnes traditionnellement considérées comme vulnérables sont celles dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée (enfants et personnes qui, du fait de troubles mentaux ou comportementaux, sont incapables de donner un consentement éclairé).
- les personnes âgées sont également considérées comme personnes vulnérables,
- cette notion de vulnérabilité est également retrouvée chez d'autres groupes tels : les personnes bénéficiaires de prestations ou d'une aide sociale, d'autres personnes démunies ainsi que les chômeurs, les patients des services d'urgence, certains groupes ethniques et raciaux minoritaires, les sans-abri, les nomades, les réfugiés, demandeurs d'asile ou les personnes déplacées, les détenus, les patients atteints d'une maladie incurable, les personnes sans représentation politique et le membre de communautés non familières avec les notions médicales modernes...

L'Union européenne considère, également, comme population vulnérable les personnes souffrant d'alcoolisme et les toxicomanes.

Dans le cadre du SROMS et compte tenu, d'une part des travaux menés au sein des autres groupes à savoir personnes âgées et personnes handicapées, d'autre part, du profil des structures ou dispositifs financés sur des crédits médico-sociaux (lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, CSAPA, CAARUD), il a été choisi de conduire la réflexion autour :

- des populations en situation de très grande précarité et/ou d'exclusion : sans domicile, mal logés, en structure d'hébergement,
- des populations en situation de précarité qui présentent une maladie chronique et nécessitent un accompagnement médico-social adapté.
- des populations présentant des conduites addictives.

1.2. La prise en compte des personnes vulnérables au sein des plans de santé publique

Des plans nationaux sont spécifiquement destinés aux personnes présentant des conduites addictives :

- plan national de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011),
- plan gouvernemental de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2008-2011).

Plans ne relevant pas du champ de l'ARS et destinés aux publics en situation de précarité :

- le Programme Régional des Populations Immigrées en Franche-Comté 2010-2012.

Ce programme relevant de la compétence du Préfet de Région est piloté par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

- les Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées qui intègrent les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

Ces plans relevant de la compétence conjointe Préfecture de Département/Conseil général sont pilotés par les Directions départementales cohésion sociale et protection des populations.

- Les schémas départementaux relatifs à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage.

Ces schémas relevant de la compétence conjointe Préfecture de Département/Conseil général sont pilotés par les Directions départementales des territoires.

- Les Contrats urbains de cohésion sociale dans le cadre de la politique de la ville.

Cette politique relève de la compétence du Préfet de Département en lien avec les collectivités territoriales.

2. Diagnostic

2.1. Les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion en Franche-Comté

Les dispositifs accueillant ces populations sont les suivants : l'hébergement d'urgence, l'Hébergement de stabilisation, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), l'Aide au logement temporaire (ALT), les Résidences sociales, les Maisons-relais et Résidences-accueil, l'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA), les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA).

Au 15 décembre 2008, la Franche-Comté accueillait 1299 personnes dont 411 enfants accompagnés d'au moins un adulte (places permanentes des structures pour adultes et pour familles). Le Doubs se plaçait très nettement à la 1^{ère} position, arrivaient en seconde et 3^{ème} position le Jura et la Haute-Saône, en dernière position, le Territoire-de-Belfort.

L'offre en accueil, hébergement et insertion est répartie sur le territoire régional en 36 structures, dont 9 proposent plusieurs dispositifs soit un total de 53 dispositifs d'accueil/hébergement/insertion en Franche-Comté. Les personnes présentes dans les structures étaient des adultes pour 70% et des mineurs pour 30%. La répartition hommes/femmes était de 60/40. La moyenne d'âge était de 37 ans pour les adultes et de 8 ans pour les enfants. Plus de 60% étaient entrés en structure en 2008 et 80% logeaient en Franche-Comté. Globalement, il y avait peu de familles monoparentales et de couples sans enfants.

Trois catégories de publics mal connus avaient été repérées au cours des diagnostics départementaux réalisés en vu des PDAHI : les victimes de violence conjugales, le public en sortie de services psychiatriques et les jeunes de 18-25 ans en errance.

2.2. Les structures médico-sociales

2.2.1. Les structures "addictologie"

L'article L312-5 du code de l'action sociale et des familles préconise un schéma régional en addictologie relatif aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) arrêté par le représentant de l'Etat dans la région.

La circulaire du 28 février 2008 précise que doit être prise en compte l'activité des autres acteurs de la filière, à savoir : l'offre hospitalière, la médecine de ville, les réseaux, les associations, la médecine préventive universitaire, la santé scolaire, la médecine du travail, les collectivités territoriales, les centres communaux d'action sociale, les comités départementaux d'éducation à la santé et l'offre d'hébergement.

Ainsi, le Schéma régional d'addictologie doit-il être remis en cohérence avec le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), les plans départementaux de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et le Plan régional de santé publique (PRSP).

L'élaboration de ce schéma a été conduit en Franche-Comté dans le cadre de la Commission régionale addictologie (CRA) présidée par les directeurs de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), il est le fruit d'une coordination institutionnelle qui a permis de mettre en perspective les différents documents de planification existants aux différents niveaux territoriaux, d'évaluer la cohérence des dispositifs. Il couvre la période 2009-2013. Il fait partie intégrante du SROMS.

La mise en œuvre du schéma régional addictologie a permis à la région Franche-Comté de disposer de 10 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) répartis comme suit :

Besançon	CSAPA drogues illicites (Soléa) CSAPA alcoologie (Anpaa 25)
Pontarlier	CSAPA généraliste (CH Pontarlier)
Lons-le-Saunier	CSAPA drogues illicites (Passerelle) CSAPA alcoologie (Adlca)

Dole	CSAPA généraliste (Centre Briand)
Vesoul	CSAPA généraliste (Escale)
Aire urbaine	CSAPA drogues illicites (Altau)
Montbéliard	CSAPA Equinoxe alcoologie (Ahsd)
Belfort	CSAPA alcoologie (Anpaa 90)

Elle a permis, également, le regroupement en 2011 des 4 réseaux d'addictologie de Franche-Comté : Groupement addictions Franche-Comté (GAFC).

Dans le cadre de la MILDT, l'association SOLEA a répondu à un appel à projet national lancé en 2010 qui a permis la création de consultations avancées au CHRS "le Roseau".

La Franche –Comté dispose aussi de quatre Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) :

Besançon	CAARUD (Aides 25)
Lons le Saunier	CAARUD (Passerelle39)
Vesoul	CAARUD (Escale) ouvert en 2009
Montbéliard	CAARUD porté par le CSAPA (Altau), il couvre l'aire urbaine.

2.2.2. Les Lits halte soins santé (LHSS)

Les lits halte soins santé sont des structures médico-sociales au sens de l'article L.312-1, I, 9° et D.312-176-1 à 4 du code de l'action sociale et des familles. Ces structures accueillent des personnes ne disposant pas de domicile dont, l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite des soins. En l'absence de domicile, ces lits HSS permettent aux personnes de "garder la chambre", de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient.

Les LHSS constituent une modalité de prise en charge globale articulant fortement une dimension sociale avec hébergement temporaire, en un lieu spécifique ou non, de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, et une dimension de soins et de prévention. Ce dispositif ne se substitue à aucune catégorie de structure sanitaire, médico-sociale ou sociale existante. Les lits halte soins santé ne doivent pas être dédiés à un type de pathologie donnée.

En 2010, le dispositif LHSS créé en Franche-Comté est structuré comme suit : 9 lits adossé au CHRS "Le Forum" à Besançon et 4 au CHRS de Montbéliard. 4 LHSS, portés par l'ADDSEA, doivent être ouverts fin 2011 sur Pontarlier et opérationnels début 2012.

2.2.3. Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Ces appartements étaient initialement destinés uniquement aux patients atteints par le VIH-Sida et ont été créés en 1994 par circulaire en tant que dispositif expérimental.

Ils ont été intégrés au dispositif médico-social par la Loi du 2 janvier 2002 et ouverts à tous types de pathologies chroniques. Les ACT hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale qui nécessitent des soins et un suivi médical. Ils fonctionnent sans interruption, de manière à assurer le suivi et la coordination desdits soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion."

La Franche-Comté ne disposait pas, à ce jour, d'un tel dispositif. Des financements ont été octroyés à la région en 2011 pour la création de cinq places en ACT.

2.3. Difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux

2.3.1. Difficultés inhérentes à l'accessibilité des dispositifs spécifiques

Les structures médico-sociales sont inégalement réparties sur le territoire régional. Les dispositifs spécifiques tels les LHSS sont concentrés sur le Doubs, les demandes d'ouverture ayant été déposées avant la création de l'ARS.

Cette inégalité touche également la répartition des actions de prévention conduites auprès de ce public sur le territoire. La Haute-Saône est particulièrement concernée.

Hormis l'existence de quelques structures spécialement dédiées à l'hébergement de personnes présentant des troubles psychiques, type maison relais ou CHRS spécialisé, le manque de logements adaptés génère des difficultés pour assurer une continuité des soins et une prise en charge de qualité des troubles psychiques.

L'accompagnement et la prise en soins des personnes souffrant d'une addiction est difficile en milieu rural, notamment dans les secteurs de St Claude (39), Pont-de-Roide et Maïche (25) où s'ajoute le problème de la proximité avec la Suisse. L'initialisation du traitement doit être réalisée par un centre hospitalier ou un CSAPA. Le suivi peut être assuré par le médecin traitant et le traitement de substitution délivré par les officines. Or, les usagers résidant dans ces secteurs ont des difficultés de transport pour se rendre dans le CH ou le CSAPA le plus proche. Par ailleurs, certaines officines semblent refuser la délivrance desdits traitements.

Les LHSS sont sollicités par des demandes du service de probation et d'insertion

2.3.2. Difficultés inhérentes aux problématiques de santé rencontrées et aux comportements individuels peu favorables à la santé

Les personnes les plus vulnérables n'utilisent pas le système de santé et l'isolement dont elles souffrent est un facteur aggravant notamment en termes de souffrance psychique :

- le vieillissement précoce des personnes sans domicile et en CHRS mais aussi des migrants en foyer. Les difficultés de l'accompagnement en fin de vie,
- le diagnostic tardif de pathologies graves chez les grands exclus (notamment, cancer à un stade avancé, diabète, hépatite),
- la non-observance du traitement rencontrée chez ses personnes marginalisées, non observance liée à leurs conditions de vie et aux addictions,
- la barrière de la langue dans les relations entre les soignants et certains patients issus de l'immigration,
- l'absence de réponse appropriée aux réfugiés victimes de psycho-traumatisme,

2.3.3. Difficultés inhérentes au fonctionnement interne des structures

L'organisation et les moyens des structures d'hébergement, d'insertion et d'urgence, des CADA, etc. ne permettent pas une prise en charge sanitaire de qualité de ces personnes. Les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques sont de plus en plus présentes dans ces structures et les personnels ne sont pas formés pour assurer leur prise en charge.

Au sein des HUDA et CADA, l'accompagnement des personnes en état de santé aggravé est difficile (manque de lien avec le sanitaire lié à la problématique du titre de séjour).

Le Fonctionnement interne des dispositifs diffère en fonction de l'attribution historique des crédits et des formations du personnel (CSAPA, CAARUD).

Les LHSS sont confrontés à des demandes émanant du Service de probation et d'insertion concernant les sortants de prison. Les admissions dans cette structure nécessitent l'avis en amont du médecin des LHSS, avis difficile à rendre compte tenu des modalités de sortie du milieu carcéral. Par ailleurs, les LHSS accueillent des personnes présentant, très souvent, un problème d'addiction mais ils ne sont pas destinés à suppléer les structures « addictologie ».

2.3.4. Difficultés inhérentes à l'interface entre structures sanitaires et structures sociales

La coordination existe entre le sanitaire et le social bien qu'elle ne soit pas toujours formalisée. Le problème ne réside pas dans l'absence de dialogue mais dans l'absence de solutions concrètes. Pour exemple, un dossier reçu 24 heures avant la fin de l'hospitalisation pour une demande d'hébergement ne trouve pas de solution faute de place.

En effet, la demande d'hébergement en CHRS, dont la durée est limitée à 6 mois avec possibilité de renouvellement, est supérieure à l'offre. La sortie d'un dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion ne peut être liée au seul fait d'avoir trouvé un logement mais induit une approche globale et individualisée de la personne (Ex : addictions, souffrance psychique) et un accompagnement adapté vers l'autonomie. Le chantier prioritaire de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées prévoit le développement des maisons relais.

Par ailleurs, les hospitalisations sont de plus en plus courtes, relayées par des prestations de soins ou d'hospitalisation à domicile, d'hôpital de jour et des prescriptions de soins à réaliser en ambulatoire. Les soins de suite et de réadaptation permettent la transition entre la sortie d'hospitalisation et la poursuite du parcours de vie de la personne en tenant compte de sa situation globale et en proposant une solution adaptée à ses besoins. (Ex : retour à domicile dans de bonnes conditions, orientation vers une structure médico-sociale adaptée, etc.). Aujourd'hui, les SSR ne sont pas organisés pour accueillir une population présentant une grande précarité. Cette situation est préjudiciable pour les patients les plus fragiles socialement et les structures intermédiaires qui permettraient la poursuite d'un parcours de vie dans des conditions favorables sont insuffisantes à ce jour.

Lorsque les patients sont dépourvus de domicile, il y a une grande difficulté à offrir une prise en charge efficace de leurs problèmes sanitaires bénins ou qui nécessitent des soins de suite.

Peu de dispositifs de soins sont adaptés à ces publics lorsqu'ils sortent d'hospitalisation ou présentent des problèmes de santé ingérables par la structure d'hébergement. Ce constat est également fait pour les sorties d'hospitalisation psychiatriques ou les sorties de détention.

2.3.5. Difficultés inhérentes à l'accompagnement du vieillissement

La plupart des personnes en situation de grande précarité n'ont pas de famille en soutien. Le vieillissement prématuré des personnes marginalisées auquel s'ajoute la complexité de leur situation sociale, avec des difficultés d'adaptation, nécessite une prise en charge adaptée. Les EHPAD ont des difficultés à s'ouvrir à cette population et les CHRS n'ont pas le profil et les moyens humains d'y répondre.

3. Objectifs

3.1. Accompagner les personnes les plus vulnérables dans leurs démarches d'accès aux soins et d'utilisation du système de santé

Les pathologies lourdes (cancer, diabète, hépatite, Sida...) sont diagnostiquées tardivement chez les personnes les plus éloignées du système de santé. Compte tenu de difficultés inhérentes à leur parcours de vie et parfois au fonctionnement interne des structures sociales, médico-sociales et sanitaires, l'accès aux dispositifs de droit commun présente des points de fragilité. Il est donc nécessaire de renforcer, auprès de ces populations, le diagnostic précoce de ces pathologies et d'améliorer la prévention des maladies infectieuses.

Leviers d'actions :

- Faciliter pour les usagers des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage existants.
- Développer l'accès aux bilans de santé pour les personnes les plus éloignées du système de santé
- Appuyer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans leur mission d'accompagnement des personnes les plus précaires vers les dispositifs de droit commun.

3.2. Offrir une prise en soins, répartie harmonieusement sur l'ensemble du territoire de santé, qui tient compte des difficultés inhérentes au parcours de vie des publics les plus marginalisés

Des dispositifs spécifiques LHSS, ACT, par un accompagnement social, soignant et médical offrent à ces publics une prise en soins adaptée à leurs besoins. Le séjour au sein de ces structures est toutefois temporaire. La sortie doit être particulièrement travaillée tout au long de celui-ci afin que la personne puisse accéder aux dispositifs de droit commun.

Par ailleurs, l'offre concernant ces structures est concentrée sur le Doubs. Il est donc nécessaire, non pas de cumuler des dispositifs et des interventions sur quelques territoires, ce qui nécessiterait parfois une lisibilité en termes de complémentarité et d'articulation, mais bien d'activer les leviers permettant à ces publics de bénéficier de la même offre dans les territoires non couverts.

Leviers d'actions :

- S'assurer que l'accès aux dispositifs de droit commun et que, si nécessaire, la continuité des soins sont effectifs à l'issue du séjour en LHSS ou en ACT.
- Déployer cette prise en soins sur les territoires non couverts en élaborant des modes de coopération entre professionnels de santé libéraux et structures AHI.

3.3. Améliorer, pour les personnes sans domicile ou hébergées, la prise en charge du vieillissement et du handicap en s'appuyant sur les dispositifs de droit commun

Les publics atteints de troubles psychiques ou psychiatriques, de pathologies chroniques sont de plus en plus présents au sein des dispositifs AHI. Le chantier prioritaire de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées prévoit le développement des maisons relais.

Par ailleurs, le vieillissement prématuré des publics marginalisés, la perte d'autonomie auxquels s'ajoutent la complexité de leur situation sociale et leurs difficultés d'adaptation nécessitent une prise en charge adaptée.

La plupart des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion ne disposent pas des moyens matériels et de personnel formé permettant de répondre à ces problématiques.

L'accessibilité aux dispositifs de droit commun doit donc être renforcée : Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), GEM, CMP, EHPAD.

Leviers d'actions :

- Définir, pour les personnes dont le handicap est reconnu, les modalités d'intervention des SAVS, des SAMSAH au sein des structures AHI
- Elargir l'offre d'accueil en EHPAD en élaborant des modes de coopération entre les directions des EHPAD et celles des structures AHI
- Appuyer les lieux de "restructuration" (GEM destinés aux personnes en situation de grande précarité, ateliers santé/lien social)
- Mettre en œuvre les modalités concrètes d'une collaboration entre Centres médico-psychologiques et structures d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion

3.4. Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes présentant un problème d'addiction et dont le lieu de résidence est éloigné des CSAPA

L'accompagnement et la prise en soins des publics présentant un problème d'addiction sont rendus difficiles dès lors que le CSAPA est éloigné de leur lieu de résidence, notamment en milieu rural. Afin de répondre aux besoins de ces populations, les équipes des CSAPA et celles des réseaux doivent non seulement se rapprocher d'elles mais également sensibiliser leurs médecins traitants.

Leviers d'actions :

- Promouvoir des interventions mobiles du CSAPA.
- Développer, au sein des cabinets des médecins libéraux et des maisons de santé, des actions d'information/formation dispensées par les médecins du GAFC.

3.5. Assurer la continuité des soins des sortants de prison qui présentent un problème d'addiction

En lien avec le SROS détenus, la lutte contre les maladies infectieuses et la continuité des soins pour les personnes présentant un problème d'addiction est à optimiser tant pour les détenus que pour les sortants de prison.

Leviers d'actions :

- Renforcer l'intervention des CAARUD au sein des maisons d'arrêt
- Définir les modalités d'une collaboration entre services pénitentiaires, UCSA, structures et réseaux addictologie, structures AHI pour assurer la continuité de la prise en charge des sortants de prison

3.6. Mettre en place un module santé précarité dans le cadre de la formation initiale du projet pédagogique des IFSI

3.7. Poursuivre la mise en œuvre du schéma régional d'addictologie en cohérence avec les 3 schémas (SROS, SRP, SROMS)

Le schéma régional d'addictologie, qui couvre la période de 2009 à 2013, est issu d'une concertation et d'une coordination institutionnelles. Ce document s'appuie sur un diagnostic régional des addictions réalisé en 2009. Ainsi, il a permis une première prise en compte structurelle de la notion d'addiction et est le socle du développement de l'addictologie en Franche-Comté.

En effet, l'état des lieux réalisé identifie, sur chacun des 6 anciens territoires de santé, l'offre de soins dans ce domaine (acteurs, structures médico-sociales, hospitalières, réseaux de santé) et cible des objectifs de développement :

- Offrir sur le territoire de santé une prise en charge de toutes les addictions, accessible à l'ensemble de la population.
- Améliorer les pratiques professionnelles et développer l'information sur les addictions
- Offrir aux usagers de produits psycho-actifs engagés dans des pratiques à risque, des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques.

4. Programmes/Schéma de l'organisation régionale

- Le Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins
La nouvelle génération du PRAPS devra s'appuyer sur les définitions et les concepts les plus éclairants. La loi HPST du 21 juillet 2009 stipule que le PRAPS est un programme obligatoire du Projet Régional de Santé. Il vise les personnes les plus démunies en lien étroit avec les objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé et les trois schémas.
- Le schéma régional d'addictologie de Franche-Comté qui court de 2009 à 2013.

5. Transversalité

5.1. Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médicosociale

- sanitaire : les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les réseaux de santé, les CMP
- médico-social : EHPAD, SAMSAH
- social : les services et dispositifs sociaux, les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion
- addictions : poursuite du schéma régional d'addictologie 2009-2013

5.2 Transversalité interinstitutionnelle

DRJSCS, DDCSPP, Préfectures de région et de département, Conseils généraux, Conseil Régional, Services pénitentiaires, Organismes de sécurité sociale, mutuelles.

6. Evaluation/Indicateurs de suivi possibles

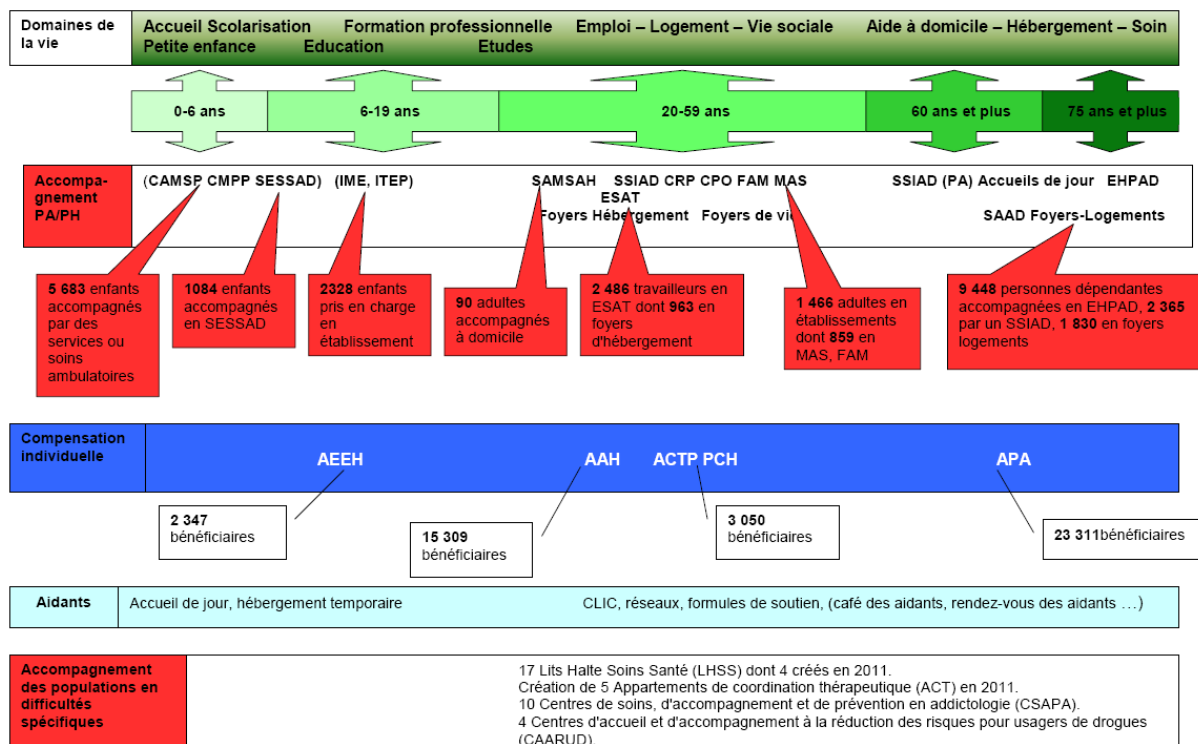
6.1. Indicateurs de suivi

- Formalisation des coopérations entre dispositifs de droit commun et structures AHI.

6.2. Indicateurs de résultats

- Actions de dépistage.
- Suivi vaccinal.
- Interventions mobiles CSAPA.
- Formation médecins libéraux par réseaux addicto.
- Rapports d'activité PASS.

Accompagnement médico-social des personnes tout au long de la vie en Franche-Comté.



Sources : Statiss 2010 ; Panorama de la santé en Franche-Comté (octobre 2010)



PROGRAMME
RÉGIONAL
D'ACCÈS
À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS
2012-2016

Sommaire

1. Introduction

1.1 Cadre national	5
1.1.1 Le PRAPS : le premier programme de santé destiné à faire reculer les inégalités de santé	
1.1.2 Inscription dans la continuité	
1.1.3 Trois générations de PRAPS	
1.1.4 Le nouveau PRAPS	
1.2 Publics des PRAPS	6
1.2.1 Concept de vulnérabilité	
1.2.2 Pauvreté et phénomène de précarisation	
1.2.3 Concept de personnes démunies	
1.3 Quelques éléments sur les précédents PRAPS de Franche-Comté	7

2. Diagnostic régional

2.1 Inégalités sociales devant la mort et la maladie	10
2.1.1 Espérance de vie	
2.1.2 Mortalité évitable et comportements à risque	
2.1.3 Maladies chroniques et infectieuses	
2.2 Déterminants socio-économiques	13
2.2.1 Conditions de vie dans l'enfance	
2.2.2 Accès à l'éducation	
2.2.3 Accès à l'emploi	
2.2.4 Revenus	
2.2.5 Lieu de vie / intégration sociale selon les publics.	
▪ Logement social en Franche-Comté jeunes travailleurs	
▪ Population rurale couverte par la Mutualité sociale agricole	
▪ Population couverte par la politique de la ville	
▪ Populations sans abris, sans logement ou en hébergement	
▪ Migrants	
▪ Gens du voyage	
▪ Personnes prostituées	
2.3 Accessibilité de l'offre en prévention	23
2.3.1 Actions de prévention destinées au public précaire : bilan 2006-2009.	
2.3.2 Zoom sur trois exemples d'actions	
2.4 Accessibilité et adaptabilité du système de soins	29
2.4.1 Accès primaire aux soins	
2.4.2 Accès secondaire aux soins / continuité des soins	



3. Programme d'actions

3.1 Objectif général 1 : Améliorer la santé des jeunes francs-comtois qui grandissent dans un environnement socio-économique précaire	40
Objectif opérationnel 1.1 : Offrir aux adolescents et aux jeunes la possibilité d'acquérir des aptitudes favorables à leur santé	
3.2 Objectif général 2 : Agir sur les facteurs de risque.....	44
Objectif opérationnel 2.1 : Aider les publics en situation de grande précarité et/ou d'exclusion à s'approprier les principes de base d'éducation à la santé	
Objectif opérationnel 2.2 : Accompagner les populations précarisées vers le geste vaccinal et le dépistage des maladies infectieuses et chroniques	
3.3 Objectif général 3 : Favoriser l'insertion des publics les plus précarisés dans les dispositifs de droit commun par la prise en compte, tout au long de la chaîne des soins, des facteurs psycho-sociaux.....	48
Objectif opérationnel 3.1 : Développer, pour les publics les plus éloignés socialement du système de santé, un accompagnement et un accès à l'offre de soins de 1 ^{er} recours adaptés à leurs besoins	
Objectif opérationnel 3.2 : Offrir une prise en charge médicale et/ou une orientation vers les structures médico-sociales adaptées à leurs besoins	
3.4 Objectif général 4 : S'assurer de l'efficacité de ce programme.....	53
Objectif opérationnel 4.1 : Constituer un groupe technique régional du PRAPS	
Glossaire.....	55



1. Introduction



Les nombreuses études scientifiques conduites à ce jour démontrent la corrélation entre la situation sociale et de multiples aspects de l'état de santé. Au sein des pays industrialisés, les inégalités sociales de santé (ISS) s'aggravent. En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)-Europe engageait les états signataires à se fonder sur un principe de justice sociale pour la poursuite de l'équité dans le domaine de la santé.

En 2005, une Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) a été constituée au sein de l'OMS. Sa mission était d'établir, à partir des études scientifiques existantes, des préconisations relatives aux interventions et aux politiques efficaces à conduire pour améliorer la santé des populations et réduire les inégalités de santé. Les premières conclusions des travaux de la CDSS mettent en exergue que les principaux facteurs générateurs d'inégalités de santé sont à l'extérieur du champ d'intervention propre à la santé. En effet, les conditions de vie, l'emploi, l'économie, l'environnement, l'offre sociale relèvent d'autres secteurs d'activité administrative. La réduction des inégalités de santé repose sur l'interaction entre le champ sanitaire et les autres domaines des politiques publiques.

En France, si l'espérance de vie est parmi les plus élevées d'Europe, les ISS sont également parmi les plus importantes malgré les progrès des prises en charge médicales. Ainsi, l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre supérieur est-elle de 7 ans plus élevée que celle d'un ouvrier et de 10 ans pour l'espérance de vie sans incapacité. Le taux de mortalité prématurée des hommes non diplômés est, quant à lui, 2,5 fois plus élevé que celui des hommes ayant fait des études. Ces ISS sont constatées dès l'enfance (prévalence de l'obésité, de l'asthme, état bucco-dentaire...). Quant aux problématiques des personnes les plus éloignées des soins (personnes sans abri, mal logées ou hébergées), elles s'aggravent.

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), confirmés par la loi du 21 juillet 2010 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), s'inscrivent donc dans cette lutte contre les inégalités sociales de santé.

En Franche-Comté, la volonté de l'ARS est que le PRAPS puisse répondre à trois enjeux : visibilité, viabilité, fiabilité du programme.

Visibilité dans sa structuration afin de faciliter son appropriation par l'ensemble des partenaires et acteurs locaux.

Fiabilité de son contenu par un état des lieux pragmatique croisant les enjeux de santé publique, les spécificités du territoire de santé, l'identification des ressources et des partenariats existants et de ceux à mobiliser ou à consolider. Cet état des lieux aboutit à la priorisation et la programmation d'actions argumentées, porteuses de transversalité et dont la finalité est un maillage partenarial. Il permettra la pérennisation à long terme des effets attendus pour chacune de ces actions.

Viabilité du programme à court, moyen et long terme en déterminant les résultats attendus pour chaque action ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de l'ensemble du PRAPS, tout en veillant à associer les citoyens/usagers à la démarche.

Enfin, l'ambition de ce programme, tant dans son élaboration que dans sa mise en œuvre, est de permettre aux populations auxquelles il s'adresse d'acquérir et/ou d'accéder aux ressources favorables à leur santé.

Au total, l'Agence régionale de santé de Franche-Comté a souhaité faire de la santé des publics précaires et vulnérables un des deux enjeux majeurs de sa politique pour les 5 années à venir. Ce programme spécifique PRAPS mais aussi l'ensemble du Projet régional de santé doivent y contribuer. Dans cette perspective, nous avons besoin de la mobilisation de tous !



1.1 Cadre national

1.1.1 Le PRAPS : le premier programme de santé destiné à faire reculer les inégalités de santé

La loi N°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a instauré les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), premiers programmes de santé destinés à faire reculer les inégalités en matière de santé en mettant en place l'articulation entre sanitaire et social. De cette même loi, sont issus deux dispositifs complémentaires visant également à réduire ces inégalités de santé à savoir, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et la Couverture maladie universelle (CMU).

1.1.2 Une inscription dans la continuité

La loi N°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoyait, quant à elle, l'élaboration d'un Plan régional de santé publique (PRSP). Ce dernier, arrêté par le Préfet de Région, devait comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et, notamment, un PRAPS.

L'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique disposait que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés particulières des personnes les plus démunies et les plus vulnérables ».

1.1.3 Trois générations de PRAPS

La 1^{ère} de 2000 à 2002 puis la 2^{ème} de 2003 à 2006. Bien qu'il n'y ait pas eu de 3^{ème} génération, la circulaire N°DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au PRAPS visait à définir leur poursuite dans le cadre des PRSP. Les évaluations diligentées au niveau national ont mis en évidence les forces et les faiblesses de ces programmes. Globalement, leur bilan était jugé positif et ces programmes bien que perfectibles sont considérés comme un dispositif légitime, un des leviers du décroisement entre santé et social apte à motiver une réelle dynamique de transversalité.

1.1.4 Le nouveau PRAPS

La loi N°2009-879 du 28 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) dispose que le PRAPS est un programme obligatoire du Projet régional de santé (PRS) permettant la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du Plan stratégique régional de santé (PSRS) et des trois Schémas sectoriels. Ainsi, il doit prévoir les actions et les financements nécessaires à la mise en œuvre du PRS, déterminer les résultats attendus, les indicateurs pour mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues. Il fixera également les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

Parallèlement, le partage des missions dévolues d'une part, aux ARS d'autre part, aux Directions régionales et départementales de l'Etat chargées de la cohésion sociale et de la jeunesse et des sports (DRJSCS, DDCS, DDCSPP) est défini par un cadre législatif et réglementaire. L'instruction interministérielle N°SG/2001/08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les acteurs institutionnels précités recense leurs domaines communs d'intervention ainsi que les modalités de collaboration autour de deux champs dont le champ social et le champ de la jeunesse et des sports.



Dès lors, le PRAPS qui doit permettre l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus démunies nécessitera, compte tenu de l'importance des problématiques sociales dans les déterminants de santé et dans les questions d'accès aux soins, une articulation interinstitutionnelle. Cadre fédérateur, il s'attachera à mettre en œuvre cette dernière avec les différents partenaires extérieurs : DRJSCS, Assurance maladie (Régime général, travailleurs indépendants, Mutualité sociale agricole), Rectorat, Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), Collectivités territoriales...

1.2 Les publics des PRAPS

1.2.1 Concept de vulnérabilité

Selon le contexte, les catégories de personnes considérées comme vulnérables varient.

L'Organisation mondiale de la santé identifie les catégories suivantes :

- les personnes traditionnellement considérées comme vulnérables sont celles dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée (enfants et personnes qui, du fait de troubles mentaux ou comportementaux, sont incapables de donner un consentement éclairé),
- les personnes âgées sont également considérées comme personnes vulnérables.

Cette notion de vulnérabilité est aussi retrouvée chez d'autres groupes tels : les personnes bénéficiaires de prestations ou d'une aide sociale, d'autres sujets démunis ainsi que les chômeurs, les patients des services d'urgence, certains groupes ethniques et raciaux minoritaires, les sans-abri, les nomades, les réfugiés, demandeurs d'asile ou les personnes déplacées, les détenus, les patients atteints d'une maladie incurable, les personnes sans représentation politique et les membres de communautés non familières avec les notions médicales modernes...

L'Union européenne considère, également, comme population vulnérable les personnes souffrant d'alcoolisme et les toxicomanes.

1.2.2 Pauvreté et phénomène de précarisation

La pauvreté concerne les personnes dont le très faible niveau de ressources matérielles, culturelles et sociales ne leur permet pas d'accéder à des conditions de vie sociale acceptables. En France, la plupart des personnes pauvres bénéficient de minima sociaux : Allocation adulte handicapé (AAH), Revenu de solidarité active (RSA), Allocation parent isolé (API), Allocation de solidarité spécifique (ASS)... Cependant, les allocataires de minima sociaux ne sont pas représentatifs de l'ensemble des aspects de la précarité.

Les études épidémiologiques et sociologiques démontrent que les publics susceptibles de bénéficier du PRAPS sont hétérogènes. Ils subissent un phénomène de précarisation. Parmi ces publics, peuvent être identifiées des populations spécifiques en fonction du niveau de revenus, du statut social, de l'origine..., notamment :

- Les enfants et familles monoparentales, plus particulièrement dans les quartiers de la politique de la ville.
- Les jeunes en situation de vulnérabilité.
- Les personnes âgées en difficulté sociale et pluri-dépendantes.
- Les gens du voyage.
- Les populations immigrées ou issues de l'immigration.
- Les détenus et les sortants de prison.
- Les grands exclus.
- Le public recourant à l'aide alimentaire.
- La population résidant en Zone urbaine sensible (ZUS).



1.2.3 Concept de personnes démunies

Le législateur a souhaité que le PRAPS soit centré sur « les plus démunis ». Cependant, le risque à éviter lié à cette terminologie est qu'il pourrait conduire à la prise en compte de publics très variés et importants quantitativement, ce qui aboutirait à une dispersion des crédits et des interventions publics. Aussi, l'échelon national a-t-il demandé à chaque région de faire un choix afin de prioriser ces publics ainsi que les problématiques et les actions à conduire.

1.3 Quelques éléments sur les précédents PRAPS de Franche-Comté

Quatre priorités régionales avaient été dégagées à l'issue des bilans réalisés concernant deux dispositifs des PRAPS précédents : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les Ateliers santé jeunes (ASJ) :

- renforcer l'accompagnement vers la prévention et les soins tout au long des parcours d'insertion ou de réinsertion socioprofessionnelle,
- favoriser l'ancrage des actions de prévention par une forte démarche de territorialité et de proximité (les projets destinés à viser la population rurale précaire ou résidant dans des communes de petite ou moyenne importance émergeaient difficilement),
- veiller à ce que les cinq PASS généralistes existantes assurent l'intégralité de leur mission dans l'accompagnement de la personne vers une prise en charge sanitaire et sociale efficace,
- améliorer la réponse à apporter à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, notamment en matière d'écoute et d'orientation vers des professionnels ou des structures spécialisés.

Les PRAPS précédents bénéficiaient d'un cadre administratif qui facilitait une approche conjointe des champs de la santé et du social.

Dans le cadre de la loi HPST, cette approche au sein d'une même structure institutionnelle n'existe plus et doit faire l'objet d'un travail de collaboration étroite entre l'ARS et les autres administrations en charge des problématiques sociales. Ce travail doit aboutir à la construction d'un parcours santé fluide, articulé et cohérent pour les populations franc-comtoises les plus précaires





2. Diagnostic régional



La précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues psychotropes) et de faible recours aux soins. La plus mauvaise santé de groupes sociaux défavorisés pose un problème spécifique en s'analysant comme un cumul de désavantages qui s'aggravent mutuellement, chacun constituant une circonstance défavorable pour l'autre. Par ailleurs, ces populations défavorisées, notamment les plus pauvres et les exclues, présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres.

2.1 Inégalités sociales devant la mort et la maladie

2.1.1 Espérance de vie

Parmi les pays riches, c'est en France que sont constatées les plus grandes disparités devant la mort. Si en 20 ans, l'espérance de vie a augmenté pour toutes les catégories, cette progression a été plus forte dans les catégories les plus favorisées. Entre 25 et 54 ans, la surmortalité des ouvriers et employés par rapport aux cadres et profession libérales concerne quasiment toutes les causes de décès, en particulier les cancers, les maladies cardiovasculaires et les morts violentes. La mortalité chez les hommes de 45 à 59 ans est supérieure chez ceux exerçant une profession manuelle de 71 % par rapport à ceux dont le métier est non manuel. Les inégalités sociales de mortalité en fonction du niveau d'études sont également constatées pour les femmes comme pour les hommes.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité sont particulièrement importantes. Par ailleurs, plus la catégorie socioprofessionnelle est élevée, mieux les incapacités sont prises en charge.

En Franche-Comté

L'espérance de vie à 60 ans était comparable, en 2006, au niveau national (21,6 ans chez les hommes contre 21,8 au niveau national et 26,4 ans chez les femmes contre 26,7). Des disparités départementales sont cependant relevées. Le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 60 ans est le plus élevé dans le Jura (22,3 ans) et le plus faible dans le Territoire-de-Belfort (20,8 ans).

2.1.2 Mortalité évitable et comportements à risque

La fréquence des comportements à risques (alcool, tabac, conduite automobile risquée, toxicomanie, violence...) est importante chez les personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Elle impacte la mortalité évitable.

Les comportements à risque ne sont pas l'unique expression de la responsabilité individuelle. Problème d'information imparfaite, de difficulté à se projeter dans l'avenir ou conditionnements sociaux entravant en partie le libre arbitre des personnes (ressources économiques, sociales, psychologiques, géographiques : offre de soins, de produits, d'équipements). Exemple : les inégalités sociales de santé qui affectent les enfants (par exemple l'obésité) et préparent les inégalités sociales de santé pour les trente ou quarante ans à venir.

En Franche-Comté

Les femmes présentent un taux de mortalité régionale égale à la mortalité nationale, une surmortalité masculine est quant à elle constatée ; les hommes sont plus touchés par la mortalité prématurée et évitable. Entre 1984 et 2004, la mortalité avait diminué de 31 % chez les hommes (33 % en France) et de 29 % chez les femmes (30 % en France).



Le Doubs et le Jura se caractérisaient par une sous-mortalité féminine par rapport à la moyenne nationale. En Haute-Saône et dans le Territoire-de-Belfort, une surmortalité est observée tant chez les hommes que chez les femmes.

De 2003 à 2005, les décès prématurés (avant 65 ans) représentaient 20 % de l'ensemble des décès (soit 2 000 décès annuels prématurés). Pour les hommes, ils représentaient une proportion de 27 % soit plus de deux fois supérieure à celle des femmes (12 %). Au sein de la population masculine, 722 décès en moyenne sur les 2 000 décès prématurés seraient évitables notamment par la modification de comportements à risque (alcool, conduite automobile). Chez les femmes, 290 sur ces 2 000 décès seraient également évitables par la modification des comportements mais aussi par une amélioration de la prise en charge par le système de soins (ex : actions de dépistage du cancer du sein).

Alcool

Sur la même période, les décès liés à l'alcool représentaient 3,4 % de la mortalité totale de la région mais impactaient la mortalité prématurée avec 8,6 % des décès prématurés. 82 % de ces décès étaient masculins.

Tabac

Entre 2003 et 2005, 1 526 décès annuels imputables à la consommation de tabac ont été enregistrés (cancers broncho-pulmonaires, bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives, cardiopathies ischémiques) dont 23 % de décès prématurés. Le taux de mortalité avait diminué, entre 1984 et 2004, de 6 % chez les hommes mais augmenté de 161 % chez les femmes en lien direct avec le développement du tabagisme féminin.

Accidents de la route

Une baisse de la mortalité par accident de la circulation avait été relevée entre 1984 et 2004 mais celle enregistrée dans la région (- 41 %) était cependant moins importante qu'au niveau national (- 54 %). Sur la période 2003-2005, la mortalité par accident de la circulation était plus élevée que la moyenne nationale (+ 32 %).

2.1.3 Maladies chroniques et infectieuses

En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, le risque de mortalité par maladie coronarienne est multiplié par 1,8 chez les ouvriers et 3,5 chez les employés par rapport aux cadres. En ce qui concerne le cancer, la survie après cette maladie est en moyenne plus basse dans les catégories socioprofessionnelles plus défavorisées, et ce quelle que soit la localisation des cancers.

Les interactions entre santé mentale et conditions de vie sont importantes : l'absence d'emploi est génératrice de dépression, du syndrome de l'exclusion, de troubles et souffrance psychosociaux.

L'obésité est également un marqueur social fort, quel que soit l'indicateur choisi puisque la prévalence de cette pathologie varie de 6 à 22% selon le revenu du foyer, de 8 à 16% selon la catégorie socioprofessionnelle, de 7 à 24% selon le degré d'instruction (Enquête Obepi 2009).

La mauvaise santé bucco-dentaire est également mise en évidence chez les enfants des catégories socioprofessionnelles les moins élevées. A 12 ans, 47 % d'enfants de cadres supérieurs étaient indemnes de caries, 43 % dans les catégories intermédiaires contre 32 % chez les enfants d'ouvriers (1998). Ce mauvais état bucco-dentaire était également significatif chez les personnes âgées (65-74 ans) : 22 % d'édentés dans le groupe de faible niveau socio-économique et 0 % dans le groupe de niveau élevé.



En Franche-Comté

Maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs

Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs étaient responsables respectivement de 30 % et 29 % des décès survenus entre 2004 et 2006.

En 2003-2005, la région présentait des écarts avec la moyenne nationale et au sein même de la région entre départements. Une surmortalité régionale par maladies de l'appareil circulatoire était relevée surtout chez les hommes, la surmortalité la plus élevée étant constatée dans le Territoire de Belfort. La mortalité féminine était nettement supérieure à la moyenne nationale en Haute-Saône et dans le Territoire de Belfort. Seul le Jura ne présentait aucune différence avec la moyenne nationale. Les maladies cardiovasculaires étaient plus importantes dans le Doubs et en Haute-Saône.

Sur la même période, le cancer était la première cause de mortalité chez les hommes et la seconde chez les femmes après les maladies cardiovasculaires. La mortalité régionale ne différait pas de la mortalité nationale. On constatait toutefois une sous-mortalité masculine inférieure de 6 % à la moyenne nationale dans le Doubs et une surmortalité masculine supérieure de 7 % à cette moyenne nationale en Haute-Saône.

Affections de longue durée (ALD)

Au 31/12/2009, 234 000 personnes du régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés étaient en ALD. Au cours de cette année 2009, le régime général avait procédé à 17 600 admissions en ALD. Dans 52 % des cas, il s'agissait d'hommes.

Maladie du poumon du fermier

Elle représente 9 % des affections respiratoires du CHRU de Besançon.

Echinococcose alvéolaire

La Franche-Comté est la région française la plus touchée et les agriculteurs la première population concernée.

Tuberculose

En 2008, on enregistrait un taux faible de cas déclarés pour 100 000 habitants (5, 9 contre 9 en France), principalement dans le Jura : 2, 7 et dans le Doubs : 5, 9. Les taux les plus élevés étaient relevés dans le Territoire de Belfort : 7, 7 et en Haute-Saône : 8, 4.

En 2009, la Haute-Saône enregistrait une diminution (4, 6) alors que le nombre de nouveaux cas avait fortement augmenté dans le Jura (7 cas en 2008 ; 17 cas en 2009).

Les personnes les plus touchées sont les adultes jeunes nés à l'étranger, les personnes sans domicile fixe ou en situation de grande précarité.

VIH/Sida

Entre 2003 et 2009, les 192 cas de séropositivité découverts dans la région résidaient principalement dans le Doubs.

En 2009, le taux annuel de découvertes de séropositivité par million d'habitants était plus faible qu'au niveau national (40 contre 100 en France) notamment en Haute-Saône et dans le Jura.

En 2008-2009, le pourcentage de découvertes de séropositivité au stade Sida était plus faible en Franche-Comté (13, 5 %) qu'en France (19 %). Les hommes homosexuels représentaient 62 % de ces découvertes contre 38 % en France, les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne 14 % contre 23 % en France.

Hépatites

En 2008, 4 453 dépistages du VHB ont été réalisés dont 10 positifs et 2 615 dépistages du VHC dont 15 positifs.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

En 2008, 70 cas de chlamydioses, 23 cas d'infection à Papillomavirus humain (HPV), 13 à mycoplasmes, 7 cas de syphilis et 5 gonococcies.



Obésité

43,3 % des habitants sont en excès de poids dont 32,8 % en surpoids et 10,5 % présentent une obésité. 11,4 % des enfants franc-comtois sont en surpoids dont 2,4 % sont obèses. La prévalence du surpoids chez les enfants de 11 ans est de 20,3 % en Haute-Saône, 18,3 % dans le Jura, 16,3 % dans le Territoire-de-Belfort et 15,3 % dans le Doubs. Les enfants issus de familles modestes et/ou au niveau d'éducation le plus faible sont davantage touchés par l'obésité que les enfants issus de catégories sociales plus favorisées. Il en est de même pour les adultes, notamment pour les femmes appartenant aux catégories sociales les moins favorisées.

2.2 Déterminants socio-économiques

Les conditions de vie dans l'enfance, l'accès à l'éducation, l'accès à l'emploi, le statut socioprofessionnel et les conditions de travail, le lieu d'habitation, le revenu, le soutien social (réseau familial, amis, cohésion d'un quartier, d'un milieu professionnel) sont des déterminants qui influencent l'état de santé.

2.2.1 Conditions de vie dans l'enfance

Le capital santé initial est l'ensemble des ressources de santé physique et psychosociale hérité et acquis pendant les premières années de la vie qui déterminera l'état de santé au début de la vie adulte et le potentiel de santé pour le futur. Sa constitution est étroitement liée au contexte socio-économique des parents.

En Franche-Comté

Depuis 2004, une augmentation du nombre d'enfants vivant dans un ménage allocataire (+ 3,5 %) a été observée. Il s'agit principalement de familles précaires (+ 5,8 %). Le nombre d'enfants de ménages allocataires fragiles avait baissé (- 7,4 %).

En 2008, la Franche-Comté compte 59 465 enfants vivant dans des ménages allocataires CAF sous le seuil de bas revenus soit 903 € (ménages allocataires CAF précaires). De plus, 47 116 enfants sont issus de ménages allocataires vivant au-dessus du seuil de bas revenus grâce aux prestations (ménages allocataires CAF fragiles).

En 2006, 80 % des familles monoparentales sont dirigées par une femme. 17 % des femmes à la tête de ces familles, et ayant un emploi, sont touchées par la pauvreté monétaire.

Au 1^{er} janvier 2009, le taux d'allocataires de l'allocation parent isolé (API) pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans est de 11,3 ‰ avec de grandes disparités départementales à noter : 10,8 ‰ dans le Doubs, 8,6 ‰ dans le Jura, 12,8 ‰ en Haute-Saône et 16,0 ‰ dans le Territoire-de-Belfort.

La capacité d'accueil collectif des enfants d'âge préscolaire est nettement inférieure à la moyenne nationale (nombre de places : 69 pour 1 000 enfants au cours des trois dernières années. 112 pour 1 000 au niveau national).

Les assistantes maternelles constituent le 1^{er} mode de garde et proposent plus de 8 000 places pour les enfants de moins de 6 ans ; le nombre d'enfants de moins de 3 ans inscrits auprès de ces dernières est très supérieur à la moyenne nationale (190 inscrits pour 1 000 enfants. Niveau national : 68 pour 1 000).



En 2007, 2 682 enfants et adolescents (soit 1,0 % de la population des moins de 18 ans) sont signalés comme étant maltraités ou en risque de danger. C'est en Haute-Saône que cette proportion est la plus importante (1,7 %).

Au 31 décembre 2008, l'Aide sociale à l'enfance (ASE) compte 5 753 bénéficiaires dont 45 % accueillis à l'ASE (31 % par mesure de placement judiciaire, 9 % par mesure de placement administratif et 5 % par placement direct du juge en établissement) et 55 % bénéficiaires d'actions éducatives (34 % en milieu ouvert et 21 % à domicile).

2.2.2 Accès à l'éducation

Le niveau d'études influence les comportements de santé. Grâce aux connaissances acquises et à la capacité d'en acquérir d'autres, celui-ci favorise l'accessibilité à une catégorie sociale et à un niveau de revenu favorables, à des conditions et contraintes de travail moins néfastes pour la santé. Ainsi, il a été constaté que la prévalence de l'hypertension artérielle est de 52 % chez les hommes ayant au plus un certificat d'études primaire et de 24 % chez les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 3 ou plus. Ce gradient est encore plus marqué chez les femmes (46 % et 11 % respectivement).

En Franche-Comté

En 2006, trois Francs-Comtois sur dix quittent le système éducatif sans diplôme qualifiant. Les caractéristiques familiales, notamment la catégorie socioprofessionnelle et le statut du chef de famille, influencent ce parcours éducatif. L'absence de qualification défavorise l'insertion dans le marché du travail : 53 % des inactifs et 40 % des chômeurs ne possèdent aucun diplôme qualifiant. 48 % des Francs-Comtois actifs sans qualification sont des ouvriers ou employés non qualifiés, seuls 2 % occupent des fonctions de cadres supérieurs.

Le nord de la Franche-Comté et la zone de St-Claude sont plus touchés par la non-qualification (plus de 34 % que la moyenne régionale qui est de 31 %). Il en est de même pour le secteur de Morteau (34 % de non qualifiés) mais ce taux impacte moins défavorablement cette zone compte tenu de la proximité avec la Suisse et du tissu économique local.

La zone d'emploi de Belfort présente un taux de non qualifiés proche de la moyenne régionale. Elle compte plus de diplômés de l'enseignement supérieur (+ 2,2 points par rapport à la moyenne régionale) qui trouve une explication dans la présence d'emplois de cadres et de pôles universitaires sur ce secteur.

En ce qui concerne le territoire de Pontarlier, la proportion de personnes sans qualification est de 4 fois inférieure à la moyenne régionale. La population est plus jeune. Le secteur d'emploi beaucoup plus lié à la construction et aux services qu'à l'industrie fait appel à des qualifications au moins égales à un CAP ou un BEP.

La proportion de non qualifiés est également faible dans la zone de Besançon (à peine un quart des habitants). En sa qualité de capitale régionale, elle bénéficie d'une présence plus forte d'emplois qualifiés.

Le contrat des personnes non qualifiées est souvent de courte durée et/ou à temps partiel. Les jeunes de 16-29 ans sont 4,5 fois plus concernés par ce type de contrat (CDD, intérim, contrats aidés...) que leurs aînés (50 ans - 64 ans).

– Entre les femmes et les hommes, des différences sont relevées. Parmi les 50-64 ans, 50 % des Francs-Comtoises sont sans qualification pour 37 % chez les hommes. La tendance s'inverse pour la tranche d'âge des 16 à 24 ans : 25 % de jeunes femmes sans qualification et 28 % chez les hommes.

– En 2008-2009, 10 860 jeunes sous statut scolaire étaient inscrits en classe terminale de l'enseignement technologique et professionnel.



Le décrochage scolaire est plus observé, en 2009, chez les jeunes de la filière professionnelle et adaptée que chez les jeunes de la filière générale ou technologique. 10 % des jeunes ayant débuté une formation professionnelle en 2008-2009 ont décroché en 2009-2010. Ces jeunes sont surreprésentés dans les zones urbaines de Besançon, Montbéliard, Dole, Gray et Belfort.

Il est observé qu'un jeune résidant en milieu urbain et dont la catégorie sociale familiale, le régime boursier, la formation suivie sont identiques à un jeune résidant en milieu rural a 1,7 fois plus de risque de décrocher que ce dernier.

2.2.3 Accès à l'emploi

Une surmortalité chez les personnes sans emploi est observée. Par ailleurs, le chômage, les diverses formes d'emploi précaire ou mal rémunéré dont la fréquence a fortement augmenté en France depuis une vingtaine d'années engendrent des effets néfastes pour la santé mentale (troubles psychologiques, anxiété et dépression) et pour la santé cardiovasculaire.

En Franche-Comté

En 2005, un salarié sur cinq perçoit un faible revenu d'activité. Ces salariés à bas revenu travaillent plus souvent à temps partiel et la majorité d'entre eux n'ont pas travaillé toute l'année. Il s'agit essentiellement des femmes, des jeunes et des personnes occupant un emploi peu qualifié. Les secteurs du commerce, de l'éducation, de la santé, de l'action sociale et les services aux entreprises ou aux particuliers emploient beaucoup de salariés à bas revenu. Enfin, ces derniers sont davantage présents dans les établissements employant moins de 10 salariés.

Entre fin 2007 et fin 2008, la progression du nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quel que soit le temps de travail, est de 18 %.

Au 31/12/2008, le taux de chômage de la région est de 7,6 % de la population active. 28 % des demandeurs d'emploi inscrits sont des chômeurs de longue durée (un an et plus) et, parmi eux, 6 % sont des chômeurs de très longue durée (plus de 3 ans).

Dans le Doubs, l'augmentation des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quel que soit le temps de travail, est très élevée sur la zone d'emploi de Morteau (+ 40 %).

Le Jura enregistre également la hausse la plus importante de la région du nombre de ses demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quel que soit le temps de travail (+ 20 %), la zone d'emploi de Saint-Claude étant particulièrement touchée par cette augmentation.

La Haute-Saône est le 2^{ème} département de la région où le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, immédiatement disponibles et recherchant un emploi quel que soit le temps de travail, a connu une hausse importante en un an (+ 19 %). La part des chômeurs de longue durée représente plus de 30 %. Pour la zone d'emploi de Lure-Luxeuil, cette part représente plus de 8 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi. Face à une population relativement âgée, les jeunes Haut-Saônois se trouvent dans une situation difficile et représentent une proportion importante des demandeurs d'emploi immédiatement disponibles.

Les zones d'emploi de Montbéliard, Lure-Luxeuil et Belfort ont un taux d'activité féminin parmi les plus bas et également les taux de chômage les plus élevés de la région. Une forte part de femmes non diplômées et de femmes au chômage de longue durée sont présentes sur ces zones.

Les taux d'activité féminins sont plus élevés dans les zones frontalières.

En 2010, au sortir de leur formation technologique ou professionnelle, les lycéens peinent à s'insérer sur le marché du travail. Leur taux d'emploi stagne à 57 % et la population inactive passe de 5 % à 8 %. Les filles ont toujours un peu plus de difficultés d'insertion que les garçons mais l'écart continue à se réduire. La précarisation des emplois se poursuit et concerne désormais un peu plus de 6 actifs sur 10. En parallèle, les recrutements en emplois non qualifiés repartent à la hausse.



2.2.4 Revenu

En déterminant d'autres facteurs matériels, conditions de vie, conditions de travail, accès à un emploi, accès à un haut niveau d'études, il impacte directement l'état de santé à tout âge de la vie.

En Franche-Comté

En 2007, les écarts de salaire conduisent à plus de précarité chez les femmes. Parmi les salariés touchant un bas salaire, 60 % sont des femmes. Or, ces dernières ne représentent que 45 % des salariés.

Les femmes en situation de responsabilité d'une famille monoparentale sont plus souvent bénéficiaires de minima sociaux. Elles représentent 97 % de bénéficiaires de l'API. Parmi les bénéficiaires du RMI ayant des enfants, 57 % sont des mères de famille monoparentale, 40 % des couples et 3 % des pères. Après une séparation, le niveau de vie d'un ménage chute de 31 % quand ce dernier a une femme à sa tête. La baisse n'est que de 6 % lorsqu'il s'agit d'un homme. En 2006, le taux de pauvreté d'une famille monoparentale est de 28 %. Il est de 11 % chez les couples avec enfants et de 6 % chez les couples sans enfants.

Fin 2008, près de 22 % des Francs-Comtois âgés de moins de 65 ans vivent avec un niveau de ressources situé autour du seuil de bas revenus (903 €). Près de 40 % des ménages allocataires vivent sous ce seuil. Sans les prestations sociales, 14 % de l'ensemble des ménages CAF basculeraient dans la pauvreté. La Franche-Comté compte 31 096 allocataires des principaux minima sociaux que sont le Revenu minimum d'insertion (RMI), l'Allocation parent isolé (API) et l'Allocation adultes handicapés (AAH). Si l'année 2007 a été marquée par une baisse sensible des bénéficiaires de ces minima sociaux (- 4 %), notamment RMI et API (- 8 et - 7 %), leur nombre progresse depuis de 2 % en un an.

Cependant, l'analyse de ces chiffres est rendue difficile par la mise en place progressive du Revenu de solidarité active (RSA) dans les zones franc-comtoises expérimentatrices (Pays de Montbéliard Agglomération et Comité d'actions sociales de Lure) ainsi que par l'aspect conjoncturel de ces minima. En ce qui concerne plus spécifiquement le RMI, près de 43 % des bénéficiaires perçoivent cette allocation depuis 3 ans et plus avec une progression de 2 % en un an. Dans près d'un canton sur 6, leur part est supérieure à 50 %. Les femmes représentent 53 % des bénéficiaires du RMI et 24 % des Rmistes sont âgés de 50 ans et plus.

Dans le Doubs, la proportion de ménages vivant sous le seuil de pauvreté est de 39,5 % (2^{ème} position au niveau régional). Montbéliard enregistre un taux élevé de personnes bénéficiant du RMI inscrites dans le dispositif depuis 3 ans et plus (50 %). Le département enregistre également la plus forte progression des ménages allocataires vivant sous le seuil de bas revenus et ayant déclaré une activité (+ 29 %).

Dans le Jura, les inégalités de revenus sont moins marquées et, avant 2008, il apparaissait relativement préservé sur le plan de la pauvreté. La proportion des ménages jurassiens vivant sous le seuil de bas revenus est inférieure à la moyenne régionale (35,7 %). Toutefois, en 2008, ce département a enregistré la plus forte progression au niveau régional du nombre de ménages allocataires sous le seuil de bas revenus (+ de 14 %). En ce qui concerne le RMI, la proportion des bénéficiaires âgés de 50 ans et plus est une des plus fortes de la région (54,5 %).

La Haute-Saône a, au 31/12/2008, une proportion de ménages vivant sous le seuil de bas revenus de 39,2 %. Le taux de bénéficiaires du RMI inscrits dans ce dispositif depuis 3 ans et plus est de 51 % à Vesoul. La Haute-Saône enregistre aussi la proportion de la région la plus importante de Rmistes âgés de 50 ans et plus (56,5 %).



Le Territoire-de-Belfort est fortement touché par la précarité. La proportion de ses ménages vivant sous le seuil de bas revenus est la plus importante de la région (43,9 %). Belfort a un taux élevé de bénéficiaires du RMI entrés dans ce dispositif depuis 3 ans et plus.

En 2009, le Territoire-de-Belfort enregistre une forte hausse des ménages allocataires vivant sous le seuil de bas revenus et ayant déclaré une activité (+ 26 %).

Au cours de l'année 2008, 3 453 dossiers de surendettement ont été déposés à la Banque de France. La plupart des dossiers concernent un surendettement passif c'est-à-dire dû à une diminution des ressources consécutives à un accident de la vie (perte d'emploi, maladie, divorce...) et ce type de dossiers est en augmentation constante.

Une croissance de la précarisation dans le logement social est également constatée avec + 8 % d'assignations à comparaître en un an et + 6 % de commandements à quitter les lieux.

En 2009, 7 % des Francs-Comtois âgés de moins de 65 ans vivent dans un ménage où les revenus du travail ne suffisent pas à dépasser le seuil de bas revenus. Plus de la moitié des ménages allocataires vivant sous le seuil de bas revenus déclarent être en activité (53,4 %). Dans le contexte de la crise, cette catégorie a progressé de 25% en 2009.

La pauvreté se concentre dans les zones urbaines mais son installation durable dans les zones rurales (pour exemple, les cantons du nord de la Haute-Saône, cantons à profil rural) est observée.

2.2.5 Lieu de vie / Intégration sociale selon les publics

Les conditions de logement des populations défavorisées et un lieu de vie souvent à proximité de sources de pollutions environnementales, physiques ou chimiques (usines, autoroutes, sites d'incinération) génèrent au sein de ces populations des effets néfastes pour leur santé, effets auxquels elles sont par ailleurs plus sensibles : maladies infectieuses, respiratoires et accidents domestiques.

Le niveau d'intégration sociale impacte également les comportements à risque. (tabagisme, alcoolisme, troubles du comportement alimentaire, sédentarité...). Un faible niveau d'intégration accroît ces comportements. De plus, l'importance du réseau social d'un individu participe de la réduction des inégalités de santé devant la maladie, notamment les pathologies cardiovasculaires.

En Franche-Comté

L'offre locative sociale a diminué en 2006 (- 0,4 % en 20 ans). Baisse à mettre en corrélation avec le programme de rénovation urbaine en zone urbaine sensible (ZUS). Hors ZUS, elle a connu une faible augmentation (1,3 % depuis le 1^{er} janvier 2005).

Au 1^{er} janvier 2006, 49 % des logements locatifs sociaux sont situés dans le Doubs, 18 % dans le Jura, 13 % en Haute-Saône et 19 % dans le Territoire-de-Belfort.

Au 1^{er} janvier 2007, 23 % des ménages du parc locatif social ont plus de 60 ans et 8 % plus de 75 ans.

Au 1^{er} janvier 2009, près d'un quart des ménages logés par les bailleurs sociaux disposent de ressources inférieures à 20 % du plafond Plus, ce qui correspond aux minima sociaux. Les ménages en dessous de 60 % du plafond de ressources, équivalent pour accéder aux logements très sociaux, représentent plus de 70 % des ménages.

Les jeunes travailleurs

Les Foyers de jeunes travailleurs (FJT) ne doivent pas être considérés comme des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) destinés aux jeunes ou des structures d'hébergement d'urgence. Cependant, les jeunes qui y sont accueillis sont, pour leur très grande majorité, issus de catégories socioprofessionnelles peu favorisées.



L'offre en 2007

Dans le Doubs

– *Zone d'emploi de Besançon*. Elle compte 2 FJT. La demande en logement temporaire est satisfaite mais les FJT sont toujours complets. Chaque foyer dispose de 10 places ASE mais les besoins concernant ces places restent non satisfaits (20 places supplémentaires à répartir notamment sur Montbéliard et Pontarlier). Des difficultés croissantes dans l'accompagnement des jeunes les plus en difficulté sociale sont constatées. Difficultés qui se cumulent aux problèmes de sortie des structures d'accueil d'urgence et des CHRS. De nombreux réseaux et sources d'information sont à la disposition des jeunes mais, parallèlement, il est constaté un important cloisonnement et un manque de lisibilité.

– *Zone d'emploi de Montbéliard*. L'offre sur le site universitaire est satisfaisante. Cependant, beaucoup de jeunes apprentis sont dans les usines de Montbéliard. La précarité des jeunes s'accroît et il n'y a pas de structure d'hébergement leur proposant un accompagnement socio-éducatif adapté.

– *Zone d'emploi de Morteau*. Une hausse des situations de surendettement est constatée chez les jeunes. L'offre locative est rare et chère. Les jeunes logent chez leurs parents ou chez des amis.

– *Zone d'emploi de Pontarlier*. Une augmentation constante des demandeurs d'emploi et des personnes en difficulté sociale est observée. Le foyer de travailleurs géré par l'APAT accueille les jeunes de moins de 25 ans (20 à 30 % des travailleurs accueillis) mais il n'existe pas de structure d'hébergement leur proposant un accompagnement socio-éducatif adapté.

Dans le Jura

– *Zone d'emploi de Dole*. Elle compte 2 FJT dont l'activité s'est peu à peu recentrée sur l'accueil de publics en difficulté et de demandeurs d'asile. Les jeunes quittant progressivement le territoire en direction de trois grandes villes plus attractives économiquement : Besançon, Dijon et Châlon-sur-Saône, la demande d'hébergement de jeunes travailleurs diminue.

– *Zone d'emploi du Revermont* (Poligny-Arbois et Salins-les Bains) se caractérise par la présence d'industrie laitière, de l'hôtellerie, d'industrie du bois et de secteur viticole. Elle offre de nombreuses formations de qualité mais ne dispose d'aucun logement temporaire pour les jeunes et les prix dans le parc privé sont non adaptés aux moyens des jeunes.

– *Zone d'emploi de Champagnole*. Il n'y a pas de logement temporaire pour les jeunes mais pas de besoins identifiés.

– *Zone d'emploi de Lons-le-Saunier*. La fluctuation des populations jeunes est liée au travail saisonnier ou aux aléas du contexte économique. Le besoin se situe entre l'accueil d'urgence et le logement autonome. Or il n'y a pas de FJT, ce qui constitue un obstacle pour les jeunes. Des besoins pour les accueillir temporairement sont également identifiés sur le secteur sud très rural.

– *Zone d'emploi de Saint-Claude*. Cette zone est marquée par le déclin des usines et de nombreux jeunes en grande difficulté. La situation pour les apprentis est malaisée au niveau de l'hébergement avec des problèmes de transports. Restent en ville les personnes âgées et les ménages les plus en difficulté. Les familles monoparentales éprouvent de plus en plus de mal à se loger.

En Haute-Saône

– *Zone d'emploi de Gray*. Cette zone connaît également un déclin économique avec des moyens de transport limités dans ce secteur rural. Gray dispose de 2 FJT mais des besoins en logement temporaire pour les jeunes sont identifiés sur le territoire de Rioz.

– *Zone d'emploi de Vesoul*. Les bailleurs sociaux y sont très présents et la zone d'emploi dispose de 2 FJT. Cependant, les jeunes les plus qualifiés quittent le territoire où restent les jeunes les plus en difficulté. L'apprentissage se développe.

– *Zone d'emploi de Lure-Luxeuil*. Les jeunes désertent cette zone pour les territoires limitrophes plus attractifs en termes d'emploi (PMA/Belfort). Le FJT de Lure accueille aussi les jeunes de Luxeuil.

Dans le Territoire-de-Belfort

– *Zone d'emploi de Belfort*. La capacité en logement est satisfaisante sur Belfort et aussi pour les jeunes. Belfort dispose d'un FJT mais il est également considéré comme un lieu pour gérer l'urgence, l'exclusion. Une problématique a été identifiée sur le secteur de Delle qui concerne les moyens dont disposent les jeunes pour être mobiles (navettes domicile/Travail (Belfort, Montbéliard)). Le Conseil Général a mis en place dans cette zone d'emploi des Points accueil solidarité (PAS) pour apporter des réponses adaptées aux jeunes.



La population rurale couverte par la Mutualité sociale agricole

La MSA répond aux besoins de 129 000 adhérents (exploitants et salariés agricoles ainsi que leurs familles). Cette population est fragilisée car confrontée à la précarité économique du milieu agricole, notamment les éleveurs. Ces derniers traversent également des crises sanitaires qui impactent leur vie quotidienne (ex : épisode de fièvre charbonneuse dans le Haut-Doubs en 2009). La MSA par des actions au plus près de cette population permet l'accompagnement des plus fragiles d'entre eux. C'est ainsi qu'une action de prévention du stress et du suicide a été mise en place par ses équipes : services sociaux, services de santé sécurité au travail, services de médecine préventive. Cela se traduit par :

- des démarches d'accompagnement et de prise en charge des personnes en difficulté (Stress assistance avec dispositif téléphonique, cellules de prévention du suicide, plans d'accompagnement avec les organisations professionnelles agricoles),
- des réunions de sensibilisation et d'information auprès des professionnels du monde agricole (Groupes de parole sur le stress et le suicide, formations/actions sur le stress en agriculture, colloques et journées santé sécurité au travail sur les risques psychosociaux).

La MSA assure par ailleurs des services de proximité à Besançon, Pontarlier, l'Isle-sur-le-Doubs, Lons-le-Saunier, Fouchers, Arbois, Vesoul, Gray, Belfort.

La population couverte par la politique de la ville

Les Zones urbaines sensibles (ZUS) sont des territoires infra-urbains retenus pour être la cible prioritaire de la politique de la Ville. Elles sont caractérisées par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi. Ces zones bénéficient de la part de l'Etat d'avantages particuliers. La pauvreté et la précarité y sont très présentes. Ainsi, en 2007, au niveau national 33,1 % des habitants des ZUS vivaient en dessous du seuil de pauvreté. La proportion est de 12 % dans le reste du territoire. Les jeunes des quartiers sensibles suivent souvent moins d'études. La proportion de jeunes au chômage ou en inactivité est 2 fois plus importante dans ces quartiers qu'ailleurs.

Un jeune des quartiers sensibles sur 4 est au chômage ou en inactivité contre un jeune sur 8 dans les autres quartiers des mêmes agglomérations. Fin 2008, les habitants des ZUS représentent 12 % de l'ensemble des inscrits à Pôle emploi. 14 % des entrants dans les 3 principaux contrats aidés du plan de cohésion sociale (contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat d'avenir et contrat initiative emploi) sont des résidents des ZUS.

La politique de la Ville s'applique à une géographie prioritaire qui comporte l'ensemble des quartiers repérés dans les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS).

Ces quartiers comportent, d'une part la quasi-totalité des quartiers classés comme ZUS d'autre part, d'autres quartiers non ZUS repérés comme quartiers prioritaires. Ils sont de petite taille, contigus aux ZUS mais sans extension des dispositions spécifiques qui s'y rapportent.

L'ensemble des quartiers des CUCS a été classé en trois niveaux de priorité selon le degré de difficultés repéré.

Doubs

✓ *Besançon* : 1 CUCS comportant 4 quartiers en ZUS et 4 quartiers hors ZUS. Sur ces 8 quartiers, un est classé en priorité 1, cinq en priorité 2 et deux en priorité 3. Soit 31 108 habitants concernés par la politique de la ville dont 23 794 résidant en ZUS

✓ *Pays de Montbéliard Agglomération* : 1 CUCS comportant 9 quartiers en ZUS et 2 hors ZUS. Sur ces 11 quartiers, 5 sont classés en priorité 1, quatre en priorité 2 et deux en priorité 3. Soit 26 077 habitants concernés dont 25 337 résidant en ZUS.



✓ *Pontarlier* : 1 CUCS comportant un quartier hors ZUS classé en priorité 3. Soit 1 681 habitants concernés.

Jura

✓ *Lons-le-Saunier* : un CUCS comportant deux quartiers en ZUS classés en priorité 2. Soit 4 418 habitants concernés.

✓ *Dole* : un CUCS comportant un quartier en ZUS classé en priorité 1. Soit 3 520 habitants concernés.

✓ *Saint Claude* : un CUCS comportant un quartier en ZUS et un quartier hors ZUS. Ces deux quartiers sont classés en priorité 2. Soit 2 396 habitants concernés dont 1 510 résidant en ZUS.

✓ *Morez* : un CUCS comportant un quartier hors ZUS classé en priorité 2 (nombre d'habitants concerné non déterminé).

Haute-Saône

✓ *Vesoul* : un CUCS comportant un quartier en ZUS et deux quartiers hors ZUS. Sur ces 3 quartiers, un quartier est classé en priorité 2 et deux quartiers en priorité 3. Soit 4 253 habitants concernés dont 2 467 résidant en ZUS.

✓ *Gray* : un CUCS comportant un quartier en ZUS classé en priorité 3. Soit 1 228 habitants concernés.

✓ *Héricourt* : un CUCS comportant un quartier en ZUS classé en priorité 2. Soit 1 705 habitants concernés.

✓ *Lure* : un CUCS comportant un quartier en ZUS classé en priorité 3. Soit 1 510 habitants concernés.

✓ *Luxeuil* : un CUCS comportant deux quartiers hors ZUS classés en priorité 3. Soit 2 229 habitants concernés.

✓ *St Loup-sur-Semouse* : un CUCS comportant trois quartiers hors ZUS classés en priorité 3.

Territoire de Belfort

✓ *Belfort/Offemont* : un CUCS comportant trois quartiers en ZUS dont deux classés en priorité 1 sur Belfort et un en priorité 2 sur Offemont. Soit 11 892 habitants concernés sur Belfort et 806 habitants sur Offemont.

Les populations immigrées résident principalement dans les quartiers identifiés par le CUCS.

Près de 75 200 immigrés habitent en Franche-Comté, soit 6,5 % de la population régionale.

50,4 % sont des femmes, 68,5 % sont âgés de 18 à 59 ans, 7 % ont moins de 18 ans alors que la proportion de cette tranche d'âge au sein de la population régionale est de 22,4 %.

Parmi les immigrés hors Union européenne, les personnes originaires d'Algérie, du Maroc et de Turquie sont, par ordre décroissant, les plus nombreuses en Franche-Comté.

Les populations sans abri, sans logement ou en hébergement

Les dispositifs accueillant ces populations sont les suivants : l'hébergement d'urgence, l'hébergement de stabilisation, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), l'Aide au logement temporaire (ALT), les Résidences sociales, les Maisons-relais et Résidences-accueil, les Centres provisoires d'hébergement (CPH), l'Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA), les Centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA).

En Franche-Comté, l'offre en Accueil, hébergement et insertion (AHI) est répartie en 36 structures dont 9 proposent plusieurs dispositifs soit un total de 53 dispositifs AHI.

8 dispositifs CHRS sont présents dans le Doubs, 5 en Haute-Saône, 4 dans le Territoire-de-Belfort et 3 dans le Jura.

- Seuls le Doubs et la Haute-Saône disposent de CPH.

- Les CADA sont surtout situés dans le Doubs. La population en CADA ne représente, en Haute-Saône, que 37,2 % des publics en AHI.

- Les maisons relais sont présentes sur l'ensemble du territoire régional.

- 3 établissements d'accueil mère-enfant existent dans le Jura et 1 en Haute-Saône.

- 7 dispositifs « autres centres d'accueil » sont présents dans le Doubs et 2 dans le Jura.

Les CADA hébergent 40 % de la population dans la région. Les CHRS arrivent au 2^{ème} rang au niveau du nombre de personnes accueillies et ce dans les 4 départements. Les CHRS du Doubs reçoivent près de 20 % de la population régionale en AHI.



Le Territoire-de-Belfort dispose de moins de dispositifs (seulement CHRS, CADA et maison relais) que sur les autres départements ce qui explique que 54 % des populations accueillies dans ce département soient en CADA et 42 % en CHRS.

La région dispose de 1 645 places permanentes en AHI pour les adultes et les familles.

Au 15/12/2008, le taux d'occupation des structures AHI quel que soit le type de place proposée est de 86 %. Les CPH et les CADA affichent respectivement un taux d'occupation de 100 % et 98 %, ils représentent 11 dispositifs sur l'ensemble de la région. Les CHRS (type de structures le plus présentes dans la région) sont occupés à 90 % allant de 97 % dans le Jura à 75 % dans le Territoire de Belfort.

Profil du public accueilli :

- *CHRS* : le public est composé à 58 % d'hommes et à 42 % de femmes, de nationalité française à 78 %. 37 % touchent des minima sociaux et 28 % des adultes ont des revenus issus du travail.

- *CPH* : les publics hébergés sont des réfugiés statutaires pour la grande majorité. La moyenne d'âge des adultes est de 32 ans et celle des enfants de 7 ans. 10 % des adultes exercent une activité. 87 % bénéficient de minima sociaux. 73 % des adultes touchent des allocations familiales.

- *Maisons relais* : le public est masculin (73 %), isolé (97 %). La moyenne d'âge est de 44 ans. 98 % sont de nationalité française. 61 % sont dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle. Ce public est soit ouvrier (Doubs, Territoire-de-Belfort), soit avec aucune expérience professionnelle (Jura), soit de qualification inconnue (Haute-Saône).

- *Etablissements d'accueil mère-enfant*. Seuls la Haute-Saône et le Jura disposent de ce type d'établissement et accueillent respectivement 12 et 2 personnes. 9 enfants sont présents. La moyenne d'âge des femmes est de 28 ans, celle des enfants de 5 ans. Elles ne disposent d'aucun revenu du travail et bénéficient pour 60 % d'entre elles de minima sociaux.

- *Autres centres d'accueil* : les personnes reçues sont toutes isolées. La moyenne d'âge est de 48 ans. 23 % sont dans l'impossibilité de travailler, 18 % ont une activité d'adaptation à la vie active, 17 % sont chômeurs, 10 % sont à la retraite et 7 % en IAE. 30 % touchent des revenus du travail et 23 % sont bénéficiaires de minima sociaux. Le Doubs y accueille essentiellement des ouvriers.

- En 2008, 715 étrangers non ressortissants de l'Union européenne sont hébergés dans des structures franc-comtoises tous types de structures confondus, hors place d'urgence (soit plus de la moitié des personnes accueillies et 57 % d'entre eux sont demandeurs d'asile).

En 2008, sur les 541 personnes accueillies en CADA, 325 sont des adultes. Au 15 décembre 2008, ces centres affichent un taux d'occupation de 99%. La moitié des adultes y séjourne près de 2 ans et un quart plus de 28 mois. 57 % des personnes hébergées sont en couple avec des enfants et 23 % sont isolées. La moyenne d'âge des adultes est également inférieure à celle des autres publics hébergés (33 ans contre 38 ans). 63 % d'entre eux étaient en hébergement d'urgence avant leur entrée en CADA. Les couples avec enfants sont plus présents dans le Jura et en Haute-Saône.

Les migrants âgés résidents en foyer

Les migrants âgés résidant en foyer de travailleurs migrants (FTM) ou résidence sociale (RS) sont de plus en plus nombreux et présentent des troubles ou maladies de plus en plus aigus. Leur accompagnement devient d'autant plus important qu'ils sont isolés et que la solidarité entre résidents est moindre du fait de l'âge et plus complexe. En Franche-Comté, les 2 principaux organismes accueillant les travailleurs migrants sont : AMAT dans la Communauté d'agglomération du Pays de Montbéliard et ADOMA (ex-Sonacotra) à Besançon et Belfort.

Les dernières données concernant leurs résidents de plus de 60 ans font apparaître :

Pour ADOMA :

✓ Besançon :

FTM Trépillots : 62 hommes étrangers ou d'origine étrangère de plus de 60 ans, soit 47 % de la capacité totale d'accueil du foyer.

RS Clémenceau : 20 personnes étrangères ou d'origine étrangère de plus de 60 ans dont 3 femmes, soit 26 % de la capacité totale d'accueil de la résidence.

✓ Belfort :

RS Château d'Eau : 54 hommes étrangers ou d'origine étrangère de plus de 60 ans, soit 66 % de la capacité totale d'accueil de la résidence.

FTM Remparts : 32 hommes étrangers ou d'origine étrangère de plus de 60 ans, soit 52 % de la capacité totale d'accueil du foyer.

Pour AMAT :

En 2009, AMAT accueille 1 161 résidents dans l'ensemble de ses établissements, dont une majorité d'hommes (1 082), la part des femmes accueillies se situe à 7% (soit 79 femmes). 52 % des résidents sont étrangers, majoritairement originaires du Maghreb (Algérie et Maroc) et des pays de l'UE (Pologne, Portugal, Slovaquie). Les publics traditionnels, résidents étrangers âgés de plus de 60 ans (329 personnes), représentent 28% des résidents accueillis (comme en 2008). Leur nombre régresse de façon plus importante encore en 2009 : - 12 % (329 personnes contre 372 en 2008). La plupart d'entre eux ont fait le choix de demeurer en foyer de façon permanente ou en opérant des allers et retours entre le pays d'origine et leur logement. La majorité de ces migrants âgés réside sur le site d'Audincourt.

Les Gens du voyage

Deux associations œuvrent auprès des Gens du voyage (GDV) en Franche-Comté.

L'association GADGE a été créée en 1988. Elle est devenue une association professionnelle en 1995. Aujourd'hui, GADGE emploie cinq travailleurs sociaux.

L'association ASNIT a été fondée en 1975 sous l'intitulé ASET (Action sociale évangélique tzigane) puis est devenue ASNIT (Association sociale nationale et internationale des Tziganes). Elle a été développée par des gens du voyage eux-mêmes. Elle est composée de 4 antennes en France (Marseille, Paris, Lille et Montbéliard.). L'antenne de Montbéliard existe depuis 1996. Aujourd'hui, ASNIT Montbéliard compte 2 salariés.

Dans le nord de la Franche-Comté, les gens du voyage sont essentiellement des Manouches (plus grand groupe tzigane). En revanche, autour de Besançon, la majorité fait partie du groupe des Yennisch (ils travaillent dans l'industrie).

Les Gens du voyage adhérents aux associations ne sont pas des grands voyageurs. La plupart ne voyagent que sur une période de l'année, entre 6 et 8 mois, essentiellement pour le travail. Ils reviennent chaque hiver sur leur territoire de référence. Quelques familles sédentaires qui adhèrent également aux associations peuvent décider un jour de reprendre la route.

Les Gens du voyage se répartissent sur plusieurs aires d'accueil (jusqu'à 50 caravanes) et aires de grand passage (jusqu'à 200 caravanes). Certaines familles ont investi dans l'acquisition d'un terrain familial.

Les Gens du voyage sont rarement au chômage. Au contraire, ils cumulent en général plusieurs activités et se déclarent ainsi en « micro entreprise ».

Toute la vie et les activités quotidiennes des Gens du voyage sont organisées autour de la famille. Les familles des gens du voyage sont nombreuses (en moyenne 3 à 4 enfants par femme) et plusieurs générations vivent ensemble. C'est également la famille qui s'occupe de protéger et d'apporter les soins nécessaires aux personnes vulnérables (très jeunes enfants, personnes âgées, personnes handicapées). La solidarité intergénérationnelle est naturelle.



L'association GADGE a accompagné 951 familles en 2010 :

- 321 familles en Haute-Saône,
- 265 dans le Doubs,
- 115 dans le Jura,
- 250 sur le Territoire-de-Belfort.

L'association ASNIT a accompagné 241 familles en 2010. La moitié des familles accompagnées sont bénéficiaires du RSA (121 familles sur 241).

Les personnes prostituées

Le Mouvement du Nid, reconnu d'utilité publique et comme ONG par l'ONU, compte actuellement 31 délégations en France. Celles-ci sont essentiellement animées par des bénévoles. Une délégation a été créée en 1998 dans le Doubs, à Besançon. En 2010, elle comptait 7 bénévoles.

Au cours de l'année 2010, l'association a rencontré 55 personnes :

- 10 personnes françaises,
- 35 personnes originaires de l'Europe de l'Est (bulgares, albanaises, polonaises, russes et roumaines),
- 10 personnes originaires d'Afrique, dont 7 nigérianes et 3 camerounaises.

Ces rencontres ont lieu la nuit sur les trottoirs bisontins, dans le cadre des permanences de l'association ou d'accompagnement sur rendez-vous.

L'association constate qu'elle rencontre de plus en plus de personnes étrangères. La plupart sont clairement identifiées comme victimes de la traite des êtres humains.

2 personnes ont été accompagnées qui avaient quitté la prostitution depuis plusieurs mois ou plusieurs années.

Remarque : les personnes placées sous main de justice dont les détenus ne sont pas mentionnées dans ce programme. Elles font en revanche l'objet d'une fiche dans le Schéma régional de prévention.

2.3 Accessibilité et adaptabilité de l'offre en prévention

Il est constaté au niveau national que les programmes préventifs efficaces le sont davantage parmi les catégories sociales supérieures que dans les classes sociales défavorisées.

Pour exemple : parmi les 20 % de femmes qui disposent des revenus les plus élevés, seulement 7 % n'ont pas eu de mammographie dans les 3 dernières années, 26 % pour les 20 % qui ont les plus bas revenus. Cependant, certaines initiatives nationales telles que le dépistage du cancer du sein permettent de réduire les inégalités. En effet, entre 1995 et 2005, c'est parmi les femmes aux revenus modestes que la pratique du dépistage a le plus progressé.

2.3.1 Les actions de prévention destinées aux personnes en situation de précarité : bilan 2006-2009

Les actions conduites durant cette période devaient répondre aux objectifs spécifiques santé/précarité fixés dans le cadre de l'ex-Plan régional de santé publique (PRSP).



Profil de la population ciblée

Statut social des bénéficiaires

De 2006 à 2009, la plupart des personnes concernées par les actions sont soit en situation de grande précarité (hébergées en structure, SDF...), soit en parcours d'insertion socioprofessionnelle, soit bénéficiaires de minima sociaux et résidant dans des quartiers couverts par la politique de la ville.

Quelques rares actions ciblent, spécifiquement, le public migrant ou issu de l'immigration.

Âge

Les tranches d'âge auxquelles s'adressent les projets sont étendues avec une spécificité concernant la population âgée de 16 à 25 ans. En effet, un programme : « les Ateliers santé jeunes » leur est destiné dans le cadre de leur parcours d'insertion socioprofessionnelle.

Sexe

La population masculine est prédominante dans les actions conduites auprès d'un public en situation de marginalisation et/ou d'exclusion (SDF, CHRS...). Les femmes sont, quant à elles, majoritaires dès lors que l'action cible un quartier.

Origine géographique

Les actions ciblent majoritairement une population citadine, résidant dans les chefs-lieux de département ou d'arrondissement.

Seules une ou deux actions sont destinées à la population rurale ou vivant dans des villes de moindre importance.

Lieu géographique de l'intervention

De 2006 à 2009, la grande majorité des actions se déroulent en milieu urbain avec une forte concentration dans les chefs-lieux de département, exemple Besançon, Lons, Vesoul, Belfort.

Quelques interventions sont, cependant, conduites dans des chefs-lieux d'arrondissement (Montbéliard, Dole, St Claude).

Par ailleurs, la plupart des actions ont lieu au sein de quartiers prioritaires ou de structures et dispositifs d'accueil.

Deux interventions ciblent la rue (exemple : intervention mobile de proximité du CSST SOLEA 25, le Binôme de rue de Vesoul).

Les actions régionales (ateliers santé jeunes, banque alimentaire) permettent de toucher des personnes issues de différents lieux du territoire.

Forces et fragilités

– Initier une action relative à la santé semble facilité quand les personnes se trouvent déjà au sein de dispositifs (ex : parcours d'insertion ou réinsertion socioprofessionnelle) ou accueillies par des structures (hébergement, accueil...). Cette observation ne préjuge pas des difficultés de réalisation de l'action elle-même.

– Au sein des quartiers, la population féminine est plus réceptive et participative que la population masculine qui est restée en retrait.

– Le volet santé n'est pas pris en compte dans l'ensemble des CUCS.

– En milieu rural, le manque d'offre d'actions de prévention accentue l'inégalité d'accès à la santé pour une population déjà confrontée à un problème de démographie médicale. La Mutualité sociale agricole pallie ce manque par des actions de prévention destinées à la population relevant de son régime : examens de santé, proposition et prise en charge de bilans, actions de sensibilisation. Toutefois, les populations rurales en situation de grande précarité et ne relevant pas de ce régime restent plus difficiles à approcher. Certaines communes ont conscience de ce besoin. Le Pays des sept rivières en Haute-Saône a initié une réflexion partenariale. Cependant, le projet n'a pas abouti.



Les zones blanches persistent, voire augmentent (voir carte ci-dessous).

Pour exemple, en 2008 et 2009 :

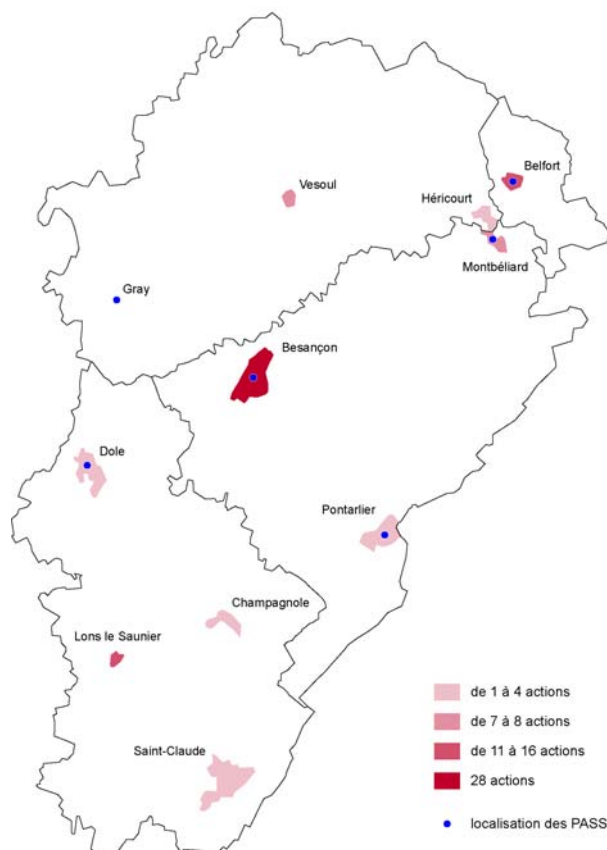
Doubs : aucune action sur les secteurs de Pont de Roide, Saint Hyppolite, Maïche, Baume-les- Dames, L'isle-sur-le-Doubs.

Jura : aucune action sur les secteurs de Salins, Arbois, Poligny, Mouchard, Champagnole, Dole.

Territoire-de-Belfort : aucune action sur le secteur de Delle.

Haute-Saône : aucune action sur les secteurs de Lure, Gray, Luxeuil et l'ensemble du territoire hormis Vesoul. Dans ce département, la situation apparaît préoccupante. En effet, cette absence d'actions de prévention destinées aux personnes en situation de précarité s'ajoute à un problème de démographie médicale.

Localisation des interventions



Commentaire: les PASS apparaissent sur cette carte mais les ateliers santé jeunes, l'accompagnement santé individualisé conduit dans le Doubs ainsi que les actions régionales (exemple : la Banque alimentaire) n'ont pas été intégrés. En effet, ces projets sont amenés à répondre aux besoins de la population en situation de précarité quelque soit son lieu de résidence.

– Certains paradoxes sont à souligner. Les PASS de Haute-Saône et du Jura sont respectivement rattachées au Centre hospitalier (CH) de Gray et au CH de Dole. Or, depuis 2006, aucun promoteur ne propose de projet sur ces secteurs.

– Le nombre de personnes touchées ne peut être considéré comme le seul indicateur à retenir pour évaluer la pertinence et l'efficacité de l'action. Il permet rarement d'identifier le nombre de bénéficiaires nouvellement touchés de celui des bénéficiaires réguliers.

De plus, il est difficile pour des promoteurs de proposer un projet en milieu rural sachant que pour la 1^{ère} année, voire les deux premières années, l'indicateur précité risque d'être très bas et que la recherche d'intervenants sera rendue complexe compte tenu du lieu géographique.

– Des actions visent à apporter des réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de grande précarité soit par le biais de consultations auprès de psychologues ou de psychothérapeutes, soit par la reconstruction du lien social (exemples : ateliers estime de soi, modelage, relaxation, sophrologie...). Leur auto-évaluation est souvent subjective. D'où la nécessité d'avoir un contenu et un bilan détaillés pour chaque atelier mais, également, d'obtenir des informations sur la formation et le parcours professionnel de certains intervenants (psychothérapeute, musicothérapeute, art-thérapeute, sophrologue...). Malgré une demande réitérée, ces informations ne sont pas transmises. Or, la demande est justifiée sachant que leur formation n'est pas validée par un diplôme officiel et que leurs interventions ciblent un public très fragilisé.

– De très rares actions sont innovantes, il s'agit pour la plupart d'une reconduction.

Parallèlement à ces actions qui leur sont destinées spécifiquement, les personnes en situation de précarité bénéficient des actions de prévention primaire et secondaire conduites dans le cadre d'autres programmes ou relevant des missions propres d'autres partenaires institutionnels et dirigées vers la population générale. Il est cependant difficile d'évaluer l'impact de certaines de ces actions sur les populations les plus fragiles socialement et sur leurs besoins de santé.

Quelques exemples de ces actions dans le cadre de la prévention primaire

Les quatre priorités en matière d'éducation à la santé qui ont fait l'objet d'une convention partenariale entre l'Education nationale et l'ex-Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) :

- éducation à la sexualité à l'attention des jeunes en Franche-Comté,
- éducation nutritionnelle dans le cadre du Plan national nutrition et santé (PNNS),
- prévention des conduites addictives en lien avec la mission de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et les associations d'addictologie,
- repérage des élèves en souffrance psychique ou présentant des risques suicidaires.

Le programme pilote de promotion de la vaccination en Franche-Comté, à l'initiative de l'Assurance maladie et qui associe de nombreux partenaires.

Les centres de vaccination des Villes de Besançon et Montbéliard.

Les services de la Protection maternelle et infantile (PMI) gérés par les Conseils généraux dans le cadre de leurs missions de promotion de la santé de la future mère et de l'enfant de moins de 6 ans : mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur de futurs parents et des enfants, actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière.

La MSA qui en partenariat avec l'Education nationale conduit des actions de prévention, notamment autour des conduites à risque et de la nutrition, destinées aux enfants scolarisés en milieu rural.

Les rencontres santé organisées par la Mutualité française Franche-Comté.



Quelques exemples de ces actions dans le cadre de la prévention secondaire

Le Programme national de lutte contre le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH/Sida) et les Infections sexuellement transmissibles (IST).

Le Plan national de lutte contre les hépatites B et C.

Le Programme de lutte contre la tuberculose.

Les campagnes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.

Les actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants, bilans de santé en école maternelle conduits par les services de la PMI.

Les examens de santé de prévention proposés par le Régime général dans les Centres d'examen de santé (la Franche-Comté dispose de deux des centres, un à Frotey-les-Vesoul et le 2^{ème} à Belfort). L'accès à ces centres est prioritaire pour les personnes en marge du système de soins ou qui ne bénéficient pas, au titre de la législation, d'un suivi médical régulier.

Les bilans prévention (consultations de prévention auprès du médecin traitant) proposés à leurs assurés par le Régime des salariés indépendants (RSI) ainsi que par la MSA.

Le dispositif conventionnel M'T Dents inter-régimes pour les enfants et adolescents. Actions de sensibilisation collective en milieu scolaire qui sont complétées par un suivi personnalisé quand elles se déroulent dans des zones défavorisées (milieu rural, quartiers identifiés par le CUCS).

Le dépistage du poumon fermier et de l'échinococcose alvéolaire conduits par la MSA

2.3.2 Zoom sur trois exemples d'actions destinées spécifiquement aux populations en situation de précarité

Dans le cadre de la politique de la ville, les Ateliers santé ville (ASV) sont destinés aux habitants des quartiers prioritaires. Ces derniers s'inscrivent dans le champ institutionnel de la santé publique et de la politique de la ville. Leur enjeu est d'améliorer la pertinence des actions de santé conduites auprès des populations des quartiers identifiés par le CUCS.

Dans la plupart de ces quartiers, des actions sont conduites soit dans le cadre d'un ASV sur Belfort, Besançon et Vesoul, soit indépendamment d'un ASV. Les villes de Pontarlier, Morez, St Loup-sur-Semouse n'ont, notamment, pas développé à ce jour de volet santé spécifique.

Atelier santé ville « promotion et éducation à la santé » - Besançon

Une stratégie partenariale impliquant des acteurs sociaux, institutionnels et associatifs, notamment les maisons de quartier et les centres sociaux.

Une démarche collaborative et collégiale exprimée à travers 45 réunions de concertation pour 14 structures institutionnelles et associatives sur l'ensemble des quartiers concernés.

Des actions déjà réalisées articulées sur 2 axes :

- Interventions éducatives

3 000 scolaires ont été concernés avec, en soutien, le prêt de documents pédagogiques aux enseignants et infirmiers scolaires pour assurer le continuum éducatif.

- Actions tout public

Rôle pilote des maisons de quartier au sein desquelles a été nommé un référent santé.



Organisation collective de manifestations et propositions d'activités régulières en lien avec la santé par les structures.

Exemples de thématiques :

Hygiène de vie - Nutrition/Activité physique - Alcool - Soutien aux parents. Informations santé

Dans le domaine de la périnatalité

Unité d'Accueil Père-Mère-Bébé – située à Planoise – Quartier prioritaire situé en ZUS et classé en priorité 1

Cette action est proposée aux parents et à leurs bébés, en difficultés psychiques, relationnelles ou médico-sociales ainsi qu'aux femmes enceintes en difficultés psychiques ou médicales.

Elle s'adresse aux habitants de ce quartier mais est également ouverte aux familles de la ville de Besançon et du Doubs.

C'est un accueil sans rendez-vous.

Deux équipes aux compétences pluridisciplinaires et complémentaires (professionnels maternité et pédopsychiatrie) qui ont pour objectifs de :

- prévenir l'installation et soigner les troubles psychopathologiques du nourrisson et du jeune enfant,
- soutenir l'accès à la fonction de mère ou de père,
- prévenir les risques de maltraitance précoce.

Cette Unité est un lieu dégagé de toute stigmatisation psychiatrique, médicale ou sociale avec un travail en réseau en collaboration avec l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Un relais entre les différentes structures de périnatalité et celles de santé mentale est assuré.

Dans le cadre de l'insertion socioprofessionnelle des jeunes

Ateliers santé jeunes en insertion – coordonnés par l'Instance régionale en éducation et promotion de la santé (IREPS) et portés par les 4 Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) sur le territoire régional

Ils s'adressent aux jeunes de 16 à 25 ans en difficulté, dans le cadre de leur parcours d'insertion professionnelle et fréquentant les Espaces jeunes de la région.

Le dispositif des visites médicales intégré dans les mesures d'accompagnement destinées aux jeunes de 16-25 ans inscrits dans les dispositifs d'insertion a été confié à l'IREPS Franche-Comté et aux CODES de la région en 1995 lors du transfert de compétences entre l'Etat et la Région.

Suite à un état des lieux réalisé fin 1995 sur la région, deux axes ont été retenus :

- une harmonisation du dispositif sur l'ensemble de la région à partir d'un cahier des charges minimal avec systématisation des visites médicales à tous les jeunes entrant dans le cadre de la mesure (stage de mobilisation et pré qualification),
- une détection des contre-indications médicales à l'orientation professionnelle des jeunes.

Depuis fin 1999, ce dispositif est intégré au PRAPS. Au même titre que les PASS, il a été l'objet d'une évaluation initiée et pilotée par l'ex-DRASS en 2004 et a fait partie des priorités de la thématique Santé/Précarité du PRSP. Une convention pluriannuelle a été signée entre l'IREPS et l'ex-GRSP en 2008 qui inclut ce dispositif. Cette convention a été reconduite entre l'ARS et l'IREPS.



Ces ateliers proposent les services et modules suivants :

- Réunion d'expression des besoins de santé des jeunes.
- Dépistage des pathologies éventuelles par une visite médicale.
- Information sur l'accès aux soins dispensée par la CPAM et la Mutualité.
- Modules opérationnels d'éducation à la santé par des animations permanentes Sida et Contraception.
- Permanence de soutien psychologique.
- Orientation vers d'autres structures d'accueil, documents d'informations.
- Travail de réseau et de partenariat.

A partir de ce cadre, chaque comité a adapté le dispositif en fonction des réalités constatées dans son département et en négociation avec les différents partenaires.

Des Ateliers santé s'adressent également aux personnes de plus de 25 ans inscrites dans un parcours d'insertion socioprofessionnelle.

En 2010, 84 ateliers se sont déroulés sur le territoire régional. 859 personnes ont ainsi été rejointes dont 77 % de moins de 25 ans et 23 % de plus de 25 ans. La population féminine est plus représentée que la population masculine (respectivement 58 % contre 43 %). 345 animations thématiques se sont tenues, 434 visites médicales et 244 entretiens de soutien psychologique ou infirmier ont eu lieu.

2.4 Accessibilité et adaptabilité du système de soins

Pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, les questions de santé, même les plus alarmantes ne sont pas prioritaires compte tenu de leurs préoccupations quotidiennes.

Par ailleurs, elles méconnaissent souvent les aides légales et leurs droits à une protection sociale contre la maladie ainsi que l'existence de structures d'aide à l'accès aux soins.

La loi du 37/07/99 a créé la Couverture maladie universelle (CMU). Ce dispositif apporte une couverture médicale aux personnes qui en étaient dépourvues et offre une couverture médicale complémentaire (donc à 100 %) à des personnes ayant de faibles revenus.

En mai 2009, une enquête auprès des spécialistes de secteur 2 conduite dans plusieurs villes de France montre que 22 % d'entre eux refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU-C, notamment 16 % des ophtalmologues et des dermatologues et 41 % des psychiatres. Les taux de refus sont beaucoup moins importants pour les professionnels installés en secteur 1.

Les étrangers en situation irrégulière en ont exclus ; ils peuvent bénéficier de l'AME (Aide médicale Etat) mais sous conditions de résidence, de ressources et la justification de leur identité. Les personnes soignées sur le territoire national peuvent également en bénéficier pour des raisons humanitaires. Cette aide prend en charge, sans avance de frais, l'ensemble des soins et prescriptions sur la base d'un 100 % Sécurité sociale (SS).

En Franche-Comté

	Franche-Comté	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire-de-Belfort
CMU	18 989	10 848	2 266	2 314	3 561
CMU-C	57 994	27 585	10 539	10 387	9 483
% couverture de la population	5, 0	5, 3	4, 1	4, 4	6, 6



Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont parfois confrontées à des refus d'admission au titre des soins pour des ressortissants communautaires. Il leur est rappelé qu'ils sont considérés en situation régulière et à ce titre ne peuvent bénéficier de l'AME.

La régularité de séjour des ressortissants communautaires ayant la qualité d'inactifs (sans activité professionnelle), d'étudiants ou de demandeurs d'emploi repose, quant à elle, sur deux conditions fixées au droit de séjour (directive européenne 2004/38) :

- la détention d'une couverture maladie complète,
- des ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge déraisonnable pour les finances de l'Etat d'accueil.

Une deuxième problématique soulignée concerne l'information sur leurs droits dispensée aux usagers et le suivi social par les dispositifs de droit commun pour accéder à ces droits.

En 2010, 1 029 usagers sont reçus au sein des PASS de Franche-Comté dont 36 % de personnes déjà connues par ces dispositifs et 64 % de nouveaux usagers. 20 % des personnes accueillies n'ont que des droits de base seuls, 21 % aucun droit.

Sur la même année, 175 personnes (dont 134 nouvelles) sont reçues dans la permanence de Médecins du monde située à Besançon (Planoise). 74 % des patients reçus pour la 1^{ère} fois n'ont aucun droit à couverture maladie ouvert alors qu'ils peuvent y prétendre théoriquement.

2.4.1 Accès primaire aux soins

Renoncement aux soins pour raisons financières

L'effet de seuil de la CMU-C (630 €) génère de nouveaux précaires devant la santé.

Les renoncements aux soins pour des raisons financières restent importants en 2006.

Une mesure destinée à limiter les effets de seuil (20 % au-dessus du seuil depuis 2007, après acceptation du dossier par les CPAM) a été mise en place en 2005 sous forme de bons d'achat d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Elle visait près de 2 millions de personnes mais n'a pas atteint sa cible. En mai 2009, seulement 478 726 en bénéficient. Ces bons d'achat représentent en moyenne 50 % de la prime à payer pour leur complémentaire santé. Après aide, le taux d'effort pour acquérir une complémentaire est estimé à 4 % du revenu par ménage.

Le montant de ce bon d'achat a été revalorisé au 1^{er} août 2009

- 100 € pour les moins de 25 ans,
- 200 € pour les 25 - 49 ans,
- 350 € pour les 50 - 59 ans
- 500 € pour les plus de 60 ans depuis le 01/08/09.

Malgré la revalorisation précitée, il n'y a pas d'amélioration constatée.

Le reste à charge augmente pour les assurés qui ne bénéficient pas du statut Affection longue durée (ALD) mais également pour les assurés en ALD avec, en ce qui les concerne, un reste à charge 1,5 fois plus fort que les assurés non ALD (dépassements car plus de soins médicaux, dentaires, pathologies associées non prises en charge à 100 %, davantage de forfaits journaliers...).

Les dépassements d'honoraires médicaux dus à l'installation des praticiens en secteur 2 peuvent également compromettre l'accès aux soins. Le tableau ci-dessous montre la progression de ce secteur en fonction des spécialités.



Part du secteur 2 au niveau national - installation 2010

	Total médecins	Installations
Chirurgiens	85 %	87 %
Anesthésistes	34 %	66 %
ORL	56 %	84 %
Ophthalmologistes	53 %	63 %
Dermatologues	40 %	56 %
Gastro-entérologues	40 %	54 %
Pédiatres	32 %	48 %

En Franche-Comté, le nombre de professionnels installés en secteur n'est pas à ce jour préoccupant. Cependant, une attention particulière doit être portée sur l'installation des ophtalmologistes.

En effet, si le nombre de ces spécialistes en secteur 2 est inférieure à celui de ceux installés en secteur 1 sur les zones d'emploi de Montbéliard, Pontarlier, Morteau, Dole, Lure-Luxeuil, Gray, Belfort, le constat est différent pour les zones ci-dessous :

– Zone d'emploi de Besançon :

Sur les 22 ophtalmologistes présents sur cette zone, 17 sont en secteur 2,

Sur 3 zones d'emploi sur 4 du Jura :

– Zone d'emploi de Lons-le-Saunier

Les 4 ophtalmologistes installés sur cette zone sont en secteur 2,

– Zone d'emploi du Revermont

Un ophtalmologiste présent et installé en secteur 2,

– Zone d'emploi de St Claude

Les 2 ophtalmologistes installés sur cette zone sont en secteur 2.

Autres raisons du non recours aux soins

Les personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion recourent difficilement aux soins pour des raisons souvent liées à leur parcours de vie et à leur environnement social.

Leur état de santé n'est pas prioritaire. Les difficultés de leur vie quotidienne, la perte des repères sociaux, l'isolement, le déni de leurs pathologies, une souffrance psychique et un repli sur soi, la non-connaissance de leurs droits (tableau ci dessous) et du système de santé, une appréhension de l'administration et du milieu médical sont autant de freins au recours aux soins. Ces personnes nécessitent donc un accompagnement adapté leur permettant de se réapproprier leur santé et d'appréhender le système de soins.

Droits à l'arrivée en PASS				
CMU-C	AME	Droits de base + complémentaire	Droits de base seuls	Aucun droit
35 %	7 %	17 %	20 %	21 %

Rapport régional d'activité des PASS de Franche-Comté

L'accompagnement vers l'accès primaire aux soins en Franche-Comté

Les publics AHI nécessitent d'être accompagnés vers les soins de 1^{er} recours. La présence de maisons de santé pluridisciplinaires à proximité des structures accueillant ces populations peuvent faciliter l'articulation et la complémentarité entre professionnels de santé et travailleurs sociaux.

**Proximité maisons de santé pluridisciplinaires
(maisons de santé - pôles de santé - centres de santé) / dispositifs AHI**

Implantation géographique	Présence dispositifs AHI	Présence maisons de santé
Doubs		
Besançon/Chalezeule	OUI	OUI
Pontarlier	OUI	NON
Montbéliard	OUI	NON
Bethoncourt	OUI	NON
Jura		
Lons-le-Saunier/Montmorot	OUI	NON
Dole	OUI	NON
Champagnole	OUI	NON
Morez	OUI	NON
St Claude	OUI	Projet
Haute-Saône		
Vesoul	OUI	Projet
Lure	OUI	Projet
Luxeuil-les-Bains	OUI mais il s'agit uniquement de maison relais - pension de famille	Projet
Gray	OUI mais il s'agit uniquement de maison relais - pension de famille	Non
Territoire de Belfort		
Belfort	OUI	OUI

L'offre en structures Addictologie : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), en Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) ainsi que les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est concentrée sur Besançon, Pontarlier, Montbéliard, Lons-le-Saunier, Dole, Vesoul et Belfort.

L'offre en dispositifs, structures associatifs ou de droit commun en accompagnement médico-social vers l'accès primaire aux soins est concentrée dans le Doubs, notamment sur Besançon, Pays de Montbéliard, Pontarlier et dans le Territoire-de-Belfort à Belfort. Le tissu associatif, les acteurs de santé y sont plus présents et les centres communaux d'action sociale, plus importants, disposent de moyens et de leviers pour s'investir dans ce domaine.

Cet appui existe également dans le Jura à Lons le Saunier et Dole, en Haute-Saône sur Vesoul mais à moindre échelle.

Illustration de cet accompagnement au travers de quatre actions

Par un accompagnement santé individualisé de la personne en situation de grande précarité et/ou exclue - Action départementale portée par le CODES du Doubs.

C'est un accompagnement proposé par le référent social de l'utilisateur mis en place à l'issue d'une rencontre tripartite usager/référent social/infirmier ou psychologue du CODES 25. Il requiert l'adhésion de l'utilisateur et la contractualisation des objectifs à atteindre pour améliorer l'état de santé de la personne. Objectif santé : rendre la personne autonome face au système de santé.

Au sein de ce parcours assuré par 7 accompagnateurs santé :

- Un temps d'écoute et d'information
- Un accès au bilan de santé quand c'est possible pour prioriser les axes à travailler et l'orientation voire l'accompagnement vers les professionnels de santé.
- Un accompagnement physique si nécessaire vers les professionnels de santé.

Une action qui couvre le Doubs et se déroule :

- Dans les locaux du CODES 25 ou dans les locaux mis à disposition par les partenaires,
- Hors locaux, au domicile de l'utilisateur ou pour l'accompagner vers les professionnels de santé.

298 personnes ont été accompagnées au cours de l'année 2010.

28 avaient moins de 26 ans ; 186 de 26 à 49 ans ; 78 : 50 ans et plus.

54 % des personnes prises en charge sont des femmes. 60 % sont sans emploi depuis plus d'un an (38 % depuis plus de 3 ans). 8 % n'ont jamais travaillé. 45 % sont bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA).

183 accompagnements physiques vers des structures de soins ou des professionnels de santé ont été nécessaires, 114 vers des structures sociales ou des travailleurs sociaux.

150 personnes parmi les 292 accompagnées ont quitté le dispositif d'accompagnement en 2010. 41 % l'ont fait soit en ayant acquis une autonomie en matière de soins, soit en ayant atteint les objectifs qui avaient été fixés dans le cadre de l'accompagnement santé individualisé. 27 % ont abandonné le suivi en cours (pour certaines personnes à l'issue de l'entretien tripartite car elles ne souhaitaient pas s'engager, pour d'autres au cours du parcours).

En complément des dispositifs de droit commun existants, pour renforcer l'accès aux soins des publics les plus éloignés du système de santé. Centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) porté par Médecins du monde - Besançon.

Il est ouvert 2 demi-journées par semaine les mardis et jeudis après-midi quand la PASS est fermée.

- Accueil social : information systématique sur les droits en matière d'accès aux soins.
- Consultation de médecine générale si la personne le souhaite.
- Délivrance gratuite de médicaments si besoin.
- Orientation vers spécialiste en fonction de la pathologie ou vers partenaire associatif pour des aides ou des prises en charge.

En 2010 : 175 personnes reçues dont 134 nouvelles, ceci pour 308 passages.

74 % d'étrangers, 58 % de femmes, moyenne d'âge : 35 ans, 69 % de personnes en grande difficulté au regard du logement (27 % en logement précaire, 38 % hébergés en structure et 4 % SDF). 19 % concernés par une demande d'asile.

74 % des patients reçus pour la 1^{ère} fois n'avaient aucun droit à couverture maladie ouvert alors qu'ils y avaient théoriquement droit. 76 % des patients reçus déclaraient vivre avec moins de 100 € par mois.

L'interface entre les champs psychiatrique et social pour améliorer les réponses à apporter à la souffrance psycho-sociale des personnes en situation de précarité et de marginalisation. CCAS de Besançon.

Deux interventions qui s'articulent et se complètent.



1- L'intervention de la psychologue auprès des publics en situation de grande précarité accompagnés par les travailleurs sociaux :

- . favoriser le repérage et la qualification de la souffrance psychique de ces publics,
- . orienter vers les services pertinents si nécessaire,
- . soutenir les équipes sociales.

En 2009, 118 situations signalées par les travailleurs sociaux à la psychologue pour intervention (10 nouvelles situations en moyenne par mois)

2- L'Atelier santé mentale animé et coordonné par la psychologue :

Il vise à :

- . optimiser une culture commune dans le travail entre partenaires du champ de la santé et du social,
- . traiter les situations individuelles au sein d'un groupe ressource pluridisciplinaire.

En 2009, 9 réunions se sont tenues. Elles visaient la présentation des services et le questionnement des modes d'intervention et de partenariat (en moyenne 36 participants de divers champs de compétence). Par ailleurs, 29 réunions pluridisciplinaires de traitement de situation ont eu lieu soit 40 situations traitées.

Pour accéder à une prise en charge bucco-dentaire prenant en compte la dimension sociale, l'action portée par le cabinet dentaire humanitaire – sous l'égide de France humanitaire (très peu de cabinets dentaires humanitaires en France) - Besançon.

- Plus de 80 chirurgiens dentistes libéraux interviennent au sein de la structure, bénévolement, avec 1 assistante dentaire qualifiée salariée et 1 secrétaire d'accueil bénévole.
- Actes : consultations, radios, soins, chirurgie, prothèses. Aide aux démarches administratives (ouverture ou actualisation des droits).

Action destinée aux personnes en situation de grande précarité quelque soit leur lieu de résidence sur le territoire régional.

- 81 personnes reçues en 2009 dont 51 hommes et 30 femmes. 67 personnes vivant dans le Doubs (58 à Besançon, 5 sur le Pays-de-Montbéliard, 2 à Quingey, 1 à Ornans, 1 à Morteau), 6 dans le Territoire-de-Belfort, 5 en Haute-Saône et 2 dans le Jura.

- 18 personnes étaient sans travail, 46 n'avaient jamais travaillé, 4 bénéficiaient d'une Allocation solidarité spécifique ou de l'Allocation adulte handicapé, 13 étaient en parcours d'insertion professionnelle ou sous contrat précaire.

Problématique du transport. Les personnes doivent se déplacer, ce qui nécessite une aide au transport (CCAS, service social...)

2.4.2 Accès secondaire aux soins / Continuité des soins

Le système de santé est souvent mal adapté à prendre en compte la dimension sociale d'un problème de santé et les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés. Les pratiques médicales intègrent rarement les facteurs psychosociaux ou économiques : retard dans le diagnostic précoce, la prise en charge médicamenteuse. Cette non-prise en compte de la dimension sociale impacte également l'orientation des malades ainsi que leur prise en charge, l'efficacité du suivi de leur pathologie et la qualité dans la continuité des soins.



Dans le champ de la santé mentale

Besançon a mis en place, depuis 1995, avec le CHS de Novillars un Atelier santé de proximité (ASP) afin de répondre aux besoins psychiatriques des publics en structure AHI ou SDF. Une PASS psychiatrie portée par l'Association hospitalière de Franche-Comté a été créée sur Montbéliard. Le CCAS de Montbéliard anime depuis janvier 2010 une cellule de veille sanitaire et sociale et travaille en partenariat avec la PASS.

Cependant, à ce jour, le déploiement sur l'ensemble de la région en fonction des besoins (notamment, en Haute-Saône) n'est pas abouti : difficulté dans le développement d'Equipes mobiles de prévention intersectorielles (EMPI) pour aller au devant des populations en structure AHI ou SDF.

Dans le cadre des missions de service public des établissements de santé

Zoom sur un dispositif spécifique : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a prévu la mise en place, dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, de Permanences d'accès aux soins de santé. Celles-ci ont pour missions :

- de permettre aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion d'accéder aux soins,
- de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits,
- d'assurer la passerelle entre l'établissement de santé et les dispositifs de droit commun, les professionnels de santé et les acteurs du social qui se trouvent hors établissement afin que ces personnes puissent bénéficier d'un environnement favorable à leur santé.

La Franche-Comté dispose de 6 PASS :

- la PASS généraliste du CHRU de Besançon qui assure, depuis octobre 2011, la coordination régionale des PASS de Franche-Comté,
- la PASS périnatalité du CH de Pontarlier,
- les 2 PASS généralistes du CHBM. Une sur le site de Belfort, la deuxième sur le site de Montbéliard,
- la PASS généraliste et dentaire du CH de Dole,
- la PASS généraliste du CH de Gray,
- la PASS psychiatrie de l'AHFC sur Montbéliard.

En 2010, 1 029 usagers ont été accueillis au sein des PASS de Franche-Comté dont 36 % de personnes déjà connues par ces dispositifs et 64 % de nouveaux usagers.

La population était également répartie entre hommes (51 %) et femmes (49 %).

Les moins de 26 ans ont représenté un quart de ce public (moins de 18 ans : 9 %, 18 à 25 ans : 15 %).

La majorité des personnes résidaient dans la ville d'implantation de la PASS, 16 % en zone rurale.

55 % ne disposaient pas de logement personnel dont 24 % vivant chez un tiers, 20 % en structure d'hébergement, 12 % sans domicile fixe.

Ces personnes vivaient majoritairement seules (67 %) et n'avaient pas d'enfants à charge (66 %).

La proportion de chômeurs ou sans emploi est la plus représentée (57 %). A noter également, 10 % de retraités et 7 % de scolarisés/étudiants.

41 % des usagers accueillis ne disposaient d'aucune ressource, 26 % vivaient de revenus de solidarité (AAH, allocation chômage, RSA., pension d'invalidité...), 8 % percevaient une retraite. Les personnes ayant un revenu du travail (6 %) étaient sous contrat précaire.

Les difficultés administratives et juridiques représentaient 37 % des problématiques de prise en charge rencontrées, les problèmes de santé 33 %, les problèmes financiers et/ou budgétaires 13 %, les conditions de vie précaires/inadaptées 6 %, la souffrance psychologique 4 %, les conduites addictives 4 %, l'isolement 2 % et les troubles psychiatriques 1 %.

.



Ces missions de service public sont toutefois inégalement réparties sur le territoire régional, ce qui peut impacter l'accès aux soins des publics les plus éloignés socialement du système de santé. Absence de PASS sur Lons-le-Saunier et sur Vesoul.

Cependant, sur Lons-le-Saunier, une association pallie cette absence.

Action portée par l'Association lédonienne d'insertion et de réinsertion par le logement et le travail (AIR) - Lons-le-Saunier.

Depuis plus d'une dizaine d'années, AIR répond aux besoins d'accès au soins de santé des personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion de la ville de Lons et ses alentours. Elle propose les services suivants :

- accueil,
- permanence médicale (médecins libéraux) assurant les premiers soins et une orientation vers des spécialistes si nécessaire,
- consultations dentaires (4 chirurgiens dentistes interviennent 4j/7J pour dispenser des soins urgents),
- entretien psychologique,
- permanence sociale.

71 personnes ont été reçues en 2010. 132 actes médicaux réalisés.

Le CCAS et le CHRS orientent la plupart des personnes ainsi que les associations d'insertion socioprofessionnelle avec lesquelles AIR a conventionné.

Les partenaires santé : Centre de postcure de Bletterans, Passerelle 39, CHG.

Dans le cadre des réseaux de santé francs-comtois

Le plan national pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques prévoit 4 axes :

- aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer,
- élargir la pratique médicale vers la prévention,
- faciliter la vie quotidienne des malades,
- mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie.

Sur les 22 réseaux de santé intervenant en Franche-Comté, à ce jour 10 s'intéressent au statut social de leurs patients. L'explication réside notamment dans le manque de temps des médecins qui s'occupent en priorité de la prise en charge sanitaire des patients et les connaissances limitées de ces professionnels en ce qui concerne le champ social et les dispositifs et structures existants sur la région.

Par ailleurs, l'inclusion dans un réseau se fait soit au sein du service hospitalier, soit lors d'une consultation auprès du médecin traitant. Or, cette inclusion est rendue particulièrement difficile pour les populations en situation de grande précarité et/ou d'exclusion. Les services hospitaliers manquent de connaissances relatives à ces publics lesquels, de surcroît, ne recourent pas à un médecin traitant et de personnes ressource leur permettant de mieux les appréhender.

A souligner, l'importance de l'action sur le terrain des réseaux en addictologie et en alcoologie qui agissent au plus près des populations et sont clairement identifiés par les partenaires locaux et institutionnels.



Trois exemples de réseaux francs-comtois prenant en compte le statut socio-économique des patients

Education thérapeutique et alimentaire des patients en situation de précarité initiée en mars 2007 par le service social du CHRU et le service diététique de l'UTEP

Finalité : permettre à des patients précarisés économiquement d'accéder, dans le cadre du traitement des maladies chroniques, à des solutions individualisées et adaptées à leurs besoins de santé et à leurs ressources budgétaires.

Actions réalisées :

- sensibilisation des soignants des services en charge de patients atteints de maladies chroniques à la problématique.
- état des lieux des dispositifs d'aide alimentaire et d'éducation nutritionnelle existants dans le Doubs ainsi que des dispositifs et structures sociaux,
- réalisation d'un site internet accessible aux professionnels du CHRU ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux et aux acteurs du social du Doubs.

Réseau ONCOLIE - Projet Oncosocial

Le projet prend en compte le contexte socio-économique des patients atteints d'un cancer mais également les répercussions de la maladie sur leur vie sociale

Finalités :

- créer une filière de soins accessible,
- permettre une continuité des soins de qualité.

Rés'ado et l'action Paroles en tête

Action continue de prévention des conduites à risque à l'adolescence, auprès du public de 13/18 ans des différents quartiers identifiés CUCS de Besançon :

- recensement des besoins exprimés par les jeunes (publics fréquentant les maisons de quartier et établissements scolaires),
- temps et espaces de paroles au plus près de ce public,
- mobilisation de l'ensemble du réseau partenarial intervenant dans le champ de l'adolescence dans la conception (cohérence des outils de prévention), la mise en œuvre (formation commune préalable des intervenants) et dans le suivi (évolution de l'action au vu des résultats partagés).

Dans le cadre d'un hébergement temporaire et d'un accompagnement social, soignant et médical adapté aux personnes socialement précarisées et atteintes de pathologies chroniques lourdes

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Ils étaient initialement destinés aux seuls patients atteints par le VIH-Sida et ont été créés en 1994 par circulaire en tant que dispositif expérimental. Ils ont été intégrés au dispositif médico-social par la Loi du 02 janvier 2002 et ouverts à tous types de pathologie chronique.

Les ACT hébergent à titre temporaire (6 mois) des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ils fonctionnent sans interruption de manière à assurer le suivi et la coordination desdits soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Des financements ont été octroyés à la Franche-Comté pour la création de 5 places en ACT.

Dans de cadre des solutions alternatives à l'hospitalisation

Les hospitalisations sont de plus en plus courtes, relayées par des prestations de soins ou d'hospitalisation à domicile, d'hôpital de jour et des prescriptions de soins à réaliser en ambulatoire. Lorsque les patients sont dépourvus de domicile, il y a une grande difficulté à leur dispenser les soins nécessaires à leur rétablissement.

Les Lits halte soins santé (LHSS)

Il s'agit de structures médico-sociales au sens de l'article L.312-1, I, 9° et D.312-176-1 à 4 du code de l'action sociale et des familles.

Elles accueillent temporairement (2 mois) des personnes ne disposant pas de domicile dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite des soins. En l'absence de domicile, ces LHSS permettent aux personnes de "garder la chambre", de recevoir des soins médicaux et paramédicaux qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient. Les LHSS constituent une modalité de prise en charge globale articulant fortement une dimension sociale, avec hébergement temporaire en un lieu spécifique ou non, de personnes sans domicile quelle que soit leur situation administrative, et une dimension de soins et de prévention.

Ce dispositif ne se substitue à aucune catégorie de structure sanitaire, médico-sociale ou sociale existante. Les Lits halte soins santé ne doivent pas être dédiés à un type de pathologie donnée.

La Franche-Comté dispose de 13 LHSS opérationnels en 2011 : 9 lits adossés au CHRS « le Forum » à Besançon et 4 au CHRS de Montbéliard.

4 LHSS, portés par l'association ADDSEA ont été ouverts en 2011 sur Pontarlier et seront opérationnels en 2012.

L'offre est cependant inégalement répartie sur le territoire régional puisque concentrée sur le Doubs.

Pour information : A titre expérimental pour 3 ans à compter de 2009, les lits d'accueil médicalisés (LAM) ont été mis en place comme relais des LHSS pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi d'un accompagnement social adaptés.

Cette expérimentation porte sur 45 lits répartis entre le Samu social de Paris, l'association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse de Lille et l'association Foyer Aubeois de St-Julien-les-Villas.



3- Programme d'actions



Objectif général n°1

Améliorer la santé des jeunes francs-comtois qui grandissent dans un environnement socioéconomique précaire

Objectif opérationnel 1.1 : Offrir aux adolescents et aux jeunes la possibilité d'acquérir des aptitudes favorables à leur santé

L'enjeu :

Les acteurs de terrain sont de plus en plus confrontés à des adolescents et des jeunes en situation de grande précarité. Les problématiques identifiées sont :

- le mal être physique et psychique,
- des difficultés à gérer stress et émotions,
- des difficultés psycho-sociales (rupture familiale, décrochage scolaire...)
- des troubles liés aux conduites addictives,
- des comportements à risque notamment en termes de sexualité.

Il est donc nécessaire de permettre aux jeunes, notamment les plus fragilisés, d'avoir accès aux connaissances qui les aideront à adopter des comportements favorables à leur santé.

Actions dans le cadre de l'enseignement général

Action n°1 : Renforcement des programmes de promotion et d'éducation à la santé au sein des classes de 6^{ème} et 3^{ème} dans les collèges situés en milieu rural et urbain couvert par la politique de la ville

Action n°2 : Mise en place d'actions de promotion et d'éducation à la santé auprès des jeunes 12 - 18 ans de la famille des Gens du voyage

Publics ciblés :

L'entrée en 6^{ème} nécessite de la part de l'enfant une adaptation importante à un nouveau milieu et génère parfois une perte de repères. Anticiper auprès de ces enfants, par des actions de promotion et d'éducation à la santé, la survenue d'éventuels comportements à risque sera un atout pour la poursuite de leur parcours scolaire.

La 3^{ème} est la classe où l'adolescent, notamment quand il évolue déjà dans un environnement socio-économique précarisé, a l'impression que son avenir professionnel et social ne lui appartient pas. Il est essentiel d'offrir à ces adolescents, dans le cadre d'une démarche participative, la possibilité de s'approprier des connaissances et des aptitudes qui seront bénéfiques pour leur santé.

Après l'école primaire, les jeunes de la famille des Gens du voyage se solarisent rarement au collège. L'adolescence est une période très courte et ils travaillent rapidement avec leurs pères. Certains parviennent à poursuivre leur scolarité par le CNED et sont accompagnés par les centres académiques de scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage (CASNAV). A ce jour, les jeunes de la famille des gens du Voyage ne sont pas touchés par des actions de promotion et d'éducation à la santé. Ces actions ne pourront être conduites qu'après avoir recueilli leur adhésion et celles de leurs familles.



Zones d'intervention :

Etablissements scolaires en milieu rural : les actions de prévention et de promotion à la santé ont du mal à toucher les populations précarisées résidant en milieu rural. Les enfants et adolescents qui y sont scolarisés sont les jeunes qui quitteront, demain, ce milieu pour trouver un emploi en zone urbaine et de futurs parents.

Etablissements scolaires dans les quartiers couverts par un CUCS : les adolescents scolarisés en milieu urbain évoluent dans des quartiers où la précarité et la pauvreté s'accroissent. Il faut tenir compte, notamment des zones d'emploi dont le tissu socio-économique est particulièrement fragilisé (pour exemple : zone d'emploi de St Claude).

Pour les jeunes de la famille des Gens du voyage, les actions pourraient être conduites lors des journées d'accueil et de permanence pour les jeunes scolarisés via le CNED en lien étroit avec le CASNAV et les associations des Gens du Voyage.

Thématiques à prioriser :

Nutrition, hygiène, prévention de la souffrance psychique, prévention des conduites addictives, éducation à la sexualité, information sur l'accès aux droits.

Plus sensibilisation aux risques professionnels pour les jeunes de la famille Gens du voyage.

Ressources :

CODES/Réseaux alcoolologie et addictologie/Rés'ado/RéPPOP-FC/Personnes ressource formées au repérage de la crise suicidaire/Personnes ressource formées à l'éducation à la sexualité/AIDES/Associations GADGE/ASNIT

Partenaires institutionnels :

MSA, Inspections académiques, CASNAV, Collectivités locales, Préfectures de département/DDCSP/DDT, Conseils généraux, Assurance maladie (Régime général, RSI, MSA), Lien avec le Programme de réussite éducative (PRE), Délégation régionale des droits de la femme.

Sources de financement possibles :

ARS (FIR), Etat (crédits Acse), Conseils généraux, Assurance maladie (régime général, MSA), Villes (subventions politique de la ville), Délégation régionale des droits de la femme.

Evaluation/suivi :

✓ Indicateurs de processus

- Nb de projets mis en œuvre en milieu rural
- Nb de projets mis en œuvre en milieu urbain
- Nb de projets mis en œuvre pour les jeunes de la famille Gens du Voyage

✓ Indicateurs de résultats

- Nb de classes de 3^{ème} approchées
- Nb de classes de 6^{ème} approchées
- Nb de jeunes de la famille Gens du voyage approchés

✓ Indicateurs de satisfaction

- Grille de satisfaction des professionnels de l'établissement
- Grille de satisfaction des associations GADGE et ASNIT
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des parents des enfants de 6^{ème}
- Grille de satisfaction des adolescents de 3^{ème}
- Grille de satisfaction des jeunes de la famille Gens du Voyage



Actions dans le cadre de la formation professionnelle

Action n°3 : Renforcement des programmes de promotion et d'éducation dans le cadre de l'enseignement agricole

Action n°4 : Renforcement des programmes de promotion et d'éducation à la santé dans les centres de formation d'apprentis

Publics ciblés :

Jeunes au sein des lycées agricoles, en maisons familiales rurales.

Jeunes apprentis sur leur lieu de formation théorique.

Ces jeunes préparent pour la plupart une formation pour des métiers où les conditions de travail sont difficiles avec un risque de précarisation socioprofessionnelle.

Zones d'intervention :

Au sein des lycées agricoles et des maisons familiales rurales.

Au sein des CFA : un travail important devra être fait avec les responsables des CFA compte tenu des modalités de l'apprentissage en alternance.

Envisager des possibilités d'intervention au sein des foyers jeunes travailleurs.

Thématiques à prioriser :

Nutrition, hygiène, prévention de la souffrance psychique, prévention des conduites addictives, éducation à la sexualité, sensibilisation aux risques professionnels, information sur l'accès aux droits

Ressources :

CODES/Réseaux addictologie et alcoologie/Rés'ado/RéPPOP-FC/Personnes ressource formées au repérage de la crise suicidaire/Personnes ressource formées à l'éducation à la sexualité/AIDES/le Nid

Partenaires institutionnels :

Conseil régional, Direction régionale des politiques relatives à l'alimentation, à l'agriculture et à la forêt, Chambres de commerce et d'industrie, chambres des métiers, chambres d'agriculture. Délégation des droits de la femme, MSA, Régime général, Régime social des indépendants, CAF.

Sources de financement :

ARS (FIR), Collectivités territoriales, Assurance maladie (Régime général, MSA, RSI). Délégation régionale des droits de la femme.

Evaluation/suivi :

✓ **Indicateurs de processus**

- Nb de projets mis en œuvre dans les CFA
- Nb de projets mis en œuvre dans les lycées agricoles et au sein des maisons familiales rurales

✓ **Indicateurs de résultats**

- Nb de jeunes approchés en CFA
- Nb de jeunes approchés en lycée agricole
- Nb de jeunes approchés en maison familiale rurale

✓ **Indicateurs de satisfaction**

- Grille de satisfaction des professionnels de l'établissement
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des jeunes en CFA
- Grille de satisfaction des jeunes en lycée agricole
- Grille de satisfaction des jeunes en maison familiale rurale



Actions dans le cadre de l'insertion socioprofessionnelle

Action n°5 : Développement des Ateliers santé jeunes (ASJ)

Public ciblé :

Jeunes de 16 à 25 ans inscrits sur les programmes régionaux de formation professionnelle « pré-qualifiant » et « insertion professionnelle ».

Il s'agit, d'une part de valoriser la santé auprès de ces jeunes et, d'autre part de lever les freins à leur insertion liés à leur état de santé.

Zones d'intervention :

La région.

Contenu :

Animation thématiques (nutrition, hygiène, souffrance psychique, addictions, éducation à la sexualité).
Visites médicales

Entretiens de soutien psychologique ou infirmier

Ressources :

Missions locales/Espace jeunes/PAIO, organismes de formation, Mutualité française Franche-Comté, centres d'examen de santé, réseaux de santé, structures addictologie, CDAG, personnes ressource formées au repérage de la crise suicidaire/personnes ressource formées à l'éducation à la sexualité

Partenaires institutionnels :

Conseil régional, collectivités locales, Assurance maladie, Délégation Régionale des droits de la femme, CAF.

Sources de financement possibles :

ARS (Fonds d'intervention régionale), Conseil régional (financement des formations), Collectivités locales, MSA, CPAM, Mutualité française Franche-Comté, Délégation régionale des droits de la femme

Evaluation/suivi :

✓ Indicateurs de processus

- Nb d'ateliers mis en œuvre/Département/Zone d'emploi

✓ Indicateurs de résultats

- Nb de jeunes touchés/Département/Atelier
- Nb de bilans santé réalisés/Département/Atelier
- Nb d'entretiens de soutien réalisés/Département/Atelier

✓ Indicateurs de satisfaction

- Grille de satisfaction des jeunes
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels



Objectif général n°2

Agir sur les facteurs de risque

Objectif opérationnel 2.1 : Aider les publics en situation de grande précarité et/ou d'exclusion à s'approprier les principes de base d'éducation à la santé

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes. Elle s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire : en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ces interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation ;
- les aptitudes personnelles et collectives : en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences.

Actions dans le cadre de la politique de la ville

Action n°1 : Développement des Ateliers santé ville (ASV)

Public ciblé :

Jeunes et adultes résidant dans des quartiers identifiés par le CUCS

Zones d'intervention :

Zone urbaine couverte par la politique de la ville.

Conforter l'existant mais un effort doit être porté pour développer cette action dans les zones urbaines où il n'y a pas d'ASV.

Stratégie :

Diagnostic partagé des besoins de santé des habitants. Démarche collégiale (habitants, partenaires associatifs et institutionnels, professionnels de santé et travailleurs sociaux).

Actions collectives d'animation autour de la santé.

Ateliers thématiques au sein des quartiers intégrant une information sur l'accès aux droits.

Ateliers santé mentale.

Ressources :

Ensemble des ressources associatives présentes sur le territoire local. Professionnels de santé (médecine généraliste, psychiatrie). CMPP. CMP. Maisons de quartiers. Bailleurs sociaux. PASS

Partenaires institutionnels :

Collectivités locales (notamment dans le cadre des Contrats locaux de santé), Préfecture/DDCSP, Assurance maladie, Délégation régionale des droits de la femme, Inspections académiques, Conseils généraux, CAF.

Sources de financement possibles :

ARS (FIR), Préfecture (crédits Acse), Villes (subvention CUCS), Assurance maladie (Régime général, RSI), Mutualité...



Evaluation/suivi :

- ✓ **Indicateurs de processus**
- Nb d'ASV mis en place au sein des quartiers non pourvus
- ✓ **Indicateurs de résultats pour les ASV existants et nouveaux**
- Nb d'actions collectives d'animation
- Nb d'ateliers thématiques
- NB d'ateliers santé mentale
- ✓ **Indicateurs de satisfaction**
- Grille de satisfaction des habitants
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels

Actions en milieu rural

Action n°2 : Dans le cadre de Contrats locaux de santé, mise en place d'ateliers santé destinés aux familles en situation de précarité

Public ciblé :

Familles rurales en situation de précarité.

Zones d'intervention :

Zones rurales et plus spécifiquement les « zones blanches ».

Stratégie :

Réflexion interinstitutionnelle et partenariale dans le cadre de l'élaboration d'un Contrat local de santé. Identification des besoins (problématiques santé, connaissances des droits...) et des ressources nécessaires à la mise en place des actions.

Partenaires institutionnels :

Collectivités locales ou leurs groupements signataires de CLS, MSA, Conseils généraux, CAF.

Sources de financement possibles :

ARS (FIR), Collectivités locales, MSA, Conseils généraux.

Evaluation/suivi :

- Indicateurs de processus pour les zones non pourvues
- Nb de CLS en milieu rural
- Indicateurs de résultats
- Nb d'ateliers santé mis en place

Actions dans le cadre de l'insertion socioprofessionnelle

Action n°3 : Développement des Ateliers santé adultes

Public ciblé :

Population adulte mixte (bénéficiaires du RMI, chômeurs longue durée) inscrite dans un parcours de réinsertion professionnelle.

Il s'agit de valoriser leur santé auprès de jeunes en difficulté d'insertion.

Zones d'intervention :

La région.

Contenu :

Animation thématiques (nutrition, hygiène, souffrance psychique, addictions, éducation à la sexualité).
Visites médicales
Entretiens de soutien psychologique ou infirmier



Ressources :

Organismes de formation, Mutualité française Franche-Comté, Associations de réinsertion, Centres d'examen de santé, Réseaux de santé, Structures addictologie, CDAG.

Partenaires institutionnels :

Conseil régional, collectivités locales, Conseils généraux, CAF, Assurance maladie (régime général), Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Sources de financement possibles :

ARS (FIR), Conseil régional, collectivités locales, Assurance maladie, Mutualité française FC.

Evaluation/suivi :

✓ **Indicateurs de processus**

- Nb d'ateliers mis en œuvre/Département/Zone d'emploi

✓ **Indicateurs de résultats**

- Nb d'adultes touchés/Département/Atelier
- Nb de bilans santé réalisés/Département/Atelier
- Nb d'entretiens de soutien réalisés/Département/Atelier

✓ **Indicateurs de satisfaction**

- Grille de satisfaction des bénéficiaires
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels

Actions auprès de populations spécifiques

Action n°4 : Développement de programmes d'éducation à la santé auprès des publics accueillis au sein des structures Accueil hébergement insertion (AHI)

Public ciblé :

Populations accueillies au sein des dispositifs AHI.

La gestion des comportements au sein de ces dispositifs est rendue de plus en plus difficile. Problèmes d'alcool mais cas de poly-toxicomanie de plus en plus fréquents. Augmentation des publics en situation de fragilité psychique. Un capital santé de plus en plus précaire notamment au niveau de la santé bucco-dentaire.

Zones d'intervention :

Les structures AHI. Conforter les interventions existantes mais un soutien particulier devra être apporté pour développer des actions au sein des structures implantées dans des zones où les dispositifs de droit commun et le tissu associatif sont moins présents.

Stratégie :

Réflexion interinstitutionnelle et partenariale permettant d'identifier les besoins des publics en fonction de leur âge, du profil du dispositif AHI, des zones d'implantation desdits dispositifs. Les actions à mettre en œuvre intégreront les spécificités mises en exergue afin de répondre au mieux à la demande.

Ressources :

Les associations œuvrant dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé, les responsables des structures AHI et les travailleurs sociaux, les réseaux de santé, les professionnels de santé.

Partenaires institutionnels :

Préfectures/DDCSP. Conseils généraux. Collectivités locales, CAF.

Sources de financement possibles :

ARS (crédits prévention), Collectivité locales, Conseils généraux, DDCSP.



Evaluation/suivi :

- ✓ **Indicateurs de processus**
- Nb de dispositifs AHI concernés par un projet
- ✓ **Indicateurs de résultats**
- Nb de personnes approchées par l'action au sein de chaque dispositif AHI
- ✓ **Indicateurs de satisfaction**
- Grille de satisfaction des bénéficiaires
- Grille de satisfaction de professionnels du dispositif AHI
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels

«Action n°5 : Education à la santé auprès des femmes de la famille des Gens du voyage

Public ciblé :

Population féminine des Gens du voyage sédentaires ou semi-sédentaires.

Les femmes ne consultent pas de gynécologues et la sexualité est un sujet dont les gens du Voyage ne parlent pas.

Les comportements alimentaires sont particuliers (surconsommation de produits gras et très sucrés).

L'enfant est considéré comme « l'enfant roi » et dès lors les adultes cèdent à ses désirs (bonbons, chips...) dès qu'il en exprime le souhait et à tout moment.

Zones d'intervention :

Sur les aires de passage

Stratégie :

Définition des modalités d'intervention entre les partenaires institutionnels, les associations GADJE et ASNIT, l'IREPS. Finalité : groupes d'animation thématique santé avec les femmes

Ressources :

Les associations précitées

Partenaires institutionnels :

Préfectures/DDCSP. Conseils généraux. DDT. CAF. Assurance maladie (Régime général, RSI).

Sources de financement possibles :

ARS (FIR), Conseils généraux, DDCSP.

Evaluation/suivi :

- ✓ **Indicateurs de processus**
- Nombre de groupes d'animations thématiques mis en place
- ✓ **Indicateurs de résultats**
- Nb de femmes approchées par l'action au sein de chaque groupe
- ✓ **Indicateurs de satisfaction**
- Grille de satisfaction des femmes
- Grille de satisfaction des associations GADJE et ASNIT
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels



Objectif opérationnel 2.2 : Accompagner les populations précarisées vers le geste vaccinal et le dépistage des maladies infectieuses et chroniques

Les pathologies lourdes (cancer, diabète, hépatite, Sida...) sont diagnostiquées tardivement chez les personnes les plus éloignées du système de santé. Compte tenu de difficultés inhérentes à leur parcours de vie et parfois au fonctionnement interne des structures sociales, médico-sociales et sanitaires, l'accès aux dispositifs de droit commun présente des points de fragilité. Il est donc nécessaire de renforcer, auprès de ces populations, le diagnostic précoce de ces pathologies et d'améliorer la prévention des maladies infectieuses.

Actions

Les actions à mettre en œuvre de connaissance et d'accompagnement vers le geste vaccinal, vers les Centres de dépistage anonyme et gratuit, les Centres de lutte antituberculeux et vers le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal doivent être considérés comme des actions de prévention et intégrées systématiquement au sein des programmes d'éducation à la santé et des ateliers santé décrits précédemment (Cf. les fiches « cancer » « maladies infectieuses dont maladies à prévention vaccinale » du Schéma régional de prévention).

Objectif général n°3

Favoriser l'insertion des publics les plus précarisés dans les dispositifs de droit commun par la prise en compte, tout au long de la chaîne des soins, des facteurs psychosociaux

Objectif opérationnel 3.1 : Développer, pour les publics les plus éloignés socialement du système de santé, un accompagnement et un accès à l'offre de soins de 1^{er} recours adaptés à leurs besoins

Les structures médico-sociales, l'offre de soins ainsi que l'offre de prévention sont inégalement réparties sur le territoire régional. Or, Les personnes les plus vulnérables face à la santé sont notamment les populations hébergées dans des structures Accueil hébergement insertion (AHI), en grande errance sociale et sans domicile. Ces dernières n'utilisent pas le système de santé et l'isolement dont elles souffrent est un facteur aggravant. Il est donc nécessaire de construire une passerelle entre travailleurs sociaux et l'offre de soins en ambulatoire pour permettre à ces personnes de réintégrer progressivement les dispositifs de droit commun.

L'accompagnement et la prise en soins des personnes des personnes ayant des problèmes d'addiction sont, quant à eux, difficiles en milieu rural, notamment dans les secteurs de St Claude (39), Pont-de-Roide et Maïche (25) où s'ajoute le problème de la proximité avec la Suisse. L'initialisation du traitement doit être réalisée par un centre hospitalier ou un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention



en addictologie (CSAPA). Le suivi peut être assuré par le médecin traitant et le traitement de substitution délivré par les officines. Or, les usagers résidant dans ces secteurs ont des difficultés de transport pour se rendre dans le CH ou le CSAPA le plus proche. Par ailleurs, certaines officines semblent refuser la délivrance desdits traitements.

Actions auprès de populations spécifiques

Action n°1 : Accompagnement médico-social vers l'ambulatoire pour les publics marginalisés

Public ciblé :

Populations accueillies au sein des dispositifs AHI, sans domicile et en grande errance sociale.

Zones d'intervention :

Les dispositifs AHI, le milieu rural et semi-urbain où des situations de grande errance sociale sont de plus en plus repérées. Un soutien particulier devra être apporté pour le développement d'actions dans les zones où les dispositifs de droit commun et le tissu associatif sont moins présents.

Stratégie :

Réflexion interinstitutionnelle et partenariale permettant d'identifier les besoins d'accompagnement des publics en fonction de leur âge et du profil du dispositif AHI avec mise en parallèle de l'offre en soins ambulatoires présente à proximité.

Les actions pouvant être mises en place intégreront les spécificités mises en exergue afin de répondre au mieux à la demande. La finalité de l'action étant que les publics concernés soient réinsérés au sein du circuit du droit commun.

Ressources : Les responsables des structures AHI, les professionnels de santé libéraux, les maisons de santé pluridisciplinaires.

Partenaires institutionnels :

Préfectures/DDCSP. CPAM. MSA. Conseils généraux

Sources de financement possibles :

Les actions en milieu urbain ne nécessiteront pas systématiquement de financement supplémentaire lié à l'action elle-même. Il s'agit plutôt d'une recherche de complémentarité et d'articulation entre acteurs du social et professionnels de santé.

En milieu rural, compte tenu des problèmes d'offre, les actions d'accompagnement nécessiteront un financement (ARS : crédits prévention), Conseils généraux, Assurance maladie (FNPEIS), MSA. Il en est de même pour les actions existantes qui pallient l'absence de PASS dans les villes chef-lieu de département.

Evaluation/suivi :

- Indicateurs de processus
- Nb de dispositifs AHI concernés par un projet
- Nb de projets montés en milieu rural
- Indicateurs de résultats
- Nb de personnes approchées par l'action au sein de chaque dispositif AHI
- Nb de personnes approchées par l'action en milieu rural
- Indicateurs de satisfaction
- Grille de satisfaction des professionnels AHI
- Grille de satisfaction de professionnels de santé
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels



Actions auprès des populations présentant un comportement addictif

Action n°2 : Développement de la prise en charge des personnes présentant un problème d'addiction et résidant hors villes d'implantation des CSAPA

Public ciblé :

Populations ayant un problème d'addiction résidant notamment en milieu rural, particulièrement sur les secteurs de St Claude, Pont-de-Roide et Maîche.

Médecins libéraux et officines installés dans ces zones.

Zones d'intervention :

Zones précitées

Cabinets médicaux. Maisons de santé. Officines

Stratégie :

Intervention mobile des CSAPA.

Information et formation dispensées par les médecins du Groupement Addictologie de Franche-Comté (GAFC) au sein des cabinets des médecins libéraux et des maisons de santé, auprès des officines.

Ressources :

GAFC. CSAPA. Professionnels de santé libéraux. Maisons de santé. Officines.

Partenaires institutionnels :

Préfectures. Conseils généraux. Collectivités locales. Assurance maladie (Régime général).

Sources de financement possibles :

ARS (FIR + crédits ONDAM), Collectivité locales, Conseils généraux. Préfecture (MILDT)

Evaluation/suivi :

✓ Indicateurs de processus

- Nb d'interventions mobiles mises en place
- Nombre d'actions de formations et d'information conduites

✓ Indicateurs de résultats

- Nb de personnes présentant un problème d'addiction approchées par l'action
- Nb de médecins libéraux approchés par l'action
- Nb d'officines approchées par l'action

✓ Indicateurs de satisfaction

- Grille de satisfaction des professionnels de santé
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels
-

Objectif opérationnel 3.2 : Offrir une prise en charge médicale et/ou une orientation vers les structures médico-sociales adaptées à leurs besoins

Actions relatives aux dispositifs spécifiques pour les conforter et/ou les développer et/ou les optimiser

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Action n°1 :

- Coordination régionale assurée par la PASS du CHRU de Besançon.
- Mise en œuvre de missions prioritaires et d'une stratégie d'intervention communes à l'ensemble des PASS (soit 80 % de leur activité) et d'actions spécifiques tenant compte du profil de chaque PASS et de leur connaissance du terrain (soit 20 % de leur activité).
- Transformation de la PASS périnatalité de Pontarlier en PASS généraliste



- Evaluation des besoins de création de PASS pour le CHI de Vesoul et le CH de Lons-le-Saunier

Financements :

ARS (crédits MIGAC + éventuellement FIR dans le cadre d'une action très spécifique nécessitant un financement supplémentaire).

Lits Halte Soins Santé (LHSS)

Action n°2 :

Evaluer le fonctionnement et l'activité des LHSS existants.

Identifier les besoins non couverts sur les autres départements (Ce dispositif est concentré sur le Doubs soit 17 lits)

Financement :

ARS (crédits ONDAM)

Appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Action n°3:

Création de 5 places sur Besançon.

Evaluer le fonctionnement et l'activité des futurs ACT.

Identifier les besoins non couverts.

Financement :

Crédits ONDAM octroyés à l'ARS en 2011.

Les ACT ne suppléent pas les dispositifs de droit commun et il ne s'agit pas d'un accompagnement de fin de vie.

L'organisation et les moyens des structures d'hébergement, d'insertion et d'urgence, des CADA...ne permettent pas une prise en charge sanitaire de qualité des personnes accueillies. Les troubles psychiques ou psychiatriques sont plus fréquents au sein de ces structures et les personnels ne sont pas formés pour assurer leur prise en charge.

Au sein des HUDA et CADA, l'accompagnement des personnes en état de santé aggravé est difficile (manque de lien avec le sanitaire lié à la problématique du titre de séjour).

La sortie d'un dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion ne peut être liée au seul fait d'avoir trouvé un logement mais induit une approche globale et individualisée de la personne (Ex : addictions, souffrance psychique) et un accompagnement adapté vers l'autonomie.

Par ailleurs, les hospitalisations sont de plus en plus courtes, relayées par des prestations de soins ou d'hospitalisation à domicile, d'hôpital de jour et des prescriptions de soins à réaliser en ambulatoire. Les soins de suite et de réadaptation permettent la transition entre la sortie d'hospitalisation et la poursuite du parcours de vie de la personne en tenant compte de sa situation globale et en proposant une solution adaptée à ses besoins. (Ex : retour à domicile dans de bonnes conditions, orientation vers une structure médico-sociale adaptée, etc.). Aujourd'hui, les SSR ne sont pas organisés pour accueillir une population présentant une grande précarité. Cette situation est préjudiciable pour les patients les plus fragiles socialement et les structures intermédiaires qui permettraient la poursuite d'un parcours de vie dans des conditions favorables sont insuffisantes à ce jour.

Peu de dispositif de soins sont adaptés à ces publics lorsqu'ils sortent d'hospitalisation ou présentent des problèmes de santé ingérables par la structure d'hébergement. Ce constat est également fait pour les sorties d'hospitalisation psychiatriques ou les sorties de détention.

La plupart des personnes en situation de grande précarité n'ont pas de famille en soutien. Le vieillissement prématuré des personnes marginalisées auquel s'ajoute la complexité de leur situation sociale, avec des difficultés d'adaptation, nécessite une prise en charge adaptée. Les EHPAD ont des difficultés à s'ouvrir à cette population et les CHRS n'ont pas le profil et les moyens humains d'y répondre.



Action dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques et psychiatriques

Action n°4 : Développer des itinéraires d'accès aux soins et prévenir la rupture des soins engagés

Public ciblé :

Personnes sans domicile fixe, publics marginalisés.

Zones d'intervention :

Lieux de vie (rue, dispositifs AHI) en zone urbaine couverte par la politique de la ville

Stratégie :

Interface entre les secteurs sanitaires et sociaux. Travail en réseau et décloisonnement entre le sanitaire (somatique, psychiatrique) et le social pour la conduite d'actions de prévention, la dispensation de soins et la réponse aux urgences psychiatriques

Ressources :

Travailleurs sociaux des dispositifs AHI. Professionnels de santé (médecine libérale, psychiatrie). CMPP. CMP. PASS. CH et CHS.

Partenaires institutionnels :

Collectivités locales, Préfecture/DDCSP, Conseils généraux.

Sources de financement possibles :

ARS, DDCSP, Collectivités locales, Conseils généraux

Evaluation/suivi :

- ✓ **Indicateurs de processus pour les zones non pourvues**
- Nb de zones ayant mis en place un projet
- ✓ Indicateurs de résultats pour les zones pourvues
- Nb de personnes touchées par l'action
- Nb de situations solutionnées
- ✓ **Indicateurs de satisfaction**
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels

Action n°5 : Renforcement de la prise en charge du handicap et du vieillissement précoce

Public ciblé :

Public accueilli au sein des dispositifs AHI

Zones d'intervention :

Dispositifs AHI

Stratégie :

- Définition des modalités d'intervention, pour les personnes dont le handicap est reconnu, des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), des Services d'accompagnement médico-social pour Adultes handicapés (SAMSAH) au sein des dispositifs AHI.
- Mise en œuvre de modalités concrètes de collaboration entre CMP et dispositifs AHI.
- Accès aux Groupes d'entraide mutuelle (GEM)
- Elargissement de l'offre d'accueil en EHPAD : élaboration de modes de coopération entre les responsables des dispositifs AHI et les directions des EHPAD

Ressources :

Travailleurs sociaux des dispositifs AHI, SAVS, SAMSAH, CMP, GEM, EHPAD.

Partenaires institutionnels :

Collectivités locales, Préfecture/DDCSP, Conseils généraux/MDPH.

Sources de financement possibles :

ARS (crédits ONDAM), DDCSP, Collectivités locales, Conseils généraux.



Evaluation/suivi :

- ✓ Indicateurs de processus
- Nb d'interventions formalisées au sein des dispositifs AHI
- Nb de collaborations formalisées entre dispositifs AHI et CMP.
- Nb de collaborations formalisées entre dispositifs AHI et EHPAD.
- ✓ **Indicateurs de résultats**
- Nb d'interventions conduites au sein des dispositifs/Nb de personnes reconnues handicapées.
- ✓ Indicateurs de satisfaction
- Grille de satisfaction des responsables de structures
- Grille de satisfaction des intervenants
- Grille de satisfaction des partenaires institutionnels

Objectif général n°4

S'assurer de l'efficacité de ce programme

Objectif opérationnel 4-1 : Constituer un groupe technique régional du PRAPS

La finalité du PRAPS est de permettre aux populations éloignées du système de santé d'accéder aux dispositifs de droit commun, de bénéficier d'un parcours de santé cohérent et d'en éviter la rupture.

Par conséquent, ce programme nécessite une vision partagée des besoins et des réponses à apporter sur le territoire régional intégrant les spécificités locales.

Il s'agira sur les zones blanches d'innover et d'inciter les opérateurs à intervenir sur ces secteurs, sur les autres zones de rechercher activement la complémentarité entre acteurs, partenaires et dispositifs présents.

Afin d'assurer la pertinence et la cohérence des actions conduites dans le champ de la prévention et de prévenir leur dispersion, les associations œuvrant dans ce domaine devront, quant à elles, se rapprocher les unes des autres afin de construire une stratégie d'intervention commune au sein des établissements et des structures. Les responsables desdits établissements et structures ainsi que les publics ciblés par les projets devront être associés à la démarche.

La connaissance et l'information aux usagers sur leurs droits doivent être, une thématique obligatoire au sein des ateliers santé.

Missions du groupe technique régional (pilotage ARS)

Membres institutionnels : DRJSCS, Préfecture de Région, DRAAF, Rectorat, DIRECCTE, Délégation régionale des droits de la femme, Conseil régional, Représentants des 4 Conseils généraux, Représentants Assurance maladie (régime général, RSI, MSA), CAF.

Personnes ressource : Chambre régionale de commerce et d'Industrie, des Métiers, Représentant professionnels de santé, Mutualité française Franche-Comté, Représentant IRTS, Représentant Ecole des cadres de santé, Coordonnateur PASS. Représentant Associations de santé, Représentants usagers (un habitant des quartiers prioritaires, un jeune en formation d'apprentissage, un jeune en lycée agricole, un parent d'élève de 6^{ème} en milieu rural, un délégué de classe de 3^{ème}, une personne hébergée en CHR), FNARS, IREPS, DT...

Les membres institutionnels :

Construction d'un tableau de bord de suivi du PRAPS.



Budget prévisionnel du PRAPS (moyens financiers, besoins matériels, humains...)

Avis et évaluation des actions

Elaboration et mise en place d'une stratégie pour mieux informer les usagers sur leurs droits

Construction d'un outil de Communication/Information PRAPS – site Internet ARS clair et pertinent pour faciliter son appropriation par les acteurs de terrain.

6 réunions annuelles

Les personnes ressource :

Appui pour l'avis : appréciation des actions mises en œuvre

Appui pour la communication sur le PRAPS

Sensibilisation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux à une culture commune

2 réunions annuelles

Evaluation

✓ **Indicateurs de processus**

- Participation des membres institutionnels
- Participation des Personnes ressources

✓ **Indicateurs de résultats**

- Réalisation des BP
- Réalisation du tableau de bord de suivi du PRAPS
- Réalisation de l'outil d'Information/Communication



Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
ACSE	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ADDSEA	Association départementale du Doubs de sauvegarde de l'enfant à l'adulte
ADECA	Association pour le dépistage des cancers
ADOMA	Association départementale d'insertion par le logement
AHFC	Association hospitalière de Franche-Comté
AHI	Accueil/Hébergement/Insertion
AIR	Association lédonienne d'insertion et de réinsertion par le logement et le travail
ALD	Affection de longue durée
ALT	Aide au logement temporaire
AMAT	Association montbéliardaise d'aide au logement des travailleurs
AME	Aide médicale Etat
API	Allocation parent isolé
ARS	Agence régionale de santé
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASV	Atelier santé ville
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASJ	Atelier santé jeunes
ASNIT	Association sociale nationale et internationale des Tziganes
BEP	Brevet d'études professionnelles
BP	Budget prévisionnel
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CASNAV	Centre académique pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants des Gens du voyage
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDD	Contrat à durée déterminée
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CFA	Centre de formation d'apprentissage
CH	Centre hospitalier
CHBM	Centre hospitalier Belfort/Montbéliard
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLAT	Centre de lutte antituberculeux
CMP	Centre médicaux psychologique
CMPP	Centre médico psychopédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle - complémentaire
CNED	Centre national d'éducation à la santé
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
CSST	Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie



CODES	Comité départemental d'éducation à la santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CLS	Contrat local de santé
CG	Conseil général
DOSA	Département observation statistiques analyses
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DIRRECTE	Direction régionale de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, l'agriculture et la forêt
DT	Délégation territoriale
EMPI	Equipe mobile de prévention intersectorielle
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Education thérapeutique du patient
HPST	Hôpital patient santé territoire (Loi du 21 juillet 2009)
FIR	Fonds d'intervention régionale
FJT	Foyer jeunes travailleurs
FNARS	Fédération nationale d'accueil et de réadaptation sociale
FNPEIS	Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FTM	Foyer pour travailleurs migrants
GADGE	Association Gens du voyage
GEM	Groupement d'entraide mutuelle
HUDA	Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile
IA	Inspection académique
IRTS	Institut régional des travailleurs sociaux
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé
MILDT	Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSA	Mutualité santé agricole
ONCOLIE	Réseau de cancérologie de Franche-Comté
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses assurance maladie
ONG	Organisme non gouvernementale
ONU	Organisme des nations unies
PAIO	Point d'accueil, d'information et d'orientation
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PAS	Points d'accueil solidarité
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMA	Pays de Montbéliard Agglomérations
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Plan national nutrition santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRSP	Plan régional de santé publique
PRE	Programme de réussite éducative
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
RS	Résidence sociale
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants



SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDF	Sans domicile fixe
SROMS	Schéma régional d'organisation médicosociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
UTEP	Unité transversale d'éducation thérapeutique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZUS	Zone urbaine sensible





PROGRAMME INTERDÉPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

PROGRAMME 2011-2015



I – LE PRINCIPE DU PRIAC

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de répartir les crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, financés par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'État.

Pour répondre à cet objectif, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé un nouvel outil adopté depuis 2010 par les directeurs généraux des ARS : **le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**. Il dresse les priorités régionales prévisionnelles de financement pour l'année en cours et à quatre ans de créations ou transformations d'établissements et de services.

LES OBJECTIFS

- Rattraper les inégalités territoriales, les situations de sous-équipement de certains départements au sein d'une région (ou entre régions au niveau national) ,
- Appuyer la diversification et entrer peu à peu dans une logique d'appel à projets. Le PRIAC met en évidence les ressources que l'État est prêt à affecter à certaines capacités, pour un certain public, sur un certain territoire,
- Orienter les anticipations des porteurs de projets et servir d'instrument de concertation avec les co-financeurs, dont les Conseils généraux.

LES MODALITES DE CONSTRUCTION

- Le PRIAC est ascendant : c'est une expression permanente des besoins de financement (nombre de places, coûts, publics), région par région, qui débouche sur une expression nationale des besoins.
- le PRIAC est descendant : il sert aussi à la répartition et à la notification des moyens entre régions et départements qui sont affectés à des priorités.

II – LE PRIAC-PRS ACTUALISE EN 2012 AVEC LES MODIFICATIONS APPORTEES PAR LA LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES :

Cette dernière prévoit la définition de la stratégie de santé de l'ARS à travers le Projet régional de santé (PRS), qui couvre l'ensemble de son domaine de compétence. Au sein du PRS, le PRIAC est réaffirmé comme instrument de programmation financière pluriannuelle pour la mise en œuvre du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), en cohérence avec les Schémas d'organisation des soins (SROS) et de prévention (SRP) mais aussi en lien étroit avec les Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS).



Le PRIAC a vocation à programmer les actions et les financements permettant la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs du PRS qui sont déclinés opérationnellement dans le SROMS et qui concernent l'offre médico-sociale destinée aux personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie (le PRIAC ne comprend pas les prestations à destination des publics à difficultés spécifiques). Le PRIAC s'inscrit dans la régionalisation de la santé mais il garde une dimension interdépartementale dans la mesure où il concerne une partie importante de prestations qui relèvent de champs de compétence partagée avec les Conseils généraux. A ce titre, le PRIAC-PRS marquera la coordination de l'exécution des programmations dans le temps entre les territoires et dans la traduction financière conditionnant le lancement des appels à projets. Ces derniers s'exercent sur les champs de compétences conjoints pour faire évoluer l'offre de service dans le nouveau régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

Le PRIAC n'identifie plus les besoins (rôle du SROMS) mais met en œuvre les besoins par la mobilisation des moyens financiers alloués par l'Etat et la CNSA complétés par les financements des Conseils généraux. ; il se recentre donc sur la programmation financière stricte et cadrée.

Avec la loi HPST, le rôle d'expression des besoins remonte au niveau du Schéma régional médico-social. Le PRIAC met en œuvre les besoins par la mobilisation des moyens financiers alloués par l'Etat et la CNSA complétés par les financements des Conseils généraux. Il se recentre donc sur la programmation financière stricte et les prévisions d'utilisation des enveloppes :

- c'est l'outil opérationnel du nouveau processus budgétaire mis en œuvre en 2010, basé sur des autorisations d'engagement (enveloppes anticipées N+1 à N+3) et les crédits de paiement (N).
- c'est l'outil de programmation pluriannuelle, dont le cadrage financier s'appuie sur le montant des enveloppes médico-sociales mobilisables par ARS, qui permettra de lancer les appels à projets pour la création et l'adaptation des établissements et services médico-sociaux.

NOTE A L'ATTENTION DES LECTEURS

Le PRIAC 2011-2015 publié dans le PRS est un programme qui s'inscrit dans un cadre contraint et ne comprend pas de projets nouveaux. En effet, conformément aux consignes données par la CNSA pour l'actualisation 2011, la programmation devait se limiter au volume financier des enveloppes notifiées jusqu'en 2011. C'est le PRIAC-PRS actualisé en 2012 qui amorcera la déclinaison du SROMS.



PRIAC Franche-Comté 2011-2015

Les priorités régionales par territoire

Dépistage et prise en charge précoce

Accompagnement et maintien à domicile

Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité	Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
Créer des places d'Accueil de jour en MAS afin de diversifier la prise en charge dans les MAS existantes	Département du Jura	Création de 2 places d'accueil de jour en MAS	Diversification de l'offre pour adultes handicapés
Créer des places de SESSAD pour accompagner les enfants souffrant de déficience auditive	Départements du Doubs et de Haute-Saône	Création de 20 places de SESSAD pour déficience auditive	Développer l'accompagnement en milieu ordinaire pour les enfants de 0 à 20 ans en l'absence d'institution
Développer les équipes de SSIAD spécialisées en Alzheimer selon la tranche 2010 et selon les objectifs du plan Alzheimer 2008-2012	Départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône	Création de 5 équipes de SSIAD spécialisé soit 50 places	Poids de la population en ALD 15 traitement par médicament spécifique pour la maladie Alzheimer
Mise aux normes des capacités d'Accueil de Jour (Circulaire du 25 février 2010)	Départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône	Création de 33 places d'Accueil de Jour	Définition de capacités minimales pour les AJ adossés à un EHPAD et les AJ autonomes territoires d'intervention à faible étude régionale sur la densité démographique ou zone rurale capacité à faire en lien avec CG
Création de places d'Accueil de Jour autonome	Départements du Jura et de la Haute-Saône	Création de 20 places d'Accueil de Jour	Taux d'équipement zones déficitaires en structures alternatives à l'hébergement complet pour PA développer les structures de répit pour les aidants naturels
Etendre les capacités des SSIAD qui ont constaté une sur-occupation sur les trois derniers exercices, qui ont une liste d'attente en intégrant la démographie des IDE libéraux	Tous les départements	Création de 111 places de SSIAD	Taux d'équipement par canton démographie IDEL selon arrêté MRS liste d'attente
Développer l'offre alternative à l'institutionnalisation en services par la création de places de SAMSAH	Tous les départements	Création de 84 places de SAMSAH	Diversification de l'offre pour adultes handicapés Poursuite des projets partiellement autorisés Améliorer la couverture des territoires (implanter un SAMSAH par territoire)
Créer des places d'AJ et d'AN et d'HT qui sont	Tous les départements	Création de 52 places d'AJ et 7 places d'HT	Taux d'équipement



Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité	Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
adossés à des structures EHPAD pour diversifier l'offre de soins en établissement	Tous les départements	Création de 52 places d'AJ et 7 places d'HT	diversification de l'offre en hébergement complet pour PA développer les structures de répit pour les aidants naturels
Développer des places d'accueil de Jour et d'hébergement temporaire	Tous les départements	Création de 10 places	Développer des structures de répit Accompagner la politique de maintien à domicile

Prise en charge en institution

Objectifs	Territoires concernés (départemental et infra départemental) par ordre de priorité	Objectifs quantifiés d'amélioration	Critères de priorisation
Labéliser des places d'EHPAD en UHR selon l'objectif du plan Alzheimer 2008-2012 pour la région	Département de la Haute-Saône	Création de 2 UHR pour 28 places	Poids de la population en ALD 15 traitement par médicament spécifique pour la maladie Alzheimer
Créer des places d'ESAT en diversifiant la prise en charge	Département du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône	Création de 74 places	
Développer l'offre de soins existante en IME et l'adapter la prise en charge de l'autisme	Département du Doubs, du Jura et du Territoire de Belfort	Création de 16 places d'IME pour enfants autistes	Adapter l'offre médico-sociale Plan autisme Etude de besoins CREA1 sur le Doubs
Créer des places de FAM	Département du Doubs, du Jura et du Territoire de Belfort	Création de 26 places	Accompagner le vieillissement des personnes handicapées Adaptation de l'offre médico-sociale
Installer les places d'EHPAD autorisées et en cours de projet	Départements du Doubs, du Jura et du Territoire de Belfort	159 places	Capacité à faire en lien avec Conseil Généraux
Labéliser des places d'EHPAD en PASA selon la tranche 2010 prévue pour la région dans le plan Alzheimer 2008-2012	Tous les départements	Création de 20 unités de PASA pour 280 places	Poids de la population en ALD 15 traitement par médicament spécifique pour la maladie Alzheimer



L'accompagnement en milieu ordinaire de vie

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
Enfants	25	SESSAD	déficience auditive	Extension de 29 places de SESSAD et de SAFE P (dont 14 par redéploiement)	Régionale	Département 25 - Besançon	Extension	2012	2012	8	168 000	8	168 000	0	0	0	0
			déficience intellectuelle	Création de 18 places de SESSAD (dont 10 par redéploiement antérieurement)	Infra-départementale	Département 25 - Vaucluse	Création	2013	2013	5	88 310	5	88 310	0	0	0	0
			déficience intellectuelle	Extension de 40 places de SESSAD (dont 15 par redéploiement antérieurement)	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Extension	2012	2012	6	105 972	6	105 972	0	0	0	0
			toutes déficiences	Création de 25 places de SESSAD (dont 20 par redéploiement antérieurement)	Infra-départementale	Département 25 - Montbéliard	Création	2013	2013	4	70 648	4	70 648	0	0	0	0
			troubles de la personnalité - troubles du caractère et du comportement	Extension de 11 places de SESSAD (dont 3 par redéploiement antérieurement)	Infra-départementale	Département 25 - Les Granges-Narboz	Extension	2013	2013	6	105 972	6	105 972	0	0	0	0
	39	Accueil temporaire en Institution	déficience intellectuelle	Extension de 10 places d'AT (places d'accueil de nuit pour handicapés moteur) dont 2 places par redéploiement	Infra-départementale	Département 39 - Montaigu	Extension	2013	2013	8	130 000	8	130 000	0	0	0	0
	70	SESSAD	déficience auditive	Projet de création de 35 places de SESSAD et rebasage pour 10 places	Infra-départementale	Département 70 - Vesoul	Création	2012	2012	5	110 135	5	110 135	0	0	0	0
	90	SESSAD	déficience intellectuelle	Extension de 20 places de SESSAD dont 8 par redéploiement	Infra-départementale	Département 90 - Giromagny	Extension	2012	2012	6	105 972	5	88 310	1	17 662	0	0
			déficience motrice	Extension de 9 places de SESSAD	Infra-départementale	Département 90 - Belfort	Extension	2012	2012	2	35 324	2	35 324	0	0	0	0
								2013	2013	2	35 324	2	35 324	0	0	0	0
Total Enfants										59	1 102 657	58	1 084 995	1	17 662	0	0
Adultes	25	Accueil temporaire en FAM	autisme - troubles envahissants du développement	Création d'une place d'accueil temporaire en FAM	Infra-départementale	Département 25 - Nord du département	Création	2013	2013	1	26 719	1	26 719	0	0	0	0
		SAMSAH	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux	Création de 40 places de SAMSAH	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Création	2011	2011	4	55 544	4	55 544	0	0	0	0



Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
Adultes	25	SAMSAH	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux	Création de 40 places de SAMSAH	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Création	2012	2012	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
								2013	2013	18	249 948	18	249 948	0	0	0	0
			déficience motrice	Création de 20 places de SAMSAH	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Création	2011	2011	5	69 430	5	69 430	0	0	0	0
								2012	2012	5	69 430	5	69 430	0	0	0	0
			déficience psychique	Création de 30 places de SAMSAH	Infra-départementale	Département 25 - Montbéliard	Création	2011	2011	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
								2012	2012	6	83 316	6	83 316	0	0	0	0
	2013	2013	10	138 860	10	138 860	0	0	0	0							
	39	Accueil temporaire en MAS	polyhandicap	Création de 22 places de MAS dont 2 places d'AT	Infra-départementale	Département 39 - Morez	Création	2013	2013	2	83 636	2	83 636	0	0	0	0
		SAMSAH	déficience intellectuelle	Création de 18 places de SAMSAH	Infra-départementale	Département 39 - Dole	Création	2012	2012	2	27 772	2	27 772	0	0	0	0
		SSIAD	toutes déficiences	Extension de 44 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 39 - Lons-le-Saunier	Extension	2012	2012	10	138 860	10	138 860	0	0	0	0
2013	2013							10	138 860	10	138 860	0	0	0	0		
2014	2014	10	138 860	10	138 860	0	0	0	0								
90	SAMSAH	déficience non précisée	Appel à projet 2011 pour la création de 22 places de SAMSAH sur le territoire de l'Aire Urbaine - Type de déficience à préciser selon l'étude des besoins	Inter-départementale	Appel à projet sur le Territoire de l'Aire Urbaine mais implantation mentionnée sur le Territoire de Belfort par défaut	Création	2012	2012	22	314 254	22	314 254	0	0	0	0	
							2012	2012	5	69 430	5	69 430	0	0	0	0	
Total Adultes									122	1 771 551	122	1 771 551	0	0	0	0	
Personnes âgées	25	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Création de 32 places	Infra-départementale	Département 25 - Boussière	Création	2012	2012	6	65 436	6	65 436	0	0	0	0
			personnes âgées dépendantes	Création de 6 places d'AJ	Infra-départementale	Département 25 - Bonnetage	Création	2013	2014	3	33 570	3	33 570	0	0	0	0
								2014	2014	3	33 570	3	33 570	0	0	0	0
				Mise aux normes des capacités d'AJ .extension d'une place d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 25 - Montbéliard	Extension	2011	2011	1	10 906	1	10 906	0	0	0	0



Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
Personnes âgées	25	AJ	personnes âgées dépendantes	Mise aux normes des capacités d'AJ ,extension de 2 places d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 25 - Quingey	Extension	2014	2014	2	21 812	2	21 812	0	0	0	0
				Mise aux normes des capacités d'AJ ,extension de 2 places d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 25 - Mamirolle	Extension	2012	2012	2	22 380	2	22 380	0	0	0	0
				Mise aux normes des capacités d'AJ ,extension de 2 places d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)		Département 25 - Montferland-le-Chateau	Extension	2011	2011	2	21 812	2	21 812	0	0	0	0
		Mise aux normes des capacités d'AJ ,extension de 4 places d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Extension	2012	2012	4	44 760	4	44 760	0	0	0	0		
		HT	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Création de 5 places d'HT	Infra-départementale	Département 25 - Bonnéage	Création	2012	2014	1	11 054	1	11 054	0	0	0	0
								2013	2014	2	22 108	2	22 108	0	0	0	0
								2014	2014	2	22 108	2	22 108	0	0	0	0
		SSIAD	personnes âgées dépendantes	Extension de 10 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 25 - Canton de Baumeles-Dames	Extension	2011	2011	10	105 000	10	105 000	0	0	0	0
				Extension de 14 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 25 - Canton de Morteau	Extension	2011	2011	14	147 000	14	147 000	0	0	0	0
						Département 90 - Canton d'Audincourt	Extension	2011	2011	14	147 000	14	147 000	0	0	0	0
	Extension de 8 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 25 - Canton de Besançon	Extension	2011	2011	7	73 500	7	73 500	0	0	0	0			
	SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension d'un SSIAD pour création d'une équipe de SSIAD spécialisé Alzheimer	Infra-départementale	Département 25	Création	2012	2012	20	300 000	20	300 000	0	0	0	0	
	39	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension de 6 places	Infra-départementale	Département 39 - St-Laurent	Extension	2012	2012	6	67 140	6	67 140	0	0	0	0
				Extension de 6 places d'AJ	Infra-départementale	Département 39 - Bian Cousance	Extension	2013	2013	6	67 140	6	67 140	0	0	0	0
						Département 39 - St-Amour	Extension	2013	2013	6	67 140	6	67 140	0	0	0	0
Extension de 7 places d'AJ				Infra-départementale	Département 39 - Orgelet	Extension	2012	2012	7	78 330	7	78 330	0	0	0	0	
Mise aux normes des capacités d'AJ , extension de 4 places (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)				Infra-départementale	Département 39 - Fraisans	Extension	2012	2012	4	44 760	4	44 760	0	0	0	0	



Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
Personnes âgées	39	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	mise aux normes des capacités d'AJ , extension de 3 places (mise en conformité circulaire 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 39 - Bletterans	Extension	2012	2012	3	33 570	3	33 570	0	0	0	0
			Extension d'une place d'AJ	Infra-départementale	Département 39 - Malanges	Extension	2011	2011	1	10 906	1	10 906	0	0	0	0	
			Mise aux normes des capacités d'AJ , extension d'une place d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 39 - Orgelet	Extension	2011	2011	1	10 906	1	10 906	0	0	0	0	
			Département 39 - Vannoz-Lons		Extension	2012	2012	1	11 190	1	11 190	0	0	0	0		
			Mise aux normes des capacités d'AJ , extension de 3 places (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 39 - Chamblay	Extension	2012	2012	3	33 570	3	33 570	0	0	0	0	
			Département 39 - Equevillon		Extension	2014	2014	3	33 570	3	33 570	0	0	0	0		
			Mise aux normes des capacités d'AJ ,extension d'une place d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 39 - Lons-le-Saunier	Extension	2012	2012	1	11 190	1	11 190	0	0	0	0	
			Département 39 - Poligny		Extension	2011	2011	1	10 906	1	10 906	0	0	0	0		
			Mise aux normes des capacités d'AJ ,extension de 4 places d'AJ (mise en conformité circulaire du 25/02/2010)	Infra-départementale	Département 39 - Salins-les-Bains	Extension	2012	2012	4	44 760	4	44 760	0	0	0	0	
			HT	personnes âgées dépendantes	Extension d'une place d'HT	Infra-départementale	Département 39 - Poligny	Extension	2013	2013	1	11 054	1	11 054	0	0	0
		Département 39 - St-Laurent					Extension	2011	2011	1	10 600	1	10 600	0	0	0	0
		SSIAD	personnes âgées dépendantes	Extension de 14 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 39 - Canton de Clairvaux	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0
						Département 39 - Canton de Nozeroy	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0
						Département 39 - Canton de Dole	Extension	2011	2011	12	126 000	12	126 000	0	0	0	0
						Département 39 - Canton de Poligny	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0
						Département 39 - Canton de Sermange	Extension	2011	2011	1	10 500	1	10 500	0	0	0	0
						Département 39 - Canton de Salins-les-Bains	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0
		Extension de 6 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 39 - Canton de Chaumergy	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0		



Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)		
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant	
Personnes âgées	39	SSIAD	personnes âgées dépendantes	Extension de 7 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 39 - Canton de Chaussin	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0	
						Département 39 - Canton de Orgelet	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0	
						Département 39 - Canton de St-Julien	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0	
			SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension d'un SSIAD pour création d'une équipe de SSIAD spécialisé Alzheimer	Infra-départementale	Département 39	Création	2011	2011	20	300 000	20	300 000	0	0	0	0
	70	AJ	personnes âgées dépendantes	Appel à projet 2012 : création de 10 places d'accueil de jour	Régionale	Appel à projet positionné par défaut sur le département de Haute-Saône	Création	2012	2012	10	111 900	10	111 900	0	0	0	0	
					Infra-départementale	Département 70 - Rioz	Création	2012	2012	10	111 900	10	111 900	0	0	0	0	
					Infra-départementale	Département 70 - Arc-les-Gray	Création	2011	2011	10	109 060	10	109 060	0	0	0	0	
					Infra-départementale	Département 70 - Héricourt	Extension	2012	2012	8	89 520	8	89 520	0	0	0	0	
			SSIAD	personnes âgées dépendantes	Extension de 2 places de SSIAD	Infra-départementale	Département 70 - Canton de Vesoul	Extension	2011	2011	2	21 000	2	21 000	0	0	0	0
	90	AJ	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension de 2 places d'AJ	Infra-départementale	Département 90 - Belfort	Extension	2011	2011	2	21 812	2	21 812	0	0	0	0	
					Infra-départementale	Département 90 - Belfort	Extension	2011	2011	4	43 624	4	43 624	0	0	0	0	
				SSIAD spécialisé	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension d'un SSIAD pour création d'une équipe de SSIAD spécialisé Alzheimer	Infra-départementale	Département 90	Création	2011	2011	10	150 000	10	150 000	0	0	0
Total Personnes âgées										247	2 892 064	247	2 892 064	0	0	0	0	
Total										428	5 766 272	427	5 748 610	1	17 662	0	0	



L'accompagnement en institution

Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Rédéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)		
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant	
Enfants	25	IME	autisme - troubles envahissants du développement	Extension de 5 places d'IME dont 2 places par redéploiement	Infra-départementale	Département 25 - Grand-Charmont	Extension	2011	2011	5	256 911	3	151 365	2	105 546	0	0	
				Extension de 6 places d'IME	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Extension	2013	2013	4	210 612	4	210 612	0	0	0	0	
	39	IME	autisme - troubles envahissants du développement	Extension de 6 places en IME	Infra-départementale	Département 39 - St-Claude	Extension	2011	2011	4	205 456	4	205 456	0	0	0	0	
				90	IME	autisme - troubles envahissants du développement	Création de 24 places en IME (dont 19 créées par redéploiement antérieurement)	Infra-départementale	Département 90 - Belfort	Création	2011	2011	1	50 455	1	50 455	0	0
2013	2013	2	105 306								2	105 306	0	0	0	0		
Total Enfants										16	828 740	14	723 194	2	105 546	0	0	
Adultes	25	ESAT	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux	Extension de 10 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Extension	2011	2011	10	117 000	10	117 000	0	0	0	0	
				déficience intellectuelle	Extension de 8 places en ESAT	Infra-départementale	Département 25 - Etalans	Extension	2011	2011	2	23 400	2	23 400	0	0	0	0
			déficience psychique		Projet d'extension de 10 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 25	Extension	2012	2012	10	117 000	10	117 000	0	0	0	0
				2013					2013	10	117 000	10	117 000	0	0	0	0	
		FAM	déficience intellectuelle	Transformation par redéploiement de 14 places d'IME	Infra-départementale	Département 25 - Rougemont	Transformation	2011	2011	3	80 157	0	0	3	80 157	0	0	
								2012	2012	11	293 909	0	0	11	293 909	0	0	
			MAS	autisme - troubles envahissants du développement	Création de 8 places de MAS dont 4 places par redéploiement antérieurement	Inter-départementale	Département 25 - Nord du département	Création	2013	2013	4	285 800	4	285 800	0	0	0	0
									Extension	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	2011	2012	3	205 718	3	205 718	0
					2012	2012	4	286 302				4	286 302	0	0	0	0	
					2013	2013	1	71 450				1	71 450	0	0	0	0	
déficience intellectuelle	Transformation par redéploiement de 10 places d'IME en MAS	Infra-départementale	Département 25 - Frasnois	Transformation	2012	2012	10	712 520	0	0	10	712 520	0	0				
					39	ESAT	déficience psychique	Extension de 11 places en ESAT	Infra-départementale	Département 39 - St-Claude	Extension	2011	2011	7	81 900	7	81 900	0



Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)						
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant					
Adultes	39	ESAT	déficience psychique	Extension de 20 places en ESAT	Infra-départementale	Département 39 - Dole	Extension	2011	2011	5	58 500	5	58 500	0	0	0	0					
								2012	2012	4	46 800	4	46 800	0	0	0	0					
								2013	2013	4	46 800	4	46 800	0	0	0	0					
	70	ESAT	déficience intellectuelle	Création de 12 places de FAM	Infra-départementale	Département 39 - Lons-le Saunier	Création	2011	2011	6	152 784	6	152 784	0	0	0	0					
								polyhandicap	Création de 22 places de MAS dont 2 places d'AJ	Infra-départementale	Département 39 - Morez	Création	2011	2011	2	83 636	2	83 636	0	0	0	0
													déficience psychique	Extension de 10 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 70 - Vesoul	Extension	2011	2011	10	117 000	10
	déficience psychique	Extension de 5 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 70 - Arc-les-Gray	Extension	2011	2011	5	58 500	5	58 500	0						0	0	0		
						MAS	déficience psychique	Création de 40 places en MAS	Infra-départementale	Département 70 - Héricourt	Création	2012	2012	5	58 500	5	58 500	0	0	0	0	
	2011	2011	3	206 035	3							206 035	0	0	0	0						
	2012	2012	3	200 741	3							200 741	0	0	0	0						
	90	FAM	déficience intellectuelle	Création de 6 places de FAM	Infra-départementale	Département 90 - Euguenigüe	Création	2011	2013	4	101 856	4	101 856	0	0	0	0					
								2012	2013	2	53 438	2	53 438	0	0	0	0					
	Total Adultes										136	3 921 235	112	2 834 649	24	1 086 586	0	0				
	Personnes âgées	25	EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension de 15 places	Infra-départementale	Département 25 - Levier	Extension	2012	2013	10	96 000	10	96 000	0	0	0	0				
									personnes âgées dépendantes	Création de 85 places	Infra-départementale	Département 25 - Bart	Création	2011	2012	21	201 600	21	201 600	0	0	0
2012														2012	39	374 400	39	374 400	0	0	0	0
personnes âgées dépendantes									Création de 85 places	Infra-départementale	Département 25 - Bonnétague	Création	2012	2014	9	86 400	9	86 400	0	0	0	0
													2013	2014	51	489 600	51	489 600	0	0	0	0
2014									2014	25	240 000	25	240 000	0	0	0	0					
PASA		maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Projet de labélisation d'un PASA de 14 places	Infra-départementale	Département 25	Création	2011	2011	56	794 664	56	257 064	0	537 600	0	0						
							2012	2012	56	754 664	56	217 064	0	537 600	0	0						
39		EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension de 20 places	Infra-départementale	Département 39 - Nozeroy	Extension	2011	2012	15	144 000	15	144 000	0	0	0	0					
								personnes âgées dépendantes	Extension de 15 places en EHPAD	Infra-départementale	Département 39 - Dole / Foucherans	Extension	2011	2011	15	144 000	15	144 000	0	0	0	0
	PASA	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Projet de labélisation d'un PASA de 14 places	Infra-départementale	Département 39	Création	2011	2011	42	595 998	42	192 798	0	403 200	0	0						



Public	N° du dépt.	Catégorie de structure concernée	Public concerné	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Réploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)		
												Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant	
Personnes âgées	39	PASA	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Projet de labélisation d'un PASA de 14 places	Infra-départementale	Département 39	Création	2012	2012	28	397 332	28	128 532	0	268 800	0	0	
	70	PASA	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Projet de labélisation d'un PASA de 14 places	Infra-départementale	Département 70	Création	2011	2011	28	397 332	28	128 532	0	268 800	0	0	
								2012	2012	28	397 332	28	128 532	0	268 800	0	0	
		UHR	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Projet de labélisation d'une UHR de 14 places	Infra-départementale	Département 70	Création	2011	2011	14	429 029	14	294 629	0	134 400	0	0	
								2012	2012	14	429 029	14	294 629	0	134 400	0	0	
	90	EHPAD	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Extension de 25 places	Infra-départementale	Département 90 - Beaucourt	Extension	2011	2012	25	240 000	25	240 000	0	0	0	0	
		PASA	maladie d'Alzheimer - troubles apparentés	Projet de labélisation d'un PASA de 14 places	Infra-départementale	Département 90	Création	2011	2011	14	198 666	14	64 266	0	134 400	0	0	
	2012							2012	28	397 332	28	128 532	0	268 800	0	0		
	Total Personnes âgées										518	6 807 378	518	3 850 578	0	2 956 800	0	0
	Total										670	11 557 353	644	7 408 421	26	4 148 932	0	0



La programmation prévisionnelle en ESAT

N° du département	Public	Description de l'action	Zone de couverture	Précisions implantation et zone de couverture	Nature de l'opération	Année de Financement	Année de réalisation	Nombre total de places nouvelles	Montant Total	Mesures Nouvelles et crédits spécifiques		Redéploiement de l'enveloppe médico-sociale		Transfert de sanitaire (ou autres)	
										Places	Montants	Places	Montant	Places	Montant
25	cérébro-lésés - traumatisés crâniens - accidents vasculaire cérébraux	Extension de 10 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 25 - Besançon	Extension	2011	2011	10	117 000	10	117 000	0	0	0	0
	déficience intellectuelle	Extension de 8 places en ESAT	Infra-départementale	Département 25 - Etalans	Extension	2011	2011	2	23 400	2	23 400	0	0	0	0
		Projet d'extension de 10 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 25	Extension	2012	2012	10	117 000	10	117 000	0	0	0	0
						2013	2013	10	117 000	10	117 000	0	0	0	0
	déficience psychique	Extension de 15 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 25 - Etupes	Extension	2011	2011	5	58 500	5	58 500	0	0	0	0
39	déficience psychique	Extension de 11 places en ESAT	Infra-départementale	Département 39 - St-Claude	Extension	2011	2011	7	81 900	7	81 900	0	0	0	0
						2011	2011	5	58 500	5	58 500	0	0	0	0
	Extension de 20 places en ESAT	Infra-départementale	Département 39 - Dole	Extension	2012	2012	4	46 800	4	46 800	0	0	0	0	
					2013	2013	4	46 800	4	46 800	0	0	0	0	
70	déficience intellectuelle	Extension de 10 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 70 - Vesoul	Extension	2011	2011	10	117 000	10	117 000	0	0	0	0
		Extension de 5 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 70 - Arc-les-Gray	Extension	2011	2011	5	58 500	5	58 500	0	0	0	0
	déficience psychique	Extension de 5 places d'ESAT	Infra-départementale	Département 70 - Villersexel	Extension	2012	2012	5	58 500	5	58 500	0	0	0	0
Total								77	900 900	77	900 900	0	0	0	0



Valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois.

Catégorie de public : Enfants					
Départements	25	39	70	90	Total
Qualifications					
Personnel de direction, administration, services généraux	7,24	2,34	1,02	3,35	13,95
Personnel socio-éducatif	11,20	2,38	0,76	1,36	15,70
dont éducateurs spécialisés	5,36	1,96	0,57	1,04	8,93
dont aide médico-psychologique	3,58	0,42	0,19	0,32	4,51
Personnel médical	0,23	0,10	0,04	0,04	0,41
dont psychiatre	0,17	0,07	0,02	0,02	0,28
dont généraliste	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04
Personnel paramédical	6,89	1,31	0,51	1,31	10,02
dont infirmiers (IDE)	0,44	0,17	0,06	0,16	0,83
dont aide soignant	0,07	0,08	0,00	0,24	0,39
dont psychologue	0,88	0,20	0,11	0,15	1,34
dont orthophoniste	0,64	0,09	0,01	0,05	0,79
dont psychomotricien	0,76	0,19	0,08	0,13	1,16
dont kinésithérapeute	0,26	0,08	0,04	0,13	0,51
dont ergothérapeute	0,20	0,06	0,02	0,10	0,38
Total	25,56	6,13	2,33	6,06	40,08



Catégorie de public : Adultes

Départements	25	39	70	90	Total
Qualifications					
Personnel de direction, administration, services généraux	13,87	4,93	3,84	0,82	23,46
Personnel socio-éducatif	6,69	1,69	3,67	0,38	12,43
dont éducateurs spécialisés	0,26	0,29	0,76	0,12	1,43
dont aide médico-psychologique	6,43	1,40	2,91	0,26	11,00
Personnel médical	0,76	0,07	0,02	0,00	0,85
dont psychiatre	0,75	0,03	0,01	0,00	0,79
dont généraliste	0,01	0,02	0,01	0,00	0,04
Personnel paramédical	23,91	10,91	6,99	1,65	43,46
dont infirmiers (IDE)	8,06	1,55	1,17	0,17	10,95
dont aide soignant	6,67	7,39	2,22	1,17	17,45
dont psychologue	1,19	0,21	0,29	0,04	1,73
dont orthophoniste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dont psychomotricien	0,90	0,14	0,18	0,01	1,23
dont kinésithérapeute	0,10	0,00	0,07	0,00	0,17
dont ergothérapeute	0,39	0,10	0,14	0,00	0,63
Total	45,23	17,60	14,52	2,85	80,20



Catégorie de public : Personnes âgées

Départements	25	39	70	90	Total
Qualifications					
Infirmiers IDE	10,46	4,54	2,15	1,35	18,50
Aide soignant	31,40	18,46	6,37	4,62	60,85
Aide médico-psychologique	2,33	0,83	0,30	0,18	3,64
Médecins coordonateur	0,43	0,31	0,03	0,12	0,89
Total	44,62	24,14	8,85	6,27	83,88



Récapitulatif des financements prévisionnels

Public	Numéro du département	Année de financement				
		2011	2012	2013	2014	Total
Enfants	25	256 911	273 972	622 542	0	1 153 425
	39	205 456	0	130 000	0	335 456
	70	0	110 135	0	0	110 135
	90	50 455	141 296	140 630	0	332 381
	Total	512 822	525 403	893 172	0	1 931 397
Adultes	25	693 065	1 645 793	889 777	0	3 228 635
	39	376 820	213 432	269 296	138 860	998 408
	70	381 535	259 241	285 989	0	926 765
	90	101 856	437 122	0	0	538 978
	Total	1 553 276	2 555 588	1 445 062	138 860	5 692 786
Personnes âgées	25	1 501 482	1 755 094	545 278	317 490	4 119 344
	39	1 531 816	721 842	145 334	33 570	2 432 562
	70	956 421	1 139 681	0	0	2 096 102
	90	654 102	397 332	0	0	1 051 434
	Total	4 643 821	4 013 949	690 612	351 060	9 699 442
Total		6 709 919	7 094 940	3 028 846	489 920	17 323 625

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

ANNEXE FINANCIERE

Tableau 1 - Tableau de synthèse des dotations PA

Régions	Base au 31-12-2010 hors CNR nationaux alloués en 2010 (*)	Opérations de fongibilité (crédit)	Opérations de fongibilité (débit)	Opérations de fongibilité (solde)	Base initiale au 1er janvier 2011	Actualisation des moyens					Mesures nouvelles 2011			Médicalisation	Divers : CNR		DRL au 29 avril 2011	
						reconduction de 0,89%	effort de convergence	reconduction après application de la convergence	taux actualisation après convergence	EAP 2011 des places SSIAD AJ HT installées en 2010 (source sélia)	crédits de paiement 2011	Mesures nouvelles 2011 plan Alzheimer SSIAD spécialisés : financement sur 6 mois	Mesures nouvelles 2011 plan Alzheimer PASA : financement sur 6 mois	Mesures nouvelles complémentaires AJ-HT (7,2M€ AE=CP)	EAP + MN 2011	permanents syndicaux (CNR)		médicaments (CNR) valorisés sur 9 mois
Franche Comté	155 634 685				155 634 685	1 385 149	350 554	1 034 595	0,66%	798 466	982 139	225 000	321 331	133 606	1 530 699		289 159	160 949 681

(*) CNR 2010 : IDE de nuit, permanents syndicaux, médicaments et formation AGGIR-PATHOS

Les enveloppes anticipées PA

	Total enveloppe anticipée		
	2011	2012	2013
Franche Comté	2 216 515	2 371 573	243 413

Tableau 2 - Tableau de synthèse des dotations PH

Régions	Base au 31-12-2010 hors CNR nationaux alloués en 2010	Opérations de fongibilité (crédit)	Opérations de fongibilité (débit)	Opérations de fongibilité (solde)	Frais de transports en accueil de jour MAS-FAM (EAP 2011 valorisé sur 6 mois)	Base initiale au 1er janvier 2011	reconduction 1% appliquée à 75% de la masse salariale	Crédits de paiement 2011	centres de ressources handicap rare	gratification des stagiaires (CNR)	permanents syndicaux (CNR)	DRL au 29 avril 2011
Franche Comté	179 697 299	0	0	0	138 726	179 836 025	1 348 770	649 845		112 152		181 946 792

CNR 2010 : permanents syndicaux et gratification des stagiaires

Les enveloppes anticipées PH

	Total enveloppe anticipée		
	2011	2012	2013
Franche Comté	1 427 984	1 293 927	1 042 796





GESTION DU RISQUE

EN FRANCHE-COMTÉ

PROGRAMME 2010-2013

En collaboration avec :



La Franche Comté est une région dynamique et innovatrice depuis de nombreuses années en matière de gestion du risque. Des partenariats solides se sont formés dès la fin des années 90 entre les organismes locaux d'Assurance maladie, les URCAM, les ARH, les DRASS et DDASS pour mettre en œuvre des programmes d'actions en faveur de l'amélioration de la santé des Francs-comtois tout en développant des actions concourant à la maîtrise des dépenses dans le cadre de la gestion du risque.

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1^{er} avril 2010 confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé. Chaque ARS devient donc responsable, d'une part, du pilotage de la politique de santé publique en région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et, d'autre part, dans la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoires, médico-social et hospitalier.

Les ARS permettent, au sein d'un même établissement, de poursuivre et de renforcer la politique de gestion du risque en mutualisant les forces et compétences de tous les acteurs œuvrant dans le champ de la santé.

En matière de gestion du risque, la nouvelle organisation régionale est définie par le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010, complétée par la création pour le compte de l'Assurance-Maladie d'une fonction de direction de la coordination pour l'ensemble des régimes.

Fort d'un réseau expérimenté et dynamique déjà en place dans notre région, les directions des Organismes d'Assurance maladie et de l'ARS se sont réunies dès le second trimestre pour s'organiser et mettre en œuvre dans les meilleurs délais les actions régionales de gestion du risque en déclinaison des programmes nationaux détaillés dans ce document.

Réunis régulièrement en Commission régionale de gestion du risque, c'est en mobilisant ensemble nos expertises que nous continuerons à développer une meilleure efficacité de notre système de santé, au bénéfice des Francs-Comtois et à apporter notre contribution à la maîtrise nécessaire des dépenses pour préserver notre système de santé solidaire.

Sylvie MANSION

Directrice générale de l'ARS FC

Maxime ROUCHON

Directeur coordonateur
pour l'Assurance Maladie

Jean-Marie BOULEC

Directeur MSA

Martial RATIE

Directeur du RSI

ABREVIATIONS

ABM :	Agence de Bio Médecine	DRSM :	Direction Régional du Service Médical
ALD :	Affection de Longue Durée	DSS :	Direction de la Sécurité Sociale
AM :	Assurance maladie	EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ANAP :	Agence National d'Appui à la Performance	GHS :	Groupe Homogène de Séjours
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux	HAS :	Haute Autorité de Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé	HD :	Hémodialyse
ARUCAH :	Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations et les Hôpitaux de Franche-Comté	HTA :	Hypertension Artérielle
ATIH :	Agence Technique sur l'Information de l'Hospitalisation	IEC :	Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
CAPI :	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles	IJ :	Indemnité Journalière
CAQCOS :	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination de l'Offre de Soins	INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
CJO :	Corrigé des Jours Ouvrés	IPP :	Inhibiteur de la Pompe à Proton
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	IRC :	Insuffisance Rénale Chronique
CNP :	Comité National de Pilotage	LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
COG :	Convention d'Objectif et de Gestion	MEAH :	Mission d'Expertises et d'Audits Hospitaliers
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	MMH :	Maîtrise Médicalisée à l'Hôpital
CPG :	Contrat Pluriannuel de Gestion	MSA :	Mutualité Sociale Agricole
CPOM :	Convention Pluriannuel d'Objectif et de Moyen	MSAP :	Mise Sous Accord Préalable
DAM :	Délégué de l'Assurance Maladie	OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
DCGDR :	Directeur Coordonateur de la Gestion Du Risque - Régime général	ONDAM :	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
DFGe :	Débit de Filtration Glomérulaire estimé	OQN :	Objectif Quantifié National
DGARS :	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé	PDSA :	Permanence des Soins Ambulatoires
DGCS :	Direction Générale de la Cohésion Sociale	PPRGDR :	Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins	PS :	Professionnel de Santé
DP :	Dialyse Péritonéale	PUI :	Pharmacie à Usage Interne
		RBU :	Référentiel de Bon Usage
		REIN :	Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie
		RG :	Régime Général
		RSI :	Régime Social des Indépendants
		SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
		SSR :	Soins de suite et de Rééducation
		UNCAM :	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie



SOMMAIRE

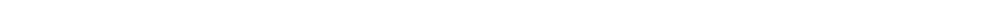
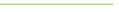
DONNÉES RÉGIONALES DE SANTÉ 5

POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE, ORGANISATION NATIONALE ET RÉGIONALE 9

LES PROGRAMMES DU PPRGDR • PRIORITÉS ARS 13

LES PROGRAMMES DU PPRGDR • PRIORITÉS AM 43





DONNÉES RÉGIONALES DE SANTÉ

5



■ DONNÉES RÉGIONALES DE SANTÉ

OFFRE DE SANTE

PROFESSIONS DE SANTÉ EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL, SALARIÉ OU MIXTE (Données 2008)

Ils sont 19 534, dont 3431 médecins (1877 en libéral dont 1015 omnipraticiens) et 9098 infirmières (791 en libéral).

EMPLOIS DES SECTEURS SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAL (Données 2006)

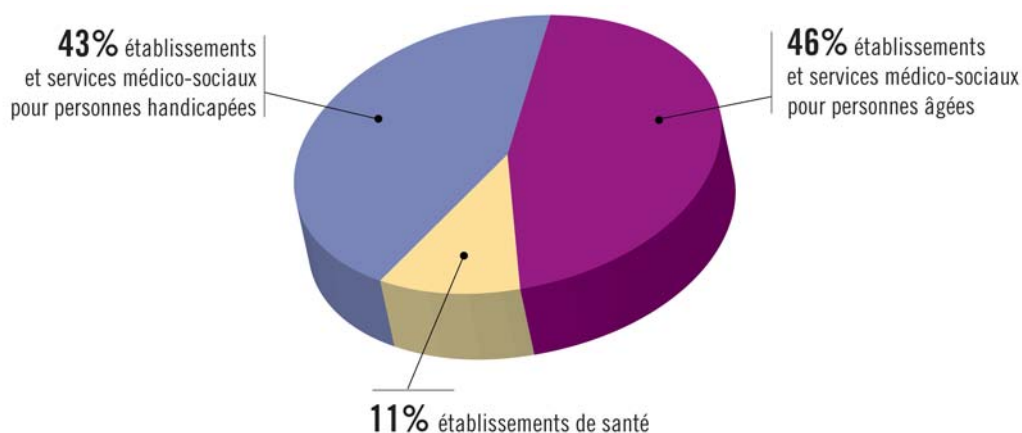
Ils sont au nombre de 63 090, soit 13,7% de l'emploi total dans la région.

ASSOCIATIONS OEUVRANT DANS LE CHAMP DE LA PRÉVENTION (Données 2009)

Elles sont environ 180. Parmi elles, 69 ont sollicité un financement au Groupement régional de santé publique (GRSP).

ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES À VOCATION SANITAIRE OU MÉDICO-SOCIALE

430 sont dénombrés auxquels s'ajoutent 24 réseaux de santé et 13 maisons, pôles ou centres de santé.



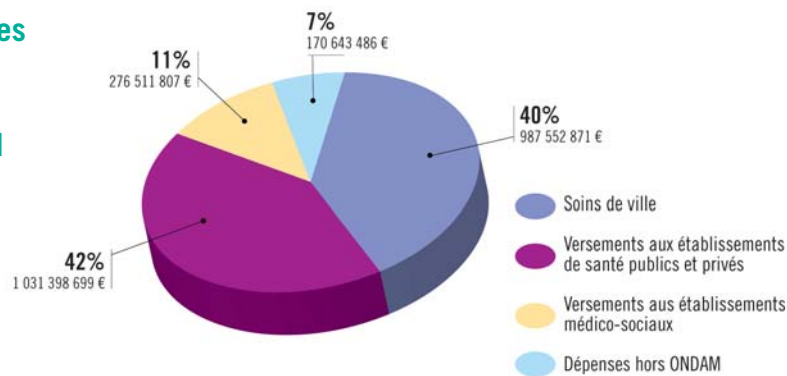
6

DÉPENSES DE SANTÉ 2009 (2,4 Milliards d'euros)

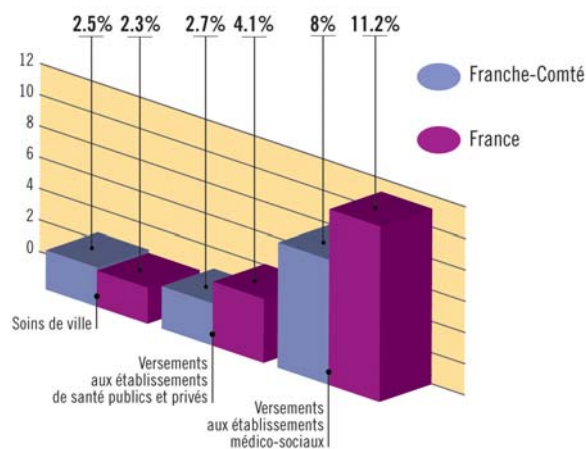
Données cumulées régime général, mutualité sociale agricole et régime social des indépendants	DÉPENSES DE SANTE 2009 (En millions d'€)		ÉVOLUTION 2009 / 2008	
	F-Comté	France	F-Comté	France
Postes de dépenses ONDAM				
Soins de ville	1 107	65 949	2,3%	2,1%
dont :				
- Total honoraires	301	17 848	1,4%	1,1%
- Total prescriptions	588	34 951	2,4%	1,8%
- Total autres prestations	64	3 550	4,5%	5,7%
- Total prestations en espèces	146	8 769	3,7%	4,5%
Versements aux établissements de santé publics et privés	1 048	58 658	2,6%	4,1%
Versements aux établissements médico-sociaux	281	13 325	7,7%	10,7%
TOTAL ONDAM	2 436	137 932		
TOTAL HORS ONDAM	184	11 869		



Répartition des dépenses de santé 2009 en Franche-Comté pour le Régime Général



Évolution des dépenses de santé ONDAM 2009 Régime Général PCAP



ÉTAT DE SANTÉ / CHIFFRES CLES

À LA NAISSANCE (DONNÉES 2007)

L'espérance de vie des francs-comtois est comparable à la moyenne française : 77,6 ans pour les hommes et 84,4 ans pour les femmes. Pour les femmes, la Franche-Comté fait partie des quatre régions où l'augmentation de l'espérance de vie a été la plus marquée.

DÉCÈS ET PRINCIPALES CAUSES (PÉRIODE 2003-2005)

Près de 10 000 Francs-Comtois décèdent chaque année, avec une surmortalité masculine, notamment par :

- Cancer du poumon dans le Nord Franche-Comté : en effet, dans le Territoire de Belfort, 99 hommes décèdent de ce cancer pour 100 000 hommes (77/100 000 en Franche-Comté et 72/100 000 en France).
- Cancer colorectal en Haute-Saône : 39 hommes décèdent de ce cancer sur 100 000 hommes (33/100 000 en Franche-Comté et 32/100 000 en France).

Au niveau des suicides, chaque année, on recense en moyenne 222 décès. Comparé au taux national, la région enregistre une surmortalité (+10%). Au cours des 20 dernières années, la baisse de cette mortalité a été moins importante dans la région que dans la France entière.

Par ailleurs, le taux de décès prématurés, c'est-à-dire avant 65 ans, est identique au taux national, soit 20%. Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs sont responsables de plus de la moitié (59%) de ces décès (58% en France).

(Source : données ORS)





POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE, ORGANISATION NATIONALE ET RÉGIONALE

9



GESTION DU RISQUE

LA GDR, PERIMETRE ET DEFINITION

La croissance continue des dépenses de santé est liée à des phénomènes structurels :

- augmentation de la population couverte par un régime d'assurance maladie,
- vieillissement de la population,
- explosion des maladies chroniques,
- apparition de nouvelles pathologies,
- progrès des techniques médicales,
- élévation du niveau de vie,
- augmentation du besoin ressenti...

Dans un contexte marqué par un déficit récurrent des comptes sociaux depuis près de 20 ans, et malgré les actions importantes menées sur ce terrain depuis la réforme de 2004, il reste nécessaire de poursuivre la politique de gestion du risque et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé par la promotion du bon usage des soins et l'efficacité de l'organisation du système de santé.

Le succès de cette politique est lié à l'effort collectif de tous les acteurs (notamment les financeurs, les professionnels et établissements de santé, les citoyens). La gestion du risque participe au retour à l'équilibre budgétaire de la protection sociale, à la garantie pour tous d'une égalité d'accès à des soins de qualité et au maintien du principe fondamental et fondateur de notre système de protection sociale : la solidarité où chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

Le périmètre de la GDR porte sur tous les domaines du système de soins (ambulatoire, hospitalier, médico-social) et s'applique tant aux soins de premier et second recours, qu'à la prévention et à l'éducation pour la santé.

10

LA GDR, LE CADRE REGLEMENTAIRE

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

1) LA GOUVERNANCE DE LA GDR AU NIVEAU RÉGIONAL ET LE RÔLE DU DGARS :

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

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

La Commission régionale de gestion du risque se réunit :

- soit en formation plénière : elle rassemble tous les Directeurs des organismes et services d'Assurance Maladie signataires du contrat prévu à l'art. L 1434-14 du Code de la santé publique pour préparer, suivre et évaluer le PPRGDR ;



- soit en formation restreinte : elle se compose du Directeur coordonnateur de la GDR du régime général, du Directeur régional de la MSA, du Directeur du RSI pour préparer les actions régionales complémentaires ;
- Un représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie, désigné par l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie peut participer le cas échéant aux travaux de la commission.

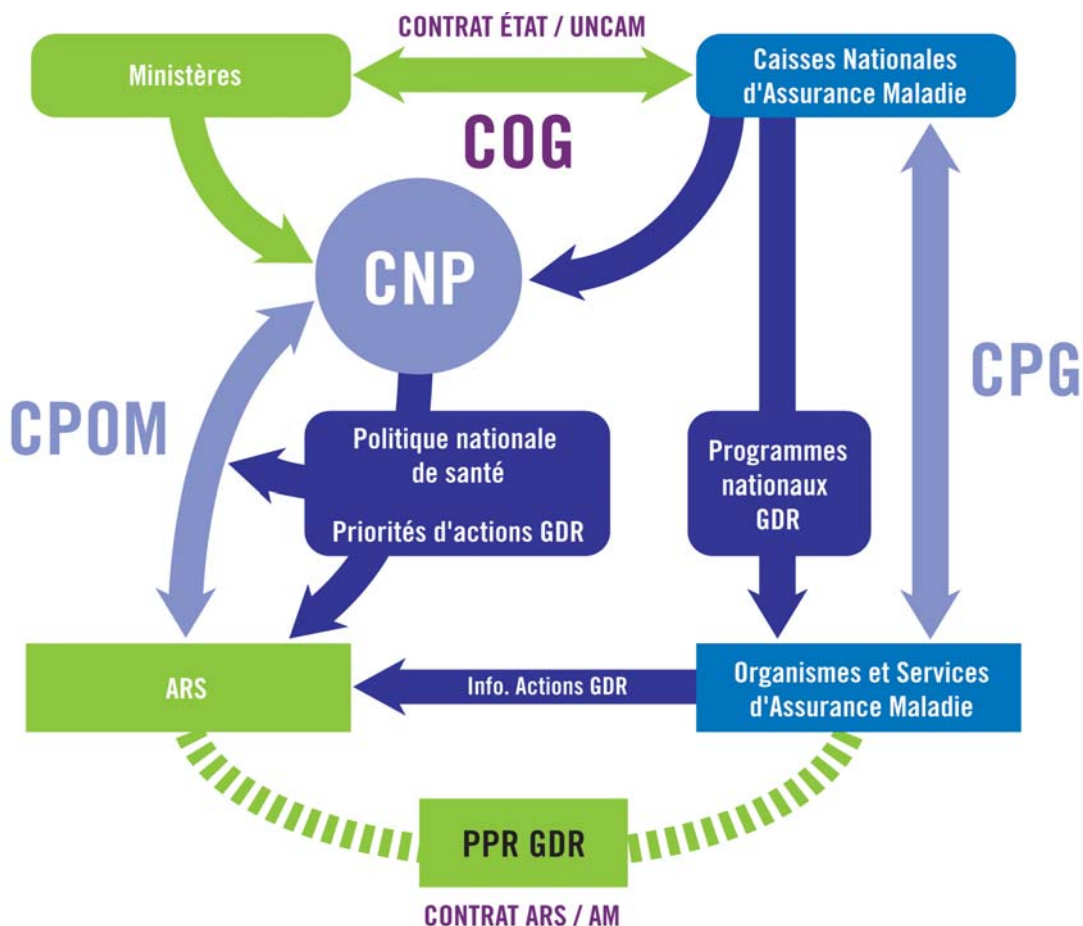
2) LA COMPOSITION DU PROGRAMME PLURIANNUEL RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE EN DEUX PARTIES :

- Une première reprenant les programmes nationaux de GDR, qui précise, lorsqu'il y a lieu, les conditions de déclinaison et de mise en œuvre (transmis chaque année aux ARS après examen par le CNP) ;
- Une deuxième comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques (arrêtées par le DGARS après concertation et avis de la Commission régionale de GDR).

ORGANISATION NATIONALE ET RÉGIONALE

LA GDR, L'ORGANISATION NATIONALE

11



■ POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE

LA GDR, L'ORGANISATION REGIONALE

LA COMMISSION RÉGIONALE DE GDR

Présidée par le DGARS, elle est composée, conformément au décret n°2010-515 (cf. chapitre précédent).

Une charte de fonctionnement, validée en commission plénière du 5 juillet 2010, précise les modalités d'organisation régionale.

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

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

Elle se réunit en formation restreinte au moins une fois par trimestre civil. Elle propose le contenu du PPRGDR, et ses avenants annuels, à la Commission réunie en formation plénière ; elle valide les plans d'actions ; elle assure le suivi des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

Une équipe projet est constituée. Elle est composée d'un représentant de l'ARS, d'un médecin-conseil de la DRSM Bourgogne Franche Comté, de représentants du DCGDR régime général, d'un représentant du régime agricole et d'un représentant du régime social des indépendants. Elle est l'instance opérationnelle de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PPRGDR. Elle est co-pilotée par le représentant de l'ARS et le représentant régional des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Régime Général. Elle se réunit régulièrement. Elle n'a pas de pouvoir de décision, mais elle est force de proposition pour la Commission. Elle propose et prépare l'ordre du jour des Commissions. Elle détermine les modalités et s'assure du suivi des actions intégrées au PPRGDR.

Ces modalités de suivi intègrent :

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

Elle réalise un bilan annuel soumis à validation de la commission plénière.

Toute action non inscrite au PRGDR fait l'objet d'une information réciproque.

Des responsables ARS et AM sont identifiés sur chaque thématique.



LE PROGRAMME REGIONAL PLURIANNUEL 2010 2013

PRIORITÉS ARS

13



■ PRIORITÉS ARS

1. LES TRANSPORTS SANITAIRES	15
2. L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	18
3. LES PRESCRIPTIONS DES MEDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE LA LISTE EN SUS	22
4. LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES DE MEDICAMENTS EXECUTEES EN VILLE	25
5. L'IMAGERIE MEDICALE	27
6. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE	29
7. L'EFFICIENCE DES EHPAD	32
8. L'EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS DANS LES EHPAD	34
9. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET URGENCES HOSPITALIERES	36
10. LES SOINS DE SUITE ET DE REEDUCATION	39



1. LES TRANSPORTS SANITAIRES

Objectif : Maîtriser les dépenses de transport sanitaire

Enjeux financier national du secteur : 3,6 Mds

Objectif d'économie : 90 M€ (objectif d'économie commun avec le plan d'action UNCAM)

PILOTES DU PROGRAMME

National : DSS ; directions et caisses associées - DGOS - UNCAM

Régional : ARS - Pierre Gorcy ; AM - DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Montant d'économies réalisées.

Régional :

- Nombre d'établissements visités en 2010 en préparation de la contractualisation.
- Nombre de contrats signés avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières est supérieur au taux défini nationalement (+ 4% en 2010).
- Nombre d'expérimentations de pôles de régulation transports hospitaliers.
- Taux d'évolution du poste de transport.

● AXE 1

Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, par la fixation d'un taux prévisionnel national d'évolution des dépenses (art. 45 LFSS 2010) fixé à 4% en 2010 (arrêté du 12/10/2010).

15

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Les dépenses de transports progressent en 2009 de +7,6% (en valeur) contre + 4,4% en 2008. Même si cette évolution s'explique en partie par les évolutions de tarifs intervenues en 2009 (4,1% sont directement dus à l'augmentation des tarifs), une telle évolution n'est pas compatible avec l'évolution de l'ONDAM pluriannuelle.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Les dépenses de transports (dépenses remboursées par le régime général) présentent une évolution annuelle sur les trois dernières années assez importante. Près de +8% 2007/2006, de +4,2% 2008/2007 et de +5,8% 2009/2008 et une tendance toujours à la hausse, mais plus modérée, pour les 6 premiers mois de l'année 2010 avec +1,5%. Pour autant, l'évolution 2009 figure parmi les plus basses comparativement aux autres régions.

Par type de transport, le taxi connaît le taux d'évolution annuel le plus important (supérieur ou égal à +10% au cours des trois dernières années). A l'inverse, celui du VSL diminue chaque année (exception faite de 2009) et celui de l'ambulance se situe entre la tendance de ces deux modes de transports.

Les taux d'évolution des départements de la région ne sont pas homogènes. A titre d'exemple, au 30 juin 2010, l'évolution globale du poste transport est de -1,2% dans le Doubs et de +5,3% dans le Jura. Ces disparités sont constatées chaque année. Autre exemple, en 2009, le taux d'évolution annuel dans le Doubs était de +2,5% pour 13,5% dans le Territoire de Belfort. Aucun facteur probant n'est identifié pour expliquer ces différences : comportement des assurés, transporteurs, organisation des établissements (place des secrétariats), répartition de l'offre de soins, pratiques médicales et centres de référence...



■ PRIORITÉS ARS

Les CPAM ont entrepris d'importantes actions de sensibilisation des prescripteurs, des patients et des transporteurs sanitaires. Ce programme s'est accompagné d'actions de contrôles et de rappels des règles de facturation qui ont permis de corriger certaines déviations.

La MSA effectue un contrôle annuel de 300 factures de transporteurs.

Cependant, les dépenses de transports résultent pour 78% de prescriptions d'origine hospitalière et parmi celles-ci, la moitié émane de praticiens du CHU de Besançon, un quart du CHBM et un peu moins de 10% du CHI de Vesoul. Ces proportions restent stables au fil des années.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Arrêter chaque année un taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de frais de transports des établissements de santé (4% en 2010) assorti d'un mécanisme d'intéressement pour les plus vertueux d'entre eux et de sanction pour les moins investis.
- Elaborer un cahier des charges/CAQCOS-type.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Suivre régulièrement l'évolution des dépenses des prescriptions de transport.
- Identifier les établissements au-delà du taux arrêté dès la parution de l'arrêté.
- Effectuer des visites de sensibilisation dans les établissements susceptibles de se voir proposer un contrat.
- Contractualiser sur la base du contrat type produit par la DSS, en lien avec l'AM, avec les établissements les plus déviants.
- Poursuivre les visites dans les établissements MCO avec un taux d'évolution de 4% et plus et diffuser les bonnes pratiques de prescriptions.

16

● AXE 2

Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, par des expérimentations locales permettant le développement de modes de transports sanitaires partagés et plus économes.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Pour une maîtrise durable des dépenses, l'idée est de favoriser les démarches visant à centraliser les demandes de transports au niveau de l'établissement de santé et de permettre ainsi une meilleure traçabilité des demandes de transport et des réponses à apporter.

De plus, favoriser le partage du transport, si cela est compatible avec l'état du patient, pourrait limiter le nombre de déplacements mais également les coûts pour l'Assurance Maladie. La dispense d'avance des frais pour l'assuré pourrait être supprimée s'il refuse la proposition de transport.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

La région Franche Comté est volontaire pour expérimenter la mise en place d'un centre de régulation régional des transports. Le représentant régional des transporteurs sanitaires privés est favorable à développer cette organisation.

L'expérimentation pourrait se mettre en place en priorité sur les établissements les plus importants en matière de prescriptions de transport, les taxis doivent être intégrés dans la réflexion.



ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Elaborer un cahier des charges qui reprend les préconisations du référentiel issu du comité des transports sanitaires encadrant les expérimentations :
- gestion centralisée des besoins hospitaliers de transports sanitaires réalisée sous la responsabilité des établissements, en interne, ou déléguée à une plate forme extérieure ;
- anticipation du transport de sortie du patient dès son hospitalisation ;
- améliorer l'organisation du transport (horaires de sorties, possibilités de réaliser des transports partagés, prise en compte des spécificités du patient ayant une incidence sur son transport) ;
- identifier les régions dans lesquelles seront conduites les expérimentations.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Favoriser le lancement des expérimentations en identifiant les établissements candidats.
- Accompagner les établissements de santé expérimentateurs et leur effectuer un retour sur l'évolution des dépenses de transports.
- Agir, à travers les autorisations délivrées aux transporteurs, afin de respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL.

ACTIONS SPÉCIFIQUES FRANCHE COMTÉ

- Réaliser une inspection sur les lignes de garde ambulancière.
- Détection des abus et des fraudes (contrôle du respect de la réglementation).
- Contractualiser avec les établissements les plus importants en terme de prescriptions et dont le taux d'évolution est inférieur à celui fixé nationalement.



2. INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Objectif : Améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC

Enjeux financier national du secteur : 4 Mds

Objectif d'économie : 100 M€ en 2011

PILOTE DU PROGRAMME

National : DSS ; directions et caisses associées : DGS - DGOS - UNCAM - ABM

Régional : ARS - Gilles Leboube ; AM - DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Montant d'économies réalisées.
- Evolution du taux de dialyse à domicile.
- % de patients diabétiques ou hypertendus ayant fait l'objet d'une estimation du DFGe.
- Evolution du nombre de greffe.

Régional :

- Atteinte du taux de dialyse à domicile fixé par ARS.
- Progression du nombre de greffe par région.

● AXE 1

Promouvoir le dépistage et la prévention de l'insuffisance rénale chronique, encourager les méthodes permettant de ralentir la progression de la maladie rénale.

18

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL :

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68000 une IRC terminale nécessitant un traitement de suppléance (46% greffon rénal fonctionnel, 50% séances d'hémodialyse périodique, 4% dialyse péritonéale).

L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL :

La prévention primaire doit permettre d'éviter l'apparition d'une néphropathie compliquant une maladie générale. En Franche-Comté, 43,8%, des patients traités ont une insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une néphropathie vasculaire ou à un diabète.

Il est nécessaire de développer la prévention du diabète de type 2 et des maladies vasculaires et d'améliorer l'efficacité du traitement du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle.

La prévention secondaire doit permettre le dépistage précoce d'une IRC débutante pour ralentir son évolution et retarder le plus possible le traitement de suppléance.

Pour ce faire, il est nécessaire de développer le dépistage précoce de l'insuffisance rénale débutante par une incitation des laboratoires privés et publics à indiquer la valeur de l'indice de COCKROFT and GAULT lors de la réalisation d'un dosage de la créatinémie.

Une action a été menée dans ce sens par l'Assurance Maladie et actuellement les laboratoires calculent cet indice.



Le développement de l'éducation thérapeutique des patients insuffisants rénaux dans un cadre structuré (hôpital, réseaux et maisons de santé...) est aussi un élément essentiel pour éviter ou retarder le passage en dialyse.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL :

- Promouvoir des stratégies ciblées de dépistage de l'IRC et de prévention de l'évolution de la maladie rénale chronique :
- intégration d'un objectif au CAPI (estimation du DFGe) ;
- suivi de l'évolution des méthodes d'estimation du DFGe et saisine de l'HAS si nécessaire par l'ABM.
- Promouvoir la mise en place de cohortes en amont du stade terminal pour suivre et évaluer l'évolution des pratiques de prise en charge de la maladie rénale chronique.
- Promouvoir la diffusion des données épidémiologiques du REIN : diffusion d'une synthèse des rapports annuels du REIN concernant plus spécifiquement les groupes ciblés et les indicateurs dénotant la prise en charge pré-dialytique (anémie, voie d'abord) lors de l'initiation de la dialyse.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL :

- Relayer auprès des établissements de santé les recommandations scientifiques et les données épidémiologiques disponibles (Cohortes, registre du REIN).
- Assurer la diffusion des recommandations auprès des médecins et des assurés.

● AXE 2 :

Promouvoir le développement de stratégies de traitement coût les plus efficaces.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL :

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

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL :

Le type de prise en charge des patients s'est profondément modifié. La part de la prise en charge en centre est passée de 58% à 53%. La DP progresse de 22% à 26% avec toutefois de fortes disparités selon le secteur, puisqu'elle est de 18% dans le Jura, et 38% à Besançon - Gray - Pontarlier. Le reste se répartit dans les différentes modalités de prise en charge en HD hors centre. Il faut noter toutefois un effondrement de l'HD à domicile. Le point important de cette évolution est le fort pourcentage de la DP supérieur au taux national qui est à 8.7%.



ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Inscrire la prise en charge de l'IRC dans la formation de professionnels de santé libéraux et en établissements (formation à l'éducation sanitaire précoce des patients et à la préparation aux traitements de suppléance, formation à la DP, formation spécifique à l'intention des infirmières libérales, formation à la DP à l'intention des structures autorisées à la dialyse en centre).
- Promouvoir la diffusion des recommandations de la HAS de Juin 2007 (indications et non-indications de la DP) et les résultats des études réalisées à partir des données de REIN en élaborant des documents de synthèse à destination des professionnels de santé.
- Promouvoir la bonne utilisation des données épidémiologiques du REIN pour le suivi et l'aide à la planification sanitaire.
- Modifier le décret autorisation du 23/09/2002.
- Mettre en œuvre un plan de formation à la DP à l'intention des structures autorisées à la dialyse en centre.
- Ajuster la tarification des différents types de dialyse en ville et à l'hôpital-CNAMTS/DGOS.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'IRC, du développement du recours à la greffe en concertation avec les professionnels et établissements concernés à partir des données du registre REIN et du bilan SROS III et identifier les forces et faiblesses de la région.
- Utiliser les indicateurs pour la planification sanitaire.
- Mettre en place dès l'automne 2010, un plan d'action " IRC " visant à promouvoir, en lien avec l'ABM, l'organisation des soins la plus efficiente en matière de dialyse rénale :
 - développer des structures adaptées à la DP (réseaux de prise en charge, urgences, EHPAD...);
 - développer la dialyse à domicile ;
 - favoriser et coordonner les coopérations entre structures autorisées et infirmières libérales ;
 - expérimenter des groupes de concertation ;
 - faciliter le maintien ou la restauration d'une activité professionnelle.
- Accompagner les établissements de santé (retour sur leur pratique, diffusion de recommandations).
- Assurer la diffusion des recommandations de la HAS (Juin 2007) auprès des médecins et des assurés et relayer l'information concernant les programmes de formation existants.

● AXE 3 :

Promouvoir la réalisation de greffes rénales: renforcer l'organisation du prélèvement, améliorer l'accès à la liste d'attente, optimiser le suivi des greffés.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

La greffe rénale est le traitement le plus coût-efficace de l'IRC terminale, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soins ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1882 greffes rénales en 1998 à près de 2937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à



s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque; diminution du taux de refus de don (30% en France contre 15% en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50% des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

En Franche-Comté, le CHU de Besançon assure, entre autres, la greffe rénale et le prélèvement des greffons. Pour les autres établissements, seuls les CH de Belfort-Montbéliard et de Dole sont autorisés pour cette activité de prélèvement. La Franche-Comté dépend de l'Inter Région Est pour les prélèvements et greffes avec comme coordinateur, le Service de Régulation et d'Appui de Nancy.

La liste d'attente compte environ 180 personnes ce qui correspond à une durée de 1 à 2 ans avant la greffe. Plus de 40 greffes ont été pratiquées en 2009.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Promouvoir la diffusion des données épidémiologiques (REIN) et les résultats de l'Etude des déterminants médicaux et non médicaux de l'accès à la liste d'attente (2011), d'une synthèse des rapports annuels du REIN et du rapport d'activité de l'ABM.
- Promouvoir l'accès à la liste d'attente et à la greffe de rein: augmenter l'accès et réduire les délais d'inscription sur liste d'attente de greffe des patients dialysés.
- Promouvoir le don d'organe : assurer la coordination et le suivi national.
- Développer le recours à la greffe et renforcer l'organisation du suivi (partagé, en réseau) des greffés.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Proposer un plan d'action sur la greffe rénale visant à promouvoir l'organisation des soins la plus efficiente en matière de greffe rénale ; accompagner les établissements ; structurer et formaliser les réseaux de prélèvement d'organes par convention, structurer et formaliser les réseaux de suivi partagé des greffés par convention et optimiser l'organisation (qualité, sécurité) du prélèvement sur donneurs vivants.
- Relayer la diffusion des données épidémiologiques régionales (REIN) auprès des médecins.
- Promouvoir l'information sur le don d'organes via les médecins généralistes.



3. MAÎTRISE DES PRESCRIPTIONS DES MÉDICAMENTS ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX DE LA LISTE EN SUS

Objectif : Maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus

Enjeux financier national du secteur : 4,6 Mds

Objectif d'économie : 90 M€ en année pleine (ONDAM 2010: objectif à 8% sur la liste en sus)

PILOTE DU PROGRAMME :

National : DSS ; directions et caisses associées : DGOS - UNCAM

Régional : ARS - Ghislaine Verdonck ; AM - DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Montant d'économies réalisées.

Régional :

- Nombre de plan d'action mis en œuvre à la suite de la campagne 2009.
- En vue de la campagne 2010, nombre d'établissements ayant eu un taux supérieur à 8% pour l'année 2009 visités et accompagnés en "préventif".

22

● AXE 1

Evaluer l'impact des actions locales lancées en 2009 suite à la circulaire du 16 juin 2009 et faire un retour d'expérience.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Les dépenses de médicaments financés en sus des tarifs, connaissent depuis plusieurs années une croissance annuelle très importante, parfois largement supérieure à 15%, pesant lourdement sur le déficit de l'Assurance Maladie. Les dépenses de dispositifs médicaux, même si leur taux de croissance est plus faible que celui des médicaments, représentent un enjeu important avec près de 40% des dépenses de cette liste en sus. La régulation des dépenses est donc essentielle pour ne pas nuire à la pérennité du dispositif et ne pas concentrer l'augmentation des dépenses sur ce seul poste et pouvoir assurer une revalorisation des forfaits de GHS.

Une mesure d'encadrement de ces évolutions a été votée dans le cadre de la LFSS pour 2009. Pour son application, un plan d'actions complet et une circulaire d'application concernant la maîtrise des dépenses des établissements par les ARH puis les ARS a été diffusé.

2009 constituait la première année de mise en œuvre de la mesure, il est donc important de réaliser un bilan des actions qui permettra, si besoin est, de modifier le dispositif.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

L'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) de Franche Comté réalise de façon régulière une évaluation quantitative des consommations de molécules hors groupement homogène de séjours et des dispositifs médicaux implantables (DMI) de façon globale, par établissements, par classes thérapeutiques ou familles de DMI et par spécialités.

Une projection sur l'année 2009 à partir des données du 1^{er} semestre 2009, montre une augmentation par rapport à 2008 de :



- 8% pour les dépenses de médicaments et de DMI de la liste en sus pour la région.
- 6% pour les dépenses de médicaments de la liste en sus pour la région.
- 12% pour les DMI de la liste en sus pour la région. L'augmentation au niveau du CHU de Besançon est due notamment à l'intégration des implants cochléaires sur la liste en sus.

Ces analyses quantitatives des pratiques de prescription sont en lien avec des analyses qualitatives, notamment pour les anti TNF (Tumor Necrosis Factor), les Immunoglobulines à partir de recueils auprès des établissements de santé et pour la chimiothérapie anticancéreuse. Pour celle-ci les informations sont recueillies à la source grâce au logiciel de prescription "Bonnes pratiques en chimiothérapie" qui couvre toute la région (public et privé) et qui contient référentiels et indicateurs intégrés. Ceci permet de suivre qualitativement l'intégralité des molécules prescrites notamment sur la conformité aux référentiels. Les résultats de ces analyses régulières n'ont pas nécessité de diligenter contrôles ou accompagnements préventifs auprès des établissements de soins durant l'année 2009.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- le bilan national du tableau de bord a été diffusé aux ARS et la restitution a été assurée en avril 2010.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- établir le bilan régional via le tableau de bord.

● AXE 2

Poursuivre l'action de 2009 : identifier les établissements gros prescripteurs, améliorer leurs pratiques de prescription de médicaments inscrits sur la liste en sus, prévenir et, le cas échéant, sanctionner les dérives.

23

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

La circulaire DSS/1C/DGOS/PF2/2010/389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus présente les modalités d'application du plan national de maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation. Au total, l'action de régulation portera au moins sur 20% de la dépense de médicaments en sus et 10% des établissements. Comme en 2009, il s'agira d'opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance. La récupération d'indus peut intervenir, dans le cadre de cette démarche, lorsque l'investigation menée par l'ARS conjointement avec l'Assurance Maladie met en évidence d'importantes anomalies de prescriptions. Dès lors qu'il s'avère que la progression des dépenses résulte de pratiques de prescriptions non conformes aux RBU et recommandations des agences sanitaires, un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription sera conclu. En cas de refus par l'établissement de souscrire ce plan d'action, il pourra être appliqué les sanctions prévues par la réglementation en vigueur, et notamment la réduction du taux de prise en charge des produits de santé en sus.



■ PRIORITÉS ARS

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Parmi les missions de L'OMEDIT figure :

- l'observation, le suivi et l'analyse des pratiques de prescription pour les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus (hors GHS) ;
- l'analyse et la confrontation des résultats avec des données régionales, nationales, par établissements, par produits ;
- la vérification de l'adéquation aux référentiels de bon usage (INCa, HAS...) ;
- la promotion du bon usage du médicament...

Le travail de l'OMEDIT doit permettre de repérer les établissements, d'analyser leur évolution et sa justification éventuelle et de préciser les actions correctives à mener.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Assurer la coordination, le retour d'expérience et au besoin établir la doctrine.
- Accompagner particulièrement les ARS devant conclure des plans d'action.
- Assurer un partage d'information au niveau national sur l'établissement des plans d'action.
- Identifier les réintégrations envisageables pour les dispositifs médicaux et les médicaments et préparer la campagne 2011.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Adresser au Ministère, les éléments de bilan de la campagne 2009 et les coordonnées du correspondant régional ARS pour l'action "liste en sus".
- Etablir la liste, à adresser au Ministère, des établissements ayant dépassé le taux de 8%.
- Suivi préventif, information des établissements identifiés et élaboration de voies d'amélioration.
- De novembre 2010 à mars 2011, analyser la justification de cette évolution.
- De mars à juin 2011, engager la contractualisation sur la base d'un plan d'actions pour les établissements où l'évolution n'est pas justifiée et restituer le bilan des plans d'actions établis par chaque ARS fin juin 2011.
- Assurer un suivi particulier des établissements sous plan d'action et des indicateurs clés accessibles (en particulier les dépenses sur la liste en sus).
- Poursuite et renforcement des actions d'information et de sensibilisation.



4. PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS EXÉCUTÉES EN VILLE

Objectif : Maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

Enjeux financier national du secteur : 5,6 Mds

Objectif d'économie : 60 M€ en 2011 (Ralentissement d'un point du taux de progression)

PILOTE DU PROGRAMME

National : CNAMTS ; directions et caisses associées : DSS - DGOS - UNCAM

Régional : ARS - Ghislaine Verdonck ; AM DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Montant d'économies réalisées et évolution des dépenses de prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville.

Régional :

- Nombre d'établissements visités en 2010 par ARS en préparation de la contractualisation.
- Nombre de contrats signés en 2011 avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières est supérieur au taux défini nationalement.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL :

Les prescriptions en ville des salariés hospitaliers représentent de l'ordre d'un cinquième des prestations prescrites en ville. Leur croissance est supérieure à l'évolution moyenne des dépenses concernées notamment du fait de facteurs structurels : type de molécules prescrites, baisse de prix concentrés sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées de séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits. L'assurance maladie a conduit depuis 2008 des actions de sensibilisation des prescripteurs autour d'un certain nombre de sujets (indemnités journalières, transports, actes de kinésithérapie, médicaments) en fournissant notamment à chaque établissement son profil de prescriptions. Néanmoins d'importants efforts d'efficience restent à faire. L'absence de référentiel individuel par professionnel de santé dans les établissements publics est un des obstacles à une meilleure connaissance des pratiques en termes de prescriptions. Le programme "référentiel offre de soins" développé par l'Assurance-Maladie devrait permettre d'apporter des réponses. Dans l'attente des fonctionnalités du logiciel associé à ce programme, l'identification des médecins hospitaliers doit être réalisée avec leur N° RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé).

25

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL :

En Franche-Comté, les missions du suivi des dépenses en pharmacie et de promotion du bon usage du médicament étaient précédemment partagées entre deux observatoires, l'un centré sur les soins hospitaliers (l'OMEDIT), l'autre sur le médicament délivré en ville (l'Observatoire du Médicament).

La reprise de ces missions au sein de l'ARS est l'occasion de lever ce cloisonnement ville hôpital, et d'étendre le champ de l'observation du médicament jusqu'au domaine du médico-social. La fusion de ces deux observatoires permet de réunir tous les acteurs concernés par la thématique prescription des médicaments et dispositifs médicaux, quelle que soit l'origine de la prescription. L'observation, le suivi et l'analyse des pratiques sont réalisés en partenariat avec les acteurs et les financeurs afin de développer la promotion du bon usage du médicament.



■ PRIORITÉS ARS

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Arrêter chaque année un taux national prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de ville prescrit par des professionnels des établissements publics de santé (6% en 2010) assorti d'un mécanisme d'intéressement pour les plus vertueux d'entre eux et de sanction pour les moins investis.
- Développer toute la chaîne permettant l'identification des prescripteurs hospitaliers (et rendre opposable la base du Répertoire partagé des professionnels de santé) ; permettre l'émission de la prescription avec le numéro d'identification du prescripteur hospitalier, le traitement de cette information par les pharmacies et le suivi par l'assurance maladie (montée en charge des référentiels, diffusion des formulaires de prescriptions hospitalières et des versions 1.40 modifiées du logiciel sésame vitale).
- Promouvoir la création de référentiels et d'aides à la prescription (lister et choisir les référentiels nécessaires pour l'accompagnement des établissements, définir l'accompagnement en établissement avec repérage des prescripteurs).
- Rédiger un CAQCOS type régional sur la modération de la prescription.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Suivre pendant l'année 2010 l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses.
- Identifier les établissements au-delà du taux national arrêté et contractualiser des CAQCOS sur les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville.
- Effectuer des visites de sensibilisation auprès des établissements ciblés.
- Diffuser les outils d'identification des prescripteurs auprès de tous les établissements et des officines.



5. IMAGERIE MÉDICALE

Objectifs : Maîtriser des dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds

Enjeux financier national du secteur : 4,1 Mds

Objectif d'économie : 100 M€ en année pleine (y compris baisse tarifaire)

PILOTE DU PROGRAMME

National : CNAMTS ; directions et caisses associées : DSS - DGOS - UNCAM

Régional : ARS - Jérôme Malfroy ; AM DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Evolution des dépenses en valeur et en volume.

Régional :

- Nombre d'actions de sensibilisation des prescripteurs et des radiologues.
- Composition du parc installé.

● AXE 1

Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Les dépenses de radiologie sont les principales dépenses d'honoraires de médecins libéraux après celles des généralistes. Les volumes évoluent à un taux de 4 à 5 % par an essentiellement du fait du développement des techniques nouvelles. Néanmoins, il ne semble pas y avoir de forte substitution avec l'imagerie conventionnelle. Ces dernières années ont été marquées par une réduction des tarifs, la suppression du supplément archivage et la modification des règles de facturation notamment.

La suppression des actes non indiqués et des actes redondants, en encourageant l'acte le plus efficient en première intention, permet de dégager des marges de manœuvre et limiter la surexposition aux radiations.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

En Franche-Comté, l'activité d'imagerie représente 220 000 actes d'imagerie de coupe (IRM et scanner) et 22 000 passages dans les services de médecine nucléaire en 2007.

La région dispose de :

- 17 scannographes
- 10 appareils d'IRM
- 9 gamma caméra installées (et 1 autorisation non installée à Vesoul)
- 2 TEP scan

La région est dans une situation délicate face à la démographie médicale de plusieurs secteurs, notamment pour certains établissements publics qui n'arrivent plus aujourd'hui à recruter des radiologues, fragilisant l'accès à ces techniques pour les patients qui en ont besoin. Des partenariats se mettent en place entre établissement pour permettre de pallier ces difficultés, notamment grâce à l'intervention du CHU de Besançon.

Ce contexte incite à réfléchir particulièrement sur le maintien ou la diminution de délai de rendez-vous acceptable pour l'imagerie de coupe.



■ PRIORITÉS ARS

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Mener une négociation avec la profession pour définir les champs prioritaires d'actions au cours des prochaines années.
- Poursuivre les adaptations nécessaires de la nomenclature.
- Favoriser la diffusion de référentiel de bonne prescription de la radiologie.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL :

- Mener des actions de sensibilisation des prescripteurs et des radiologues.

● AXE 2

Favoriser un développement soutenable des équipements lourds.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Le délai moyen d'accès aux IRM reste trop élevé et de fortes dispersions inter régionales sont constatées.

Le parc d'équipements lourds, composé à plus de 95% d'équipements de très haut de gamme, avec l'avantage de couvrir l'ensemble du champ des examens possibles mais l'inconvénient d'un coût unitaire important tant à l'investissement qu'au fonctionnement, doit être mis en adéquation avec les examens réalisés conformément aux recommandations sur les indications des examens IRM et SCANNER.

L'exemple le plus notable est l'absence d'IRM à bas champs qui représente 30% de l'équipement de certains pays comparables. Un mixte d'équipement répond mieux en effet à un souci d'efficience.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

La région Franche-Comté dispose d'un parc de matériel lourd de médecine nucléaire (gamma caméra et TEPscan) suffisant au regard des délais de rendez-vous et de l'activité constatée.

En ce qui concerne l'imagerie de coupe, le territoire de santé dispose d'un maillage important en matière de scanner et d'IRM.

Toutefois, plusieurs plateaux techniques n'ont pas encore été complétés au regard de leur besoin. Ainsi, certains services d'urgence ne bénéficient pas à ce jour d'un accès direct à un scanner : CH de Saint-Claude, et CH de Champagnole.

En ce qui concerne le parc IRM, une réflexion sera conduite sur le développement d'IRM bas champs pour diminuer les délais de rendez-vous sur des sites et des structures disposant déjà d'une offre en IRM standard.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Proposer des référentiels de composition des parcs suite aux recommandations de l'HAS.
- Adapter les tarifs.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL :

- Favoriser au niveau des autorisations les appareils les plus efficaces, notamment les IRM bas champs.
- Sécuriser le fonctionnement des sites d'imagerie via l'utilisation des techniques de télé-radiologie.
- Mener une réflexion par rapport à la Permanence des soins en imagerie, et notamment sur la mutualisation des contraintes entre plusieurs sites.



6. CHIRURGIE AMBULATOIRE

Objectif : Développer la chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente

Enjeux financier national du secteur : 500 M€

Objectif d'économie : 50 M€ en année pleine en 2011 (15 couples de GHM au taux cible)

PILOTE DU PROGRAMME

National : DGOS ; directions et caisses associées DSS - UNCAM - ANAP

Régional : ARS - Jérôme Malfroy ; AM DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Montant des économies réalisées.

Régional :

- Taux de chirurgie ambulatoire des 18 gestes marqueurs.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente dans le cadre d'une offre territoriale cohérente.

- Développer la chirurgie ambulatoire, notamment au sein des établissements publics.
- Assurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau territorial.
- Développer les centres de chirurgie ambulatoire " exclusive " correspondant à une offre de soins intermédiaire entre les structures hospitalières classiques et les cabinets libéraux.
- Optimiser les structures de chirurgie ambulatoire (au niveau des plateaux techniques de chirurgie et de la mutualisation des ressources médicales et paramédicales) et développer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la chirurgie.
- Assurer un suivi du développement de la chirurgie ambulatoire partagé Etat/Assurance Maladie.

29

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

La Franche-Comté est la région de France qui affiche depuis 2007 le taux le plus faible de recours à la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs (référence CNAMTS) de suivi de la chirurgie ambulatoire. Sur ces derniers, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire observé à 43% en 2007, progresse à 50% en 2008 pour atteindre 63% en 2009 alors que l'objectif assigné est de 85%.

Plusieurs actions ont déjà été lancées pour promouvoir cette pratique :

- un Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire réunissant chirurgiens, anesthésistes et représentants des usagers à la suite de la révision du SROS.
- 3 vagues de mises sous accord préalable réalisées par l'Assurance-Maladie depuis 2008 : 4 établissements de juillet à décembre 2008, 4 autres de décembre 2008 à avril 2009 et 9 de novembre 2009 à mars 2010 (3 établissements publics n'ont pas bénéficié de cette mesure : le CHU de Besançon, le CH de Pontarlier et le CH de St Claude du fait de l'ouverture tardive d'unité de chirurgie ambulatoire polyvalente au CHU et au CH de Pontarlier et l'absence d'unité spécifique au CH de Saint Claude). Cette démarche a concerné en priorité la chirurgie du cristallin, les extractions dentaires, la chirurgie des varices, les arthroscopies du genou hors ligamentoplastie et dernièrement la chirurgie des hernies inguinales et la cure de maladie de Dupuytren. Il a été constaté que cet investissement pour l'établissement, en lien avec les praticiens de l'Assurance Maladie a porté ses fruits sur l'ensemble des gestes mis sous accord préalable.



PRIORITÉS ARS

- Une sensibilisation des médecins traitants lors de visites par les délégués de l'Assurance Maladie en 2009.
- Des interventions de la Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers dans certains établissements francs-comtois ciblés.
- Une campagne de communication auprès des usagers et patients menée par l'ARUCAH FC en décembre 2008 et par l'URCAM de FC en 2009 et une conférence de presse le 12 janvier 2009 par l'ARH de Franche Comté.

Ces actions ont permis d'infléchir la situation mais ne suffisent pas à résorber le retard. L'ARS poursuit et développe les actions mises en œuvre en région dans le cadre du SROS et les actions conduites par l'Assurance Maladie depuis 2003 pour la promotion de cette pratique auprès des professionnels de santé, des assurés et des établissements (notamment la procédure de MSAP).

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Elaborer un document d'orientations sur la chirurgie ambulatoire dans le cadre de la mise en œuvre des décrets d'autorisation de l'activité de soins de chirurgie.
- Poursuivre et intensifier les incitations tarifaires à la chirurgie ambulatoire.
- Elaborer des fiches de bonnes pratiques sur les prises en charge de certains actes de chirurgie ambulatoire en lien avec les sociétés savantes.
- Elaborer un guide sur le fonctionnement des centres de chirurgie ambulatoire exclusive avec la HAS.
- Actualiser avec la CNAMTS les indicateurs de suivi de la chirurgie ambulatoire au travers des gestes marqueurs.
- Développer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la chirurgie (indicateurs de surveillance des infections et prochains indicateurs infections nosocomiales, tenue du dossier d'anesthésie...).
- Fixer des objectifs régionaux à chacune des ARS sur le développement de la chirurgie ambulatoire.
- Inclusion de la chirurgie ambulatoire dans les thématiques de qualité et d'efficience et promouvoir les actions d'appui en lien avec l'ANAP.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Mettre en place un plan d'action visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire. Ce plan d'action comprendra différents volets permettant :
 - la mise en place, au sein des sites de chirurgie, d'une chirurgie ambulatoire structurée et avec une activité suffisante ;
 - la restructuration des sites de chirurgie comportant exclusivement une activité de chirurgie ambulatoire inférieure au seuil d'activité réglementaire ;
 - la définition d'une stratégie de groupe entre les établissements publics sur la chirurgie incluant la chirurgie ambulatoire (complémentarité, spécialisation) ;
 - la mise en place entre sites de chirurgie d'une continuité et d'une permanence des soins après la sortie d'une prise en charge en structure de chirurgie ambulatoire (conventions de repli inter-établissements) ;
 - La mise en place d'un groupe de contacts sur la chirurgie ambulatoire visant, notamment, à fédérer les acteurs locaux autour de la chirurgie ambulatoire (information des professionnels ; liens entre les structures de chirurgie ambulatoire et les médecins traitants)
 - Poursuivre la mise sous accord préalable de certains des 17 gestes :
- Pour optimiser cette MSAP :
 - seront ciblés les établissements qui disposent du plus gros potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, et sur lesquels l'ARS dispose de véritables leviers d'action.
 - seront organisées des rencontres avec la direction, les Présidents de CME et le corps médical de ces établissements pour définir des objectifs sur les gestes dans lesquels il y a le plus grand potentiel.
 - seront négociés les objectifs par établissements.



Liste des 17 gestes

- | | |
|--|--|
| 1 Adénoïdectomies | 11 Chirurgie du sein/tumorectomie (hors cancer) |
| 2 Arthroscopie du genou hors ligament plasties | 12 Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main) |
| 3 Chirurgie anale | 13 Chirurgie du strabisme (exclusion âge <7ans) |
| 4 Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS) | 14 Chirurgie de l'utérus, de la vulve, du vagin et AMP |
| 5 Chirurgie de la conjonctive (ptérygion) | 15 Coelioscopie gynécologique |
| 6 Chirurgie de la maladie de Dupuytren | 16 Extractions dentaires |
| 7 Chirurgie des bourses | 17 Exérèse de kystes synoviaux |
| 8 Chirurgie des hernies inguinales | |
| 9 Chirurgie des varices | |
| 10 Chirurgie du cristallin | |

ACTIONS SPÉCIFIQUE FRANCHE COMTÉ

- Un repérage des actes de chirurgie ambulatoire "forains", c'est-à-dire réalisés en dehors d'une unité organisée de chirurgie ambulatoire afin d'inciter les sites de chirurgie ayant une chirurgie ambulatoire mal structurée à revoir leur organisation. Le repérage des actes forains n'étant pas possible sur la base PMSI transmise à l'ARS, une demande pourrait être transmise à l'ATIH pour obtenir cette information.
- La définition d'une stratégie de groupe entre les établissements publics sur la chirurgie incluant la chirurgie ambulatoire (stratégie, spécialisation) dans le territoire Jura Sud étendu au Jura Nord, et dans les territoires Besançon et Pontarlier.
- La réactivation de l'Observatoire régional de chirurgie ambulatoire (composé de professionnels anesthésistes et réanimateur, chirurgien, ARS et usagers) pour promouvoir cette prise en charge auprès des professionnels de santé (spécialistes et médecins traitants) et des usagers.
- L'appropriation de la méthode de suivi des 17 gestes marqueurs sur les bases PMSI par une formation.

INDICATEURS D'ÉVALUATION - POINTS D'ÉTAPES- BILAN

- Evaluation semestrielle du taux de séjours ambulatoires sur les 17 gestes marqueurs, par établissement.
- Mesure d'impact à distance de la MSAP en suivant l'évolution de ces gestes au long cours (recherche d'un échappement).
- Evaluation semestrielle des actes de chirurgie ambulatoires "forains", sous condition de la disponibilité de l'information.
- Evaluation des pratiques chirurgicales suite à la procédure de MSAP.

FINANCEMENTS ÉVENTUELS ENVISAGÉS

- Le financement de cette action pourra faire l'objet de la réflexion sur les leviers d'action dont dispose l'ARS auprès des établissements, en lien avec d'autres actions conduites par l'Agence.
- Contrat négocié avec les établissements ciblés prévoyant un régime de sanction incitatif.
- Action de communication auprès des professionnels et des usagers.



7. EFFICIENCE DES EHPAD

Objectifs : Améliorer l'efficacité générale des EHPAD

Enjeux financier national du secteur : 4,8 Mds d'€

Objectif d'économie : non évalué

PILOTE DU PROGRAMME

National : DSS ; directions et caisses associées : DGCS - DGOS - UNCAM - CNSA- ANESM

Régional : ARS - Gilles Leboube ; AM DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- % des libéraux ayant signé un contrat de coordination en EHPAD.
- Nombre de CPAM intégrant dans leur Système de liquidation la liste informatisée des résidents.

Régional :

- % des libéraux ayant signé un contrat de coordination en EHPAD (A mi-2011, 30 % des professionnels libéraux intervenant en EHPAD ont signé un contrat de coordination).

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

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

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

L'article L 312-8 du CASF fait obligation aux EHPAD de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Aussi ces établissements doivent mettre en œuvre leur évaluation interne, et faire parvenir leur rapport à l'ARS avant le 31/12/2013.

La coordination des professionnels de santé reste une problématique récurrente dans les EHPAD où plusieurs médecins libéraux interviennent. Le rôle de médecin coordonnateur est plus compliqué, et malgré le décret définissant ses missions, les médecins libéraux ont beaucoup de mal à partager de l'information.

S'il n'y a aucun texte prévoyant un dossier médical en EHPAD, les établissements ont mis en place un dossier soignant, qui permet de pouvoir se retrouver dans la prise en charge.

Un projet de convention entre les établissements et les intervenants libéraux a été élaboré, mais les libéraux restent réticents à ce projet.

En matière de médicament, un questionnaire a été adressé en 2009 à l'ensemble des EHPAD de la région afin d'identifier les pratiques à risque concernant le circuit du médicament. L'analyse des questionnaires a servi de base à la mise en place d'un programme d'inspection par les pharmaciens inspecteurs sur cette thématique en ciblant les structures prioritaires. Ce programme intègre notamment les recommandations (encore non publiées) relatives à l'établissement de la liste par classe des médicaments à utiliser préférentiellement pour chaque classe pharmaco thérapeutique, sur la base du projet de soins de l'établissement.



Par ailleurs, lors des inspections, les éléments suivants sont systématiquement vérifiés et font l'objet d'un suivi :

- conditions de stockage des médicaments (local sécurisé, traitements individualisés);
- conditions de préparation des traitements, hygiène, propreté des matériels;
- contrôle des prescriptions et des piluliers;
- respect du bon usage des médicaments (conditions d'administrations, interactions, moments de prise, etc.);
- implication du pharmacien référent;
- libre choix du praticien.

Dernièrement, un item concernant l'arrêt des prescriptions de benzodiazépine a été ajouté conformément aux recommandations de la lettre du DSS du 12/11/10 (cf Efficience de la prescription dans les EHPAD).

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Publier les décrets et arrêtés relatifs aux modalités d'intervention des professionnels de santé libéraux en EHPAD et visant à renforcer le rôle du médecin coordonnateur en vue d'une qualité de la prise en charge des résidents ; accompagner la montée en charge du dispositif.
- Tester et déployer dès 2010 le traitement automatisé de la liste de résidents et des données de consommation de soins des EHPAD émargeant sur leur forfait.
- Déployer des systèmes d'information pour un suivi macro des dépenses de soins et, à terme, mettre en place une échelle nationale des coûts des EHPAD et alimenter un outil partagé CNSA, UNCAM, ATIH, ARS (médico-social, ambulatoire, hospitalier) afin de construire un système d'information global, transversal et mutualisé dans un but d'amélioration du pilotage.
- Publier le décret tarification et élaborer dans le cadre d'un groupe de travail associant la DGCS, DSS, la CNSA, la CNAMTS, l'ANESM et l'ANAP les indicateurs qualité de la prise en charge en EHPAD.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Suivre la montée en charge de la signature des contrats-types de coordination par type de professionnels - centraliser les statistiques transmises par les EHPAD.
- A partir des extractions du traitement automatisé, des données budgétaires transmises par les EHPAD complétées par des données de l'UNCAM, mettre en place un suivi de la dépense de soins des EHPAD et d'analyse des coûts. Ce dispositif permettra notamment de disposer au niveau régional d'éléments de comparaison entre les EHPAD, de repérer des comportements atypiques appelant des actions ciblées spécifiques.
- Afin de renforcer et diffuser localement les bonnes pratiques en EHPAD, la demi-journée à destination des personnels des EHPAD et des pharmaciens d'officine prévue antérieurement (IRP-DRASS) pourrait-être envisagée pour faire un retour sur les principaux points à améliorer relevés au cours des inspections, diffuser une plaquette de recommandations sur le circuit du médicament en EHPAD et faire un point sur la réglementation (convention officine/EHPAD).



8. EFFICIENCE DE LA PRESCRIPTION DANS LES EHPAD

Objectifs : Améliorer l'efficacité des prescriptions dans les EHPAD

Enjeux financier du secteur : 4,8 Mds€

Objectif d'économie : non évalué

PILOTE DU PROGRAMME

National : DSS ; directions et caisses associées : DGCS - DGOS - UNCAM - CNSA - ANESM

Régional : ARS - Ghislaine Verdonck ; AM DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Réalisation de l'évaluation de l'expérimentation sur l'intégration des médicaments dans les forfaits soins.

Régional :

- % de listes d'EHPAD sans PUI prévoyant un générique dans la liste préférentielle par classe thérapeutique (lorsqu'il en existe).
- % d'EHPAD visités.
- Nombre d'EHPAD ayant signé un CAQCOS

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

- Réintégrer les médicaments dans le forfait de soins et construire un dispositif de suivi de ces dépenses.
- Préparer/Calibrer/Suivre le passage du tarif partiel au tarif global des EHPAD.
- Elaborer une liste préférentielle de médicaments efficace, en lien avec les médecins libéraux et le pharmacien référent.
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD (par les visites d'accompagnement des EHPAD et les réunions locales d'information et d'échanges).
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la qualité et la coordination des soins.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

La Liste préférentielle des médicaments est en place dans les établissements disposant d'une PUI ; cependant, les prescriptions des praticiens libéraux intervenant dans certains EHPAD, nécessitent une surveillance particulière, voire une médiation de la part du médecin coordonnateur.

Dans les établissements sans PUI, les directeurs montrent peu d'intérêt aux prescriptions remboursées sur le risque maladie. Pour autant, l'intégration à venir des médicaments dans les forfaits soins devrait attirer fortement leur attention.

Dans le cadre des inspections relatives au circuit du médicament dans les EHPAD de Franche-Comté, la sensibilisation aux bonnes pratiques d'administration des traitements et au bon usage des médicaments a été priorisée. En effet, des médicaments sont écrasés ou des gélules ouvertes pour les patients ne pouvant pas avaler, alors que cette pratique rend le traitement inefficace. Idem pour les interactions entre médicaments, dues aux contraintes liées aux moments de prise en collectivité, eux-mêmes liés parfois au défaut de personnel. Idem enfin pour les comprimés coupés afin d'ajuster les doses alors que cela n'est pas prévu par la forme galénique du produit. La lutte contre ces pratiques contribue à sécuriser les soins et les rendre plus efficaces.

L'Assurance Maladie accompagne également depuis 2008 les EHPAD dans le respect du périmètre de soins ainsi que dans l'amélioration de la prise en charge des pensionnaires. En effet,



depuis 2 ans, des profils de prescriptions sont remis : transport, nombre de lignes de prescriptions médicamenteuses (sensibilisation à la iatrogénie), part des patients ayant reçu un traitement par benzodiazépine (à ½ vie longue et hors demi-vie longue), ou par hypnotique, anxiolytique, neuroleptique et antidépresseur.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Conduire l'expérimentation médicaments en vue de la généralisation.
- Mettre en place un dispositif de suivi des dépenses de médicaments.
- Proposer une méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle de médicaments efficiente, en lien avec des médecins libéraux et des pharmaciens référents.
- Déployer les visites d'accompagnement réalisées par l'Assurance Maladie sur la base d'un profil de consommation de soins pour chaque EHPAD ; choisir les thèmes de GDR et élaborer des supports en vue des réunions locales d'information et d'échanges avec les EHPAD.
- Elaborer un CACQOS portant notamment sur les prescriptions des médecins dans les EHPAD.
- Identifier les dépenses de soins rattachables aux résidents des EHPAD en vue du calibrage du transfert de l'Ondam soins de ville vers le médico-social au fur et à mesure du basculement.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Interface entre le national et les EHPAD dans la mise en œuvre de l'expérimentation médicaments ; centralisation des données transmises par les EHPAD.
- Recensement des données relatives aux dépenses de médicaments (et de dispositifs médicaux) et aux prescriptions par résident.
- Diffuser la méthodologie d'établissement de la liste préférentielle de médicaments utilisés dans chaque EHPAD et centraliser les listes préférentielles des EHPAD et suivi de la montée en charge du dispositif.
- Organiser et animer les réunions locales avec les EHPAD et mettre en œuvre les visites d'accompagnement pour la promotion de la transmission informatisée aux CPAM des listes de patients résidant en EHPAD.
- Déployer le contrat-type CAQCOS.
- Donner des outils aux médecins prescripteurs en EHPAD : recommander aux médecins prescripteurs l'utilisation du logiciel développé par le GCS EMOSIST de Franche-Comté.
- Accompagnement individuel dans les EHPAD de plus de 80 lits auprès des directeurs d'établissement, médecins coordonnateurs et personnels soignants sur les thèmes suivants :
 - la prise en charge de l'agitation aigüe chez le patient Alzheimer,
 - les pansements primaires dans le traitement des plaies chroniques.
- Auxquels pourraient s'ajouter selon la disponibilité des intervenants :
 - la prescription des benzodiazépines chez la personne âgée,
 - le respect du bon usage des médicaments (ceux à ne pas écraser, couper...).



9. PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ET URGENCES HOSPITALIÈRE

Objectifs :

- Mettre en place un dispositif de permanence des soins fiable, pérenne et lisible, dans un contexte de maîtrise des dépenses ;
- Définir les modalités de gestion des rémunérations spécifiques par les ARS ;
- Favoriser une meilleure articulation des acteurs de PDSA et d'urgence hospitalière pour une prise en charge plus efficiente des demandes de soins non programmées aux horaires de PDSA.

Objectif d'économie : Evolution PDSA + urgences hospitalières <+3% en 2010 et 2011

PILOTE DU PROGRAMME

National : DGOS ; directions et caisses associées : DSS - UNCAM

Régional : ARS- Ghislaine Verdonck ; AM DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Evolution des dépenses.
- Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS.

Régional :

- Evolution des dépenses.
- Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS.
- Part des actes régulés pour les médecins de garde.
- Nombre de territoires de PDS.

● AXE 1

Mettre en place un dispositif de permanence des soins fiable, pérenne et lisible, dans un contexte de maîtrise des dépenses (dans le cadre du décret du 13 juillet 2010)

- Renforcement de la régulation médicale : orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande.

L'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation).

● AXE 2

Définir les modalités de gestion des rémunérations spécifiques par les ARS

- Modification des règles de rémunération de la PDSA.

● AXE 3

Favoriser une meilleure articulation des acteurs de la PDSA et de l'urgence pour une prise en charge plus efficiente des demandes de soins non programmées aux horaires de PDSA

- Adaptation des modalités d'effectation et notamment la coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit.



ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

- Garantir la PDSA tout en maîtrisant son coût.
- Favoriser les nouveaux modes d'organisation de la PDS.
- Articuler avec efficacité la permanence des soins ambulatoire et la prise en charge des urgences hospitalières et pré hospitalières (orientations dans le cadre du volet ambulatoire du SROS).

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Les modalités de prise en charge des soins non programmés ne relevant pas d'urgences vitales pendant les périodes de fermeture des cabinets médicaux (nuit, week-ends et jours fériés) ont fait l'objet d'une évolution majeure ces dernières années, qui a conduit à "reconstruire" un nouveau système d'organisation et à définir un nouveau cadre réglementaire et conventionnel.

Une régulation libérale régionale, gérée par l'ACORELI (Association Comtoise de Régulation Libérale), mise en place en 2005, garantit aux patients une réponse médicale adaptée à leur questionnement. Le 3966, opérationnel depuis le 1^{er} juin 2008, est devenu un numéro de téléphone officiel, unique et centralisé pour toute la Franche-Comté. Il permet de séparer les flux d'appels en dissociant, d'un côté, les urgences ou risques vitaux, et de l'autre, les conseils médicaux et besoin d'un médecin et de ne pas surcharger le numéro 15 connu de tous comme une ligne prioritaire consacrée exclusivement aux urgences médicales et risques vitaux.

Au 1^{er} janvier 2010 la permanence des soins en Franche-Comté est organisée autour de 57 secteurs de garde avant minuit, 50 après minuit et 58 les week-ends et jours fériés. On observe une participation importante des médecins généralistes malgré une disparité entre secteurs urbains et ruraux.

Aujourd'hui, une grande majorité des appels aboutissent à un conseil médical simple :

- 60% des appels entre 20h et minuit et le week-end,
- 80 à 90% des appels en nuit profonde.

Ainsi on observe depuis 2004, une diminution constante du nombre d'actes réalisés pendant la permanence des soins, excepté sur le secteur de Besançon où l'évolution est positive. L'activité de nuit est faible et celle de milieu de nuit quasi nulle avec 9 actes réalisés en moyenne sur l'ensemble de la région.

Si l'efficacité du dispositif de la permanence des soins est aujourd'hui assurée sur le territoire franc-comtois sans problème majeur, ce dispositif reste perfectible. Il peut être amélioré, notamment par une meilleure articulation entre les différents acteurs (hôpital, médecins libéraux, pompiers).

L'enjeu pour les ARS est donc double : il s'agit de rendre le dispositif encore plus efficace (capacité à atteindre l'objectif d'un égal accès aux soins pour tous à tout moment et en tout point du territoire) et également plus efficace (à un coût acceptable pour la société).

ACTIONS AU NIVEAU NATIONAL

- Publication au Journal officiel du 13 juillet 2010 du décret relatif à l'organisation de la PDS (application de la loi HPST).
- Elaborer un document d'orientations permettant de dégager des bonnes pratiques d'organisation de la PDSA dans le nouveau cadre réglementaire.
- Déterminer la nature des rémunérations forfaitaires et les montants des enveloppes régionales pour l'ensemble de la PDSA et fixer les limites de la rémunération de PDSA (arrêté ministériel).
- Identifier les points de convergence et les outils permettant d'assurer une meilleure articulation entre les acteurs et une fongibilité des enveloppes.



■ PRIORITÉS ARS

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Actualiser et étoffer l'état des lieux existant de la PDSA (coût, nombre d'actes, nombre d'acte en nuit profonde).
- Mettre en place un groupe de travail régional sur "la permanence des soins - régulation h24".
- Mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDS et de ses déclinaisons territoriales précisant :
 - la composition des CODAMUPS-TS, co-présidés par le Préfet de département et la Directrice générale de l'ARS ;
 - la définition des territoires de PDSA ;
 - l'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins ;
 - les réponses apportées en termes d'effectif et la coordination des acteurs (effecteurs, associations de permanence des soins, points fixes de gardes, structures de médecine d'urgence, transporteurs sanitaires, SDIS...) ;
 - les modalités de rémunération de la PDS.



10. SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Objectifs :

- Améliorer le recours aux SSR
- Maîtriser le développement des SSR
- Améliorer l'efficacité des SSR

Enjeux financier national du secteur : 11,1 Mds €

Objectif d'économie : respect des enveloppes SSR telles que définies pour 2010 et 2011

PILOTE DU PROGRAMME

National : DGOS ; directions et caisses associées DSS - UNCAM

Régional : ARS - Gilles Leboube ; AM DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Respect des enveloppes SSR.

Régional :

- DMS et taux d'occupation régionaux en SSR.
- Nombre de ré-hospitalisations avec même motif suite à une hospitalisation en SSR.
- Activité en venues / activité en journées.
- Ecart entre les OQOS accordés aux ES et l'activité produite.
- Niveau des tarifs régionaux moyens.

● AXE 1

Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint (décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement et circulaire d'application du 3 octobre 2008).

39

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Dans l'attribution des autorisations :

- Promouvoir le développement de l'hospitalisation de jour par rapport à l'hospitalisation complète.
- Limiter les autorisations en SSR qui entraîneraient des coûts importants (créations ex-nihilo, extensions d'activité).

Dans l'organisation du secteur SSR :

- Améliorer la connaissance des missions du SSR par le MCO.
- Développer la complémentarité entre l'offre de soins SSR et le secteur ambulatoire.
- Favoriser la fluidité des parcours du SSR vers le médico-social.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Le SROS 2006 - 2011 alerte sur l'engorgement régulier des services de court séjour des centres hospitaliers de la région, notamment en médecine, qui rend nécessaire l'adaptation des structures situées en aval et particulièrement celles de soins de suite, de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.



■ PRIORITÉS ARS

Suite à ce constat, 2 axes de travail ont été approfondis :

- la réalisation et diffusion des cartes d'identité des différents établissements SSR de la région,
- l'élaboration de trois types de dossiers d'admission : orientation en soins de suite polyvalents, orientation en orthopédie, orientation en neurologie.

La promotion et le développement de l'hospitalisation de jour par rapport à l'hospitalisation complète figure également comme une priorité dans ce SROS.

Un travail est en cours de réalisation sur les fuites des francs comtois en SSR.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Fournir aux ARS des données comparatives entre les régions et entre les secteurs (taux de recours, activité, taux d'occupation, durée moyenne de séjour, etc.)

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Mettre en œuvre tous les outils prévus par la réglementation SSR pour améliorer la fluidité du parcours de soins :
- systématiser l'utilisation de fiche préalable à l'admission en SSR
- déployer un outil régional d'aide à l'orientation en SSR
- promouvoir les conventions entre les structures SSR et le secteur médico-social

● AXE 2

Mise en œuvre d'une politique maîtrisée et efficiente du SSR.

40

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

- Limiter la progression d'activité des établissements par le biais des CPOM.
- Assurer le non-dépassement de l'OQN.
- Promouvoir le modèle cible de tarification à l'activité.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Un établissement SSR pour les affections métaboliques devrait voir le jour à Louhans (71). L'opportunité d'en avoir un en Franche Comté ne semble donc plus d'actualité. Une convention entre les 2 régions et un suivi ambulatoire renforcé devraient rendre un service médical suffisant.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Instruction validée en CNP aux ARS sur les autorisations SSR.
- Elaboration d'un cadrage national sur le volume d'OQOS régional "disponible" en SSR.
- Effort porté sur l'élaboration du modèle cible de T2A donc maintien du modèle transitoire sans évolution jusque là.
- Développer l'utilisation par les ARS des données "taux de recours en SSR".
- Mise en place d'une politique d'harmonisation sur les projets tarifaires.
- Elaboration de fiches "profils d'établissements SSR" pour permettre des comparaisons entre établissements.



ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL :

- Limiter le volume d'OQOS attribué aux établissements en 2010-2011 à la reconduction d'activité 2009.
- Assurer une taille critique des unités SSR grâce à la délivrance d'un volume minimal d'activité.
- Veiller au respect du volume d'OQOS attribué aux établissements en particulier ceux financés par OQN et appliquer la procédure de sanction en cas de dépassement.
- Refuser les révisions de volume d'OQOS pour dépassement d'activité.
- Ne pas attribuer de mesure nouvelles 2010 aux structures autorisées en SSR ex-nihilo.
- Faire remonter à la DGOS les projets tarifaires avant décision.

ACTION SPÉCIFIQUE FRANCHE COMTÉ

A l'occasion de la rencontre du 6 octobre entre le CHU et la direction de l'ARS, il a été proposé de conduire une réflexion sur l'organisation de la filière SSR à Besançon.

Dans son projet de "projet médical", le CHU fait un état des lieux de son besoin et des difficultés qu'il rencontre pour y faire face.

Une rencontre sera organisée fin 2010 sous l'égide de l'ARS avec le CHU et les différents prestataires (Clinique de l'Orangerie, Centre de soins des Tilleroyes, Les Brégilles). Il y sera discuté de la manière dont ses prestataires peuvent prévoir l'accueil de la patientèle du CHU.



■ PRIORITÉS ARS

42



LE PROGRAMME REGIONAL PLURIANNUEL 2010 2013

PRIORITES ASSURANCE MALADIE

43



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

Depuis plus de dix ans, les régimes d'assurance maladie s'investissent dans le développement d'actions de gestion du risque, par le déploiement de programme de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de prévention, auprès des prescripteurs comme des assurés. L'ensemble de ces programmes reposent sur une base médico-économique et s'appuient sur les référentiels de la Haute Autorité en Santé.

Le PPRGDR intègre ainsi, en complément des dix priorités fixées aux ARS, les priorités nationales des régimes d'Assurance Maladie validées par le Comité national de pilotage.

Pour l'année 2010, celles-ci sont présentées dans le plan national d'actions UNCAM et s'inscrivent dans le cadre des grands axes de gestion du risque suivants :

- accompagner nos assurés : information, prévention, sensibilisation et éducation,
- développer l'efficacité de l'offre de soins,
- améliorer la coordination des soins,
- contrôler le périmètre de prise en charge.

La déclinaison régionale des priorités de l'UNCAM pour l'année 2010 est traduite dans les fiches 11 à 15 du Programme Régional de Gestion Du Risque.

11. PROGRAMME DE PREVENTION	45
11.1. DEPISTAGE DES CANCERS	45
11.2. PREVENTION BUCCO DENTAIRE	47
11.3. PREVENTION CARDIO VASCULAIRE ET DIABETE	48
11.4. VACCINATION ANTI-GRIPPALE	50
11.5. PREVENTION PERSONNES AGEES	52
12. PRODUITS DE SANTE : ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS	53
13. ARRETS DE TRAVAIL : DEPLOIEMENT DES REFERENTIELS DE PRESCRIPTION	55
14. PROFESSIONNELS DE SANTE	57
14.1. DEPLOIEMENT DES REFERENTIELS MASSEURS-KINESITHERAPEUTES	57
14.2. MAITRISE DES DEPENSES DE TRANSPORT	59
15. AFFECTION DE LONGUE DUREE ET BIZONE : DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS HAS ET ACCOMPAGNEMENT DES MEDECINS	61



11. PROGRAMME DE PREVENTION

11.1 DEPISTAGE DES CANCERS DU SEIN ET COLO-RECTAL

Généralisé depuis 2004, le programme de dépistage organisé du cancer du sein concerne les femmes de 50 à 74 ans, sans symptôme ni facteur de risque particulier.

Le dépistage du cancer colorectal par test de détection de saignement occulte dans les selles est proposé depuis 2008 aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans inclus. Il repose sur la réalisation d'un test tous les deux ans. Le cancer colo-rectal, est classé au 2^{ème} rang des cancers responsables de décès : 17 000 par an.

Objectifs :

- Accroître la participation aux dépistages organisés en cohérence avec le plan cancer.
- Mettre en œuvre une nouvelle organisation des processus d'invitation au dépistage afin de favoriser le développement efficient des programmes à grande échelle.
- Veiller sur l'efficacité des programmes de dépistage à répondre aux objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'amélioration des taux de participation.

Objectifs cible :

Nationaux, taux de participation aux dépistages :

- Cancer du sein = +5 points sur la période 2010-2013
- Cancer colorectal = +16.6 points sur la période 2010-2013

Locaux :

Taux de participation au dépistage du cancer colorectal : +3% en 2010

PILOTE DU PROGRAMME

National : CNAMTS, MSA, RSI

Régional : CPAM JURA

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

- Taux de participation aux dépistages

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Pour le cancer du sein, 2010 constitue la 4^{ème} campagne du dépistage. Les résultats globaux sur la région de la 3^{ème} campagne qui s'est achevée en août 2009 révèle un taux de participation de 58.5%, ce qui place la Franche-Comté au 10^{ème} rang des régions françaises.

Pour le cancer colorectal, la 1^{ère} campagne de dépistage en Franche-Comté s'est déroulée du 13 juin 2008 au 12 juin 2010. Le résultat global démontre une participation modeste par rapport aux objectifs : 36% de participation. Pourtant, le taux de cancers décelés s'élève à 9%

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Continuer à mobiliser les médecins traitants autour de la prévention des cancers : visites DAM, recrutement CAPI (présence d'un critère prévention dans le contrat).
- Relayer les messages de l'Institut Nationale des CAncers auprès des PS et du grand public et les campagnes CNAMTS.
- Participer activement aux manifestations nationales, régionales et locales pour la promotion du dépistage (ex : Octobre Rose, Mars Bleu).



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

- Renforcer notre collaboration avec la structure de gestion des dépistages(ADECA), pour permettre une amélioration des processus d'invitation et de collecte d'informations statistiques.
- Mettre en place une action de dépistage ciblée sur les publics précaires (pilotage MSA).



11.2 PREVENTION BUCCO DENTAIRE

Objectifs :

- Améliorer l'état de santé bucco-dentaire de la population.
- Renforcer les actions dans le domaine bucco dentaire pour les enfants. La poursuite de ce programme est décisive pour inscrire durablement dans les habitudes des familles les consultations bucco dentaires préventives chez les enfants.

Objectifs cible :

Participation au programme de prévention dentaire pour les jeunes (M'T dents) :

- National : + 4 points sur la période 2010-2013
- Régional : + 3 points en 2010

PILOTES DU PROGRAMME :

National : CNAMTS, MSA et RSI

Régional : CPAM du Jura

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

- Taux de participation au programme de prévention dentaire pour les jeunes (M'T dents)

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

- 30% des enfants de 6 ans présentent au moins une dent cariée.
- 80% des enfants de cet âge ne consultent pas de chirurgien-dentiste.

Afin d'amener les enfants à consulter un chirurgien-dentiste, l'école représente un point d'entrée incontournable. C'est pourquoi l'Assurance maladie a mis en place localement, à ce niveau, avec l'aide des acteurs sanitaires et sociaux (infirmières, médecins scolaires, etc.) et la participation active des chirurgiens-dentistes, deux formes d'action :

- une sensibilisation générale des enfants à grande échelle sur l'ensemble des classes de CP ;
- un accompagnement personnalisé sur des classes de CP, ciblées en zones défavorisées.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Continuer et renforcer l'action de sensibilisation des enfants de CP en zones défavorisées :
 - Mettre en œuvre l'action nationale MT'Dents dans les écoles ciblées.
 - Associer les professionnels libéraux et salariés des centres de santé dentaire.
 - Relayer les campagnes nationales dans la Presse et dans les journaux des caisses.
- poursuite du plan dentaire MSA qui s'adresse aux populations précaires, aux femmes enceintes, aux enfants de 3 et 7, ans et aux personnes de 65 ans



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

11.3. PREVENTION CARDIO VASCULAIRE ET DIABETE

Objectifs :

- Agir sur les facteurs de risque et améliorer la qualité de la prise en charge
- Peser sur le poids des dépenses induites par ces pathologies

PILOTES DU PROGRAMME

National : Cnamts

Régional : DCGDR

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

- Evolution des dépenses
- Nombre de visites DAM, nombre d'entretiens confraternels, auprès des cardiologues et des médecins généralistes.

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième cause de décès en France. 147 000 personnes meurent chaque année en France d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral malgré les progrès accomplis dans le domaine ces dernières années.

Elles occupent le premier rang des affections de longue durée avec 2,8 millions de personnes concernées et concentrent 27% des dépenses consacrées aux ALD, soit 18,7 milliards d'euros de remboursements.

48

● AXE 1 : LES PATIENTS

Pour accompagner les personnes qui sont prises en charge pour une affection de longue durée (ALD), l'Assurance Maladie propose déjà depuis 2008 un service (sophia) qui concerne pour l'instant les patients diabétiques de onze départements : il pourrait être étendu à d'autres pathologies. L'objectif de ce service d'accompagnement est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et de renforcer la prévention des complications.

L'Assurance maladie s'adresse également à des personnes qui ne sont pas prises en charge au titre d'une ALD quelle qu'elle soit ou qui ne sont pas déjà traitées pour une maladie ou des facteurs de risque cardiovasculaire. Ce programme national s'inscrit dans une démarche de prévention primaire qui vise à sensibiliser une large part de la population française aux facteurs de risque cardiovasculaire.

La démarche adoptée place les assurés au cœur de l'action engagée. L'Assurance maladie s'adresse directement à eux, en fonction de leur niveau de risque et en les incitant à "agir pour leur santé". Elle conforte en même temps le rôle majeur du médecin traitant en matière de prévention car c'est lui qui peut faire l'évaluation du risque cardiovasculaire global encouru par ses patients.

Une stratégie qui comporte deux volets d'actions adaptées :

- Auprès d'une population plus jeune : les hommes entre 35 ans et 45 ans et les femmes entre 45 et 55 ans, contactés de façon systématique tous les 5 ans.
- Auprès d'une population concernée : les hommes de 50 à 65 ans et les femmes de 60 à 75 ans, contactés à l'occasion d'un bilan lipidique.

Ces assurés recevront un courrier et des brochures d'information adaptés pour les sensibiliser au risque cardiovasculaire et les inciter à modifier leur comportement si nécessaire.



● AXE 2 : LES MÉDECINS

Par ailleurs, le médecin traitant joue un rôle clé auprès de ses patients : c'est lui qui évalue leur risque cardiovasculaire global et c'est lui qui peut les suivre si nécessaire.

Les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) sont allés à la rencontre de 20 000 médecins généralistes et les médecins conseils ont réalisé 15 000 entretiens confraternels depuis la fin de l'année 2009.

A cette occasion, plusieurs outils et supports de dialogue sont mis à la disposition des professionnels de santé : des mémos validés par la Haute Autorité de Santé, des brochures réalisées par l'INPES à remettre à leurs patients et des outils d'évaluation du risque cardiovasculaire.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Décliner les actions nationales dans la région : communication dans les journaux de caisse
- Effectuer les visites DAM et les entretiens confraternels auprès des professionnels ciblés
- Accroître le nombre de médecins traitant adhérent au CAPI qui comporte un volet prévention des maladies cardio-vasculaires et diabète avec des préconisations relatives à la prise en charge.



11.4. VACCINATION ANTI-GRIPPALE

Objectifs :

- Augmenter le taux de recours à la vaccination pour les personnes ciblées
- Augmenter la vaccination par l'infirmière pour les non primo vaccinants

Objectif national cible :

- 12,5 millions de personnes vaccinées
- En 2013 : 64.3% des personnes de plus de 65 ans vaccinées contre la grippe (COG)

PILOTES DU PROGRAMME :

National : CNAMTS

Régional : CPAM du Doubs

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National : taux nationaux de couverture vaccinale anti-grippale :

- Toutes populations confondues
- Population âgée de 65 ans et plus (COG)

Régional : Taux locaux de couverture vaccinale anti-grippale :

- Toutes populations confondues
- Population âgée de 65 ans et plus

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Depuis les années 1980, la CNAMTS a entrepris de développer une politique active de santé publique pour vacciner les populations les plus à risque. Deux axes stratégiques ont été retenus :

- la prise en charge à 100% du vaccin,
- le développement d'une campagne annuelle d'information en direction des publics prioritaires concernés en lien étroit avec les professions de santé (médecins, pharmaciens, infirmières), les médias ainsi qu'avec la participation du réseau des Caisses.

La grippe doit toujours être considérée comme une maladie sérieuse, et lourde de conséquences chez les sujets fragiles, les malades atteints de diabète, de pathologies cardiaques et respiratoires. Outre une convalescence longue, une fatigue persistante, la grippe peut entraîner des complications infectieuses. Elle touche encore chaque année plusieurs millions de personnes et entraîne en moyenne plus de 2 000 décès, notamment chez les personnes âgées.

Les études épidémiologiques et pharmaco-économiques ont démontré l'intérêt du vaccin antigrippal pour les populations fragiles, avec un excellent rapport coût/efficacité.

Chez les personnes âgées de 70 ans et plus, on peut penser que la vaccination antigrippale est maintenant entrée dans les habitudes après plus de 10 ans de communication sur ce sujet. La couverture vaccinale de cette catégorie de personnes n'a fait qu'augmenter au cours de la dernière décennie, pour atteindre depuis quelques années un niveau très satisfaisant. En revanche, la couverture vaccinale des 65/69 ans et surtout des personnes atteintes d'une affection de longue durée reste à un niveau trop bas.

Pour la nouvelle campagne de vaccination saisonnière 2010-2011, l'Assurance maladie invite 12,5 millions de personnes à se faire vacciner gratuitement :

Il s'agit des populations qui présentent un risque accru de complications en cas de grippe saisonnière :

- les personnes âgées de 65 ans et plus,
- les personnes souffrant de certaines affections de longue durée (ALD) exonérantes⁵,
- les personnes souffrant d'un asthme ou d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BCPO) ;

ainsi que les personnes non éligibles à la vaccination contre la grippe saisonnière mais relevant d'une vaccination contre la souche pandémique H1N1.

En effet, pour cette nouvelle campagne, la composition du vaccin anti-grippal intègre la souche A (H1N1) au vaccin contre la grippe saisonnière.



ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Sur les deux précédentes campagnes anti-grippales, le taux de couverture de la population régionale restait insuffisant malgré les actions mises en œuvre. Au vu des premières données vaccinales de la campagne 2010, le taux de couverture vaccinale semble diminuer, effet probable de la confusion avec la grippe A\H1N1.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- A l'attention des assurés, pour les populations ciblées :
Envoi d'un courrier personnalisé à chaque bénéficiaire, tenant compte de son âge, de sa situation médicale et s'il a déjà été vacciné ou non. Ce courrier comprend l'imprimé de prise en charge (délivrance du vaccin + injection) ainsi qu'un dépliant d'information pour sensibiliser ces bénéficiaires, plus exposés aux risques de la grippe, à l'importance de la vaccination.
Une consultation par tous est possible sur le service "ameli-direct" sur ameli-sante.fr, afin de rechercher en ligne les coordonnées d'un médecin ou d'une infirmière pour l'injection du vaccin anti-grippe. Ils peuvent également s'informer sur les tarifs des consultations et des actes médicaux. Enfin, le site ameli-santé.fr les informe sur la grippe saisonnière, s'ils le souhaitent.
- A l'attention des professionnels libéraux :
Lettre aux médecins, pharmaciens, infirmiers, accompagnés d'un mémo pratique.
Mise à disposition d'affiches à apposer dans leur cabinet ou leur officine...
Envoi de 2 listes de patients aux médecins.
Envoi d'un courrier d'invitation et d'un imprimé de prise en charge aux médecins généralistes, infirmière et sages-femmes pour leur propre vaccination.

Les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers et sages-femmes) sont également invités à se vacciner gratuitement, pour les protéger, pour limiter la transmission inter-humaine et ainsi maintenir la continuité des soins en cas d'épidémie.

51

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Actions vis-à-vis des Assurés :
 - Promotion de la vaccination anti-grippale dans la presse locale (écrite et radio) et dans la presse et journaux de l'Assurance Maladie.
 - Municipalités : envoi aux principales villes de Franche-Comté d'un courrier explicatif accompagné d'affiches et de dépliants.
 - Semaine de la vaccination (printemps 2011) : participation de l'Assurance Maladie à la semaine de la vaccination pour la promotion des vaccins inscrits au calendrier vaccinal, et qui fait également la promotion de la vaccination anti-grippale.
- Actions vis-à-vis des Professionnels de Santé :
- Promotion du CAPI auprès des médecins généralistes par les DAM (indicateur lié à la prévention anti-grippale présent au contrat).



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

11.5. PREVENTION PERSONNES AGEES : LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Objectifs :

- Assurer une prise en charge conforme aux règles de Santé Publique
- Eviter des dépenses liées aux hospitalisations engendrées par la iatrogénie

PILOTES DU PROGRAMME

National : CNAMTS

Régional : CPAM du Jura, en lien avec le Service Médical

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

- Nombre d'échanges confraternels réalisés en EHPAD
- Nombre de visites DAM effectuées concernant le recrutement CAPI (le contrat inclut le critère d'utilisation des benzodiazépines à ½ vie longue chez les + de 65 ans).

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

À partir de 65 ans, si la consommation importante de médicaments est souvent justifiée, l'élimination de ces médicaments est plus lente, l'organisme est plus sensible, et les effets indésirables sont deux fois plus fréquents et plus graves : 10% à 20% entraînent une hospitalisation.

L'Assurance Maladie et les médecins traitants ont donc décidé de mettre en place une prévention active des risques liés aux médicaments pour les personnes de plus de 65 ans.

La prise en charge des personnes âgées impose de hiérarchiser les symptômes et les pathologies à traiter, en privilégiant ceux qui comportent les risques les plus importants pour le patient. Par ailleurs, le patient et son entourage doivent être sensibilisés sur les risques et leur faire accepter le principe de révision des traitements.

C'est ainsi que les recommandations de la HAS sur les arrêts de traitements comportant des benzodiazépines et médicaments apparentés sont rappelées aux prescripteurs.

En outre, l'Assurance Maladie contribue à la mise en œuvre des mesures prévues au plan Alzheimer. Elle a prévu des échanges confraternels en EHPAD afin de diffuser largement les recommandations HAS qui répondent aux exigences de la :

- Mesure 14 : surveillance des accidents iatrogènes médicamenteux, notamment ceux induits par des psychotropes prescrits en cas d'agitation aiguë.
- Mesure 15 : amélioration du bon usage du médicament.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Réaliser les entretiens confraternels dans les EHPAD
- Réaliser les visites DAM sur le recrutement et le suivi CAPI



12. PRODUITS DE SANTE : ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

Objectifs :

- Atteindre les économies prévues par la LFSS.
- Donner aux assurés plus de visibilité et de compréhension sur la notion de "juste soin".

PILOTES DU PROGRAMME

National : CNAMTS

Régional : CPAM du Jura, en lien avec le Service Médical.

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Evolution de l'ONDAM et de l'objectif Soins de Ville contenues dans la LFSS

Régionaux :

- Evolution régionale en 2010 des postes :
 - Statines : +5.7%
 - IEC/Sartans : -0.2%
 - IPP : -0.8%

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Les produits de santé et les médicaments représentent près de 20% des dépenses de l'assurance Maladie. Ce poids exige que des actions de maîtrise médicalisée soient mises en œuvre. L'objectif réside dans la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, notamment de prescription, en aidant les professionnels à adopter de meilleures pratiques.

Développée depuis plusieurs années par l'assurance maladie, la maîtrise médicalisée a permis de réaliser plusieurs milliards d'euros d'économies tout en permettant aux patients de bénéficier de soins adaptés. En effet, les études disponibles démontrent que certains soins peuvent être délivrés de manière plus efficiente, soit parce que le produit est inutile, soit parce qu'il existe une alternative au moins aussi efficace mais moins coûteuse pour la collectivité.

Cette action nécessite de s'appuyer sur des référentiels médicaux précis et validés tels que ceux que la Haute Autorité de Santé a produit au cours des dernières années.

Dans le contexte financier actuel, il est indispensable de développer les actions de maîtrise médicalisée et, par conséquent, la production et la diffusion de référentiels de bonne pratique produits et/ou validés par la HAS s'appuyant sur des analyses médico-économiques.

Les actions à décliner concernent principalement : les médicaments à croissance exponentielle comme les statines, IEC/Sartans, IPP.

Des actions sont menées également sur les antibiotiques, les anti-HTA, les antalgiques, les Anti agrégants plaquettaires, les anti ostéoporotiques, les anti diabétiques, anti dépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques, la promotion du générique, l'utilisation des pansements actifs.

Ces actions sont menées conjointement par les praticiens-conseils et les DAM, auprès des libéraux et des hospitaliers.

53

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Décliner au niveau local les campagnes d'échanges confraternels et de visites des DAM afin de :
 - porter les recommandations de la HAS sur les prescriptions en matière d'antibiothérapie, anti hypertenseurs, anti ostéoporotiques, anti diabétiques, anti-dépresseurs, anti-anxiolytiques et hypnotiques, antalgiques et sur la juste utilisation des pansements ;



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

- promouvoir la prescription des médicaments dans le Répertoire des médicaments généricables.
- Suivre l'accord signé avec les pharmaciens d'officine prévoyant le tiers-payant contre générique.
- Promouvoir le CAPI qui comporte des critères portant sur le médicament et le générique
- Accentuer la sensibilisation des prescripteurs hospitaliers (MMH).
- Sensibiliser les assurés sur les antibiotiques, l'usage de statines et de génériques.



13. ARRETS DE TRAVAIL : DEPLOIEMENT DES REFERENTIELS DE PRESCRIPTION

Objectif :

Limiter l'accroissement des dépenses d'indemnités journalières par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des assurés et des médecins prescripteurs.

Objectif 2010:

Restreindre la progression des dépenses à +1,7% par rapport aux dépenses de l'année 2009

PILOTES DU PROGRAMME

National : CNAMTS

Régional : CPAM du Doubs (IJ), CPAM Belfort (Visites DAM), en lien avec le Service Médical

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

Nationaux :

- Taux national d'évolution des dépenses d'indemnités journalières

Régionaux :

- Taux régional d'évolution des indemnités journalières (en montant et en nombre)

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

En 2009, les dépenses d'indemnités journalières (IJ) versées par l'Assurance maladie (Maladie et Accidents du Travail/Maladies Professionnelles) s'élèvent à 7,9 milliards d'euros, dont 5,6 milliards d'euros au titre du risque maladie (soit 72% des dépenses).

En 2009, l'évolution des IJ est en augmentation avec en fin d'année un ralentissement de la croissance des dépenses.

Malgré la décélération observée à la fin de l'année 2009 (+4,9% par rapport à la même période de l'année précédente (CJO en date de liquidation), la tendance est repartie à la hausse en ce début 2010. Celle ci devra être confirmée par les prochaines données.

La hausse des dépenses d'IJ reste majoritairement liée aux arrêts de longue durée. Ainsi les arrêts de plus 45 jours ont augmenté de + 4,7% entre 2007 et 2008 et contribué pour plus de 75% à l'évolution des indemnités journalières versées. En 2009, les IJ de plus de 3 mois ont progressé de +98% par rapport à 2008.

Les visites DAM et les entretiens confraternels des praticiens conseil s'inscrivent en accompagnement de l'objectif de maîtrise de l'évolution du poste "Indemnités journalières". Pour 2010, l'objectif est de limiter la progression des dépenses à +1,7% par rapport aux dépenses de l'année 2009.

Le plan d'accompagnement initié auprès des médecins généralistes lors de la première campagne de 2009 se poursuit en 2010 avec pour objectif principal de promouvoir le bon usage de la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes, de prévenir la chronicisation de l'arrêt de travail et de sensibiliser les assurés.

Ce plan d'accompagnement comprend deux volets :

- Un volet "assurés" avec une campagne en cours d'élaboration dont les actions seront déclinées sur le second semestre.
- Un volet "professionnels de santé" avec des échanges confraternels et des visites DAM auprès des médecins généralistes et des médecins hospitaliers.

Pour aider le médecin traitant dans sa pratique quotidienne, l'Assurance Maladie met à disposition de nouveaux outils : des fiches repères proposant des durées indicatives d'arrêts de travail par pathologie, sur la base des recommandations de la HAS et de références scientifiques étrangères en vigueur.



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Une évolution importante du poste Indemnités Journalières pour la région Franche-Comté en 2010 :

- Evolution en montants IJ = +7% (pour un objectif = +0.6%) à fin Octobre 2010,
- Evolution en nombre d'IJ = +4.6% (pour un objectif = -0.7%) à fin Octobre 2010.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Volet Assurés :
 - Communication envers les assurés sur la réglementation et renforcement des contrôles
- Volet Professionnels de Santé :
 - Ciblage des médecins prescripteurs et éventuelle MSAP
 - Mise à disposition des organismes locaux de fiches repères de durée indicative d'arrêt de travail, par pathologie
 - Lancement des campagnes DAM et Echanges confraternels

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Visites DAM des médecins orientées sur la prescription des arrêts de travail avec la remise de fiches repères de durées indicatives d'arrêt de travail par pathologie.
- Entretiens confraternels.
- Mise sous accord préalable éventuelle des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières.
- Contrôles administratifs et médicaux : politique de contrôle et de ciblage des arrêts de travail selon la durée, la fréquence, voire la pathologie.



14. PROFESSIONNELS DE SANTE

14.1. DEPLOIEMENT DES REFERENTIELS MASSEURS-KINESITHÉRAPEUTES

Objectifs :

- Homogénéiser les pratiques dans le cadre du bon usage des soins,
- Peser sur le poste de dépenses des soins de masso-kinésithérapie.

Objectifs cibles :

Evolution des dépenses de kinésithérapie :

National : +2.8%

Régional : +1.8%

PILOTES DU PROGRAMME

National : CNAMTS

Régional : DCGDR / CPAM du Doubs en partenariat avec le Service Médical

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

- Nombre d'entretiens confraternels et de visites DAM
- Evolution des dépenses de kinésithérapie

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Un constat : la disparité des pratiques. Comme dans d'autres domaines, on observe des pratiques hétérogènes en matière de rééducation. Plus précisément, la rééducation postopératoire pour 4 interventions a été observée en 2007. Ce constat s'appuie sur des données statistiques concernant des populations homogènes de malades (exclusion des patients les plus lourds : co-morbidités associées et âges extrêmes). Elle fait apparaître les constats suivants :

- lors de la rééducation après chirurgie pour syndrome du canal carpien, le nombre moyen de séances de kinésithérapie constaté est de 13. Selon les départements, elle varie de 6 (Mayenne) à 19 (Haute-Corse),
- pour la rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, le nombre moyen de séances constaté est en moyenne de 35 séances au niveau national. Cette moyenne varie de 25 (Paris) à 48 (Pyrénées-Orientales),
- pour la rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, le nombre moyen de séances constaté est de 22. Cette moyenne varie de 11 dans l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher à 39 en Haute-Corse,
- pour la rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale du genou, le nombre moyen de séances constaté est de 33. Cette moyenne varie de 20 (Hautes-Alpes) à 45 (Hautes-Pyrénées).

Il convient donc d'harmoniser les pratiques en portant à la connaissance des masseurs-kinésithérapeutes et médecins prescripteurs les recommandations de la HAS sur le nombre de séances au-delà duquel il n'y a habituellement pas lieu de poursuivre la rééducation pour une pathologie donnée.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Une évolution forte de +3.7% des dépenses de masso-kinésithérapie entre 2009 et 2008. Une tendance à fin septembre 2010 à +3.9%

La densité de professionnels masseurs-kinésithérapeutes en Franche-Comté est inégale. Certains départements craignent d'être confrontés à une offre de soins déficitaire, comme le Jura.



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Etablir un état des lieux de l'offre de soins.
- Effectuer les entretiens confraternels et les visites DAM auprès des médecins et masseurs-kinésithérapeutes ciblés en ville en comme en établissement, dans le calendrier prévu.
- Veiller au respect de la procédure d'entente préalable par les masseurs-kinésithérapeutes.
- Contrôler le respect des référentiels et de la NGAP par les masseurs-kinésithérapeutes.



14.2. MAITRISE DES DEPENSES DE TRANSPORT

En complément du programme sur les transports, développé dans le cadre des priorités ARS, l'Assurance Maladie poursuit son action sur le thème de maîtrise des dépenses de transport.

Objectif :

- Limiter l'évolution des dépenses de santé liées aux Transports

Objectif d'économie : 95 M€ (+ 4.5%)

PILOTES DU PROGRAMME

National : CNAMTS

Régional : CPAM Haute-Saône

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Evolution des dépenses de transports (en montant)

Régional :

- Evolution des dépenses de transports (en montant)

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Dans un contexte de maîtrise de dépenses, le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie fixe comme objectif, pour l'année 2010, 95 M€ d'économie, par l'amélioration de l'efficacité des prescriptions de transports.

Les dépenses en matière de transports pèsent près de 2% des dépenses de santé, avec une évolution annuelle de 6,5 points.

59

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Pour la Franche-Comté, l'évolution des dépenses de transport à fin août 2010, est égale à +5.1%. On constate cependant des différences entre les départements : le Doubs et la Haute-Saône arrivant à limiter l'évolution des dépenses de transports respectivement à +1.0% et +1.2%, alors que le Jura et le Territoire de Belfort enregistrent une évolution atteignant respectivement +4.7% et +5.7%.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Ciblage des établissements à visiter
- Ciblage des transporteurs à visiter

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- S'assurer de la conformité des prestations de transports facturées et remboursées au regard du référentiel réglementaire par des contrôles s'appliquant à différents types de transports :
 - Contrôles des taxis, entreprises de transports sanitaires & VSL suite à signalement, anomalie.
 - Contrôles sur transports facturés pour les patients des structures HAD, MAS et autres structures médico-sociales.
 - Contrôles sur les transferts hospitaliers.
 - Contrôles sur la garde ambulancière.
 - Sanctionner les transporteurs déviants.
 - Sensibiliser les transporteurs sur les bonnes pratiques réglementaires => Visites DAM.



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

- Sensibiliser les établissements sur les bonnes pratiques de prescription.
- Contractualiser avec les établissements les plus déviants, conjointement avec l'Agence Régionale de Santé, pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports.



15. AFFECTION LONGUE DUREE ET BIZONE : DIFFUSION DES RECOMMANDATIONS HAS ET ACCOMPAGNEMENT DES MÉDECINS

Objectif :

- Limiter l'évolution des dépenses de santé liées aux Affections Longue Durée, par la mise à disposition de guides élaborés par l'AM et l'HAS et leur promotion auprès des médecins.

Objectif d'économie : 59M€ d'économie en 2010 (-0.5 points)

PILOTES DU PROGRAMME

National : CNAMTS

Régional : CPAM du Jura

INDICATEURS DE SUIVI DU PROGRAMME

National :

- Ratio ALD = Différence entre ratio cumulé 2010 et celui 2009 des dépenses sur les soins de ville (hors IJ) en rapport avec ALD

Régional :

- Ratio ALD = Différence entre ratio cumulé 2010 et celui 2009 des dépenses sur les soins de ville (hors IJ) en rapport avec ALD

ENJEUX ET CONTEXTE NATIONAL

Les ALD sont des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Elles ouvrent à ceux qui en sont atteints un droit à l'exonération du "ticket modérateur" : autrement dit, la participation financière du malade est supprimée pour les actes et produits qui visent à soigner son affection. Par ce mécanisme, qui remonte aux origines de l'Assurance maladie, la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les maladies les plus graves dont les soins sont les plus onéreux, exprimant ainsi deux valeurs fondamentales de notre solidarité collective : l'attention particulière aux plus grands malades, et la couverture universelle des risques les plus lourds.

La part des dépenses de santé engagées par les 8,3 millions d'assurés sociaux qui souffrent d'une ALD est considérable. En effet, les patients en ALD sont ceux dont le besoin de soins et donc la consommation de soins sont les plus importants. Leurs dépenses représentent plus de 60% des dépenses de l'assurance maladie et une part encore plus importante de la croissance des dépenses. En effet, sur une augmentation des dépenses de l'ordre de 5% par an, l'Assurance Maladie estime que près de 80% résulteront des affections longues durées, non pas à cause du vieillissement de la population, mais du fait de la prévalence de pathologies lourdes ou d'actions de dépistages généralisés à des populations entières.

Dans ce contexte, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, qui a créé la HAS, a prévu une évolution du régime des ALD. Celle-ci passe notamment par la définition, pour tout malade entrant en ALD, d'un nouveau protocole de soins définissant le parcours de soins souhaitable pour le malade. Ce protocole est établi par le médecin traitant avec son patient qui le contresigne et validé par le médecin conseil de l'Assurance maladie. C'est donc un véritable engagement contractuel au service de la qualité du parcours de prise en charge du malade qui est visé, conduisant à mieux repérer et suivre les personnes atteintes d'une maladie chronique.



■ PRIORITÉS ASSURANCE MALADIE

La même loi a donné à la HAS trois missions dans ce dispositif rénové, complémentaires :

- émettre un avis sur le décret fixant la liste des ALD, ce qui revient à expertiser toute adjonction ou radiation envisagée,
- formuler des recommandations sur les critères médicaux utilisés pour la définition des ALD,
- formuler des recommandations sur les actes et prestations nécessités pour la prise en charge des différentes affections concernées.

L'objectif est de pouvoir servir de support aux protocoles de prise en charge des patients atteints des ALD évoqués ci-dessus.

Dans ce cadre, il y a lieu de noter que la Haute Autorité de Santé s'est fixée comme objectif un réexamen d'ensemble de la liste des ALD sur une période de 3 ans et de les actualiser ensuite en tant que de besoin (au minimum tous les 3 ans).

D'autre part, les prescriptions de soins relatives au traitement d'une ALD sont portées sur un ordonnancier bizona présentant une partie haute réservée aux prescriptions relatives au traitement de l'ALD exonérante et une partie basse réservée aux autres prescriptions.

Le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie fixe comme objectif, pour l'année 2010, 59 M€ d'économie, par l'amélioration de l'utilisation de l'ordonnancier bizona pour les patients en affection de longue durée.

Des fiches d'aide à la rédaction des ordonnances ont été établies par l'Assurance maladie et validées par la HAS. Le médecin est également tenu d'attester, par cochage sur la feuille de soins, que les prescriptions portées sur l'ordonnance sont conformes au protocole de soins.

ENJEUX ET CONTEXTE RÉGIONAL

Pour la Franche-Comté, à fin septembre 2010, 82% des dépenses de soins de ville (hors IJ) sont en rapport avec une ALD. Le ratio ALD à fin septembre 2010 est égal à +0.3 point (pour un objectif égal à -0.5 point).

62

ACTIONS À MENER AU NIVEAU NATIONAL

- Mise à disposition des guides ALD élaborés par la Haute Autorité de Santé
- Mise à disposition des guides administratifs sur l'ALD élaborés par la CNAMTS.

ACTIONS À MENER AU NIVEAU RÉGIONAL

- Relayer les recommandations HAS et AM sur les ALD aux médecins libéraux et hospitaliers, par le biais des DAM et des PC.
- Contrôler les prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnance bizona.
- Mise en place de la liquidation médico-administrative sur 12 pathologies (action RSI).
- Suivi des prescriptions des médecins par le système d'information médicalisée ARCHIMED (action MSA)





TÉLÉMÉDECINE

EN FRANCHE-COMTÉ

PROGRAMME 2012-2016

Préface

Dans une région à forte composante rurale et dont la démographie médicale pourrait rapidement devenir préoccupante, nous devons anticiper et permettre aux acteurs, professionnels de santé et industriels, de concevoir des solutions adaptées aux besoins des populations.

Or qu'il s'agisse de faciliter les prises en charge hospitalière à distance, de faire dialoguer les établissements médico-sociaux avec l'hôpital, d'améliorer le suivi des patients atteints de maladies chroniques, de permettre le maintien à domicile des personnes dépendantes, les solutions e-santé sont aujourd'hui nombreuses et efficaces. Par ailleurs, la télémédecine va pouvoir profiter des améliorations intervenues dans l'infrastructure des télécommunications et de la croissance des communications numériques.

En Franche-Comté, nous disposons dès aujourd'hui d'un environnement favorable pour développer l'offre de services de demain :

- des professionnels de terrain motivés et déterminés pour porter les projets d'e-santé,
- un socle de services opérationnels : messagerie sécurisée, hébergement agréé, infrastructures d'échanges, service d'annuaires, identification des patients.

Forts de ses atouts, nous allons résolument nous engager dans la promotion des outils de téléexpertise, télésurveillance ou téléconsultations qui améliorent non seulement l'accès aux soins mais aussi les pratiques médicales et nous autorisent à repenser les coopérations entre professionnels de santé.

Ce programme régional de télémédecine est né de la réflexion des groupes de travail pluridisciplinaires sur les Schémas. Il porte donc les ambitions en matière de télémédecine que partagent l'Agence et ses partenaires. Et pour que cette ambition se traduise demain par la mise en place de solutions adaptées aux besoins des professionnels de santé et répondant aux attentes de nos concitoyens, une démarche sur l'acceptation et l'appropriation de la télémédecine par tous les acteurs de la chaîne de soins sera nécessaire.

C'est bien là tout l'enjeu de ce programme de télémédecine qui est un des axes forts de notre Projet régional de santé.

Sylvie MANSION

Directrice générale de l'ARS de Franche-Comté.



Sommaire

1.	La définition des activités de télémédecine.....	5
1.1.	Quelle définition donner à la télémédecine ?.....	5
1.2.	A quels besoins répond la télémédecine ?	6
1.3.	Les bénéfices attendus	7
1.4.	L'articulation avec la télésanté.....	8
1.5.	Un environnement favorable avec la convention médicale	8
2.	Le contexte juridique	11
2.1.	Les conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine	11
2.2.	L'organisation de l'activité de télémédecine sur un territoire de santé	11
2.3.	La tarification et le financement	12
3.	La stratégie de déploiement de la télémédecine.....	14
3.1.	La stratégie nationale et les chantiers prioritaires	14
3.1.1.	La stratégie nationale	14
3.1.2.	Les chantiers prioritaires.....	15
3.2.	La stratégie régionale.....	16
3.2.1.	Le bilan du SROS de 3 ^{ème} génération	16
3.2.2.	Les orientations régionales.....	17
3.2.3.	Le déploiement de l'e-santé.....	24
4.	Le suivi et l'évaluation du programme régional de télémédecine	28
5.	Abréviations.....	29
6.	Annexe 1 : fiche AVC	30



La définition de la télémédecine



1. La définition des activités de télémédecine

1.1. Quelle définition donner à la télémédecine ?

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Cinq actes de télémédecine ont été définis par le code de la santé publique (l'article R6316-1) :

La téléconsultation : c'est une **consultation médicale à distance** réalisée en présence du patient. Le patient, acteur à part entière, peut dialoguer avec le médecin requérant ou le médecin téléconsultant. Un professionnel de santé (un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute, un manipulateur radiologue...) peut assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

La téléexpertise : c'est une **aide à la décision médicale** apportée à un médecin par un autre médecin situé à distance. Elle peut se réaliser en dehors de la présence du patient. C'est un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble, en fonction de leur spécialité, un diagnostic et/ou une thérapie sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical.

La télésurveillance : c'est un acte médical qui permet de **surveiller à distance** un patient. Il découle de la transmission de données nécessaires au suivi médical d'un patient, permettant au médecin qui interprète ces données de prendre les décisions diagnostiques et/ou thérapeutiques adaptées. Ces données sont recueillies par un professionnel de santé qui peut être un paramédical qui agit sous la responsabilité d'un médecin. Ces données peuvent être transmises par le patient lui-même.

La téléassistance : un médecin **assiste à distance** un autre médecin ou un professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie, voire dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à personne en danger en attendant l'arrivée d'un médecin.

La **réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale** peut reprendre les 4 typologies évoquées. En Franche-Comté, elle prend communément la forme d'une téléconsultation. Le patient compose le 15 ou le 3966. Il est alors orienté par le médecin régulateur qui a établi le diagnostic de gravité. Ensuite, une téléconsultation peut-être réalisée avec, dans certains cas, la transmission d'une ordonnance à la pharmacie de proximité (protocole établi par la HAS)¹.

¹ HAS : Prescription médicamenteuse par téléphone (ou télé prescription) dans le cadre de la régulation médicale, février 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_784119/prescription-medicamenteuse-par-telephone-ou-teleprescription-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale



1.2. A quels besoins répond la télémédecine ?

Garantir l'égalité d'accès aux soins

En supprimant la distance, la télémédecine rapproche les patients de la présence et/ou de l'expertise médicale. Elle améliore donc l'accessibilité de tous sur l'ensemble du territoire aux soins, notamment mais pas exclusivement dans les zones enclavées, isolées ou sous-denses.

En réduisant le temps de réponse dans le cas d'une situation **d'urgence**, la télémédecine permet une plus grande égalité de chances.

Assurer une meilleure couverture médicale

Si la situation régionale globale en matière de démographie médicale n'est pas trop inquiétante², la télémédecine permettra de pallier à des difficultés locales qui peuvent intervenir lorsque, par exemple, les soins dans un bassin de vie reposent sur un petit nombre de professionnels proches de l'âge de la retraite. Par ailleurs, la tension constatée pour nombre de spécialités incite à développer, notamment la téléconsultation et la téléexpertise.

Améliorer la qualité des soins

En communiquant des images, des résultats d'examen, des dossiers ou des comptes-rendus, la télémédecine améliore la qualité et la sécurité des soins.

En assurant un meilleur accès aux soins, elle concilie proximité et sécurité en permettant à des médecins traitants de recourir dans les meilleures conditions à des expertises supplémentaires.

En favorisant la coopération des pratiques médicales et le suivi à distance, elle permet de conserver un bon niveau de qualité des soins tout en maintenant les patients dans leur lieu habituel de vie (à domicile ou en établissement médico-social, des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques).

Contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

La télémédecine permet également de favoriser un recours maîtrisé au système de soins en diminuant la fréquentation des urgences, le recours aux dispositifs de permanence des soins, les hospitalisations inadéquates et les transports.

Elle peut permettre de contribuer à une décélération des dépenses de santé dans la prise en charge des maladies chroniques comme par exemple pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique avec la télé dialyse.

² DREES - Dossier solidarité et santé n°12 - La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées



1.3. Les bénéfiques attendus

Ils sont potentiellement nombreux.

Pour le patient :

- En apportant une réponse adaptée dès le début de la prise en charge, notamment en écourtant les délais de prise en charge³ ;
- En diminuant la fréquence, la durée moyenne des hospitalisations, notamment dans les établissements de proximité grâce à la pratique de téléconsultations ou de télé expertises spécialisées vers l'établissement de recours ;
- En évitant les transports inappropriés ou non justifiés vers l'établissement de recours (source d'anxiété et de risques pour certains patients fragilisés, notamment les personnes âgées) ;
- En favorisant le maintien à domicile ou au sein des structures médico-sociales grâce à la télésurveillance ou la téléassistance qui permettent aux patients de devenir ainsi acteurs de leur propre santé.

Pour les professionnels de santé :

- En améliorant l'articulation et la coordination des soins entre le premier et second recours, notamment en facilitant le recours aux avis spécialisés de second recours. La gradation des soins⁴ doit permettre de sortir d'une attractivité hospitalière d'amont et d'aval et de développer une solidarité régionale en matière d'offre de santé, tenant compte des ressources existantes tout en garantissant la qualité ;
- En apportant une réponse à l'isolement d'une équipe soignante dans un établissement de proximité⁵, ou d'un médecin généraliste de premier recours exerçant dans un territoire⁶, ou encore d'une équipe pluridisciplinaire exerçant dans une structure regroupée (maisons de santé pluridisciplinaires, pôles et centres de santé...);
- En permettant d'acquérir de nouvelles connaissances⁷ et renforcer leurs collaborations interprofessionnelles ;
- En optimisant le temps médical et paramédical.

Pour les pouvoirs publics :

- Pour les ARS, la télémédecine constitue un levier pour un meilleur aménagement du territoire de santé. Son usage permet en effet une gestion optimisée des ressources humaines mobilisables et une aide aux zones sous denses⁴ (lutte contre les inégalités d'accès aux soins).
- Pour les collectivités locales, la télémédecine permet de maintenir une présence santé dans tous les territoires. Elle constitue in fine un facteur de maintien de l'attractivité du territoire.

³ Fiches SROS - Urgences

⁴ Objectif 3.2 du PSRS : améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social)

⁵ Fiche SROMS - Conforter la démarche qualité en EHPAD

⁶ Fiche SROS - PRS Ambulatoire

⁷ Objectif 3.3 du PSRS : améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire



- Pour l'Assurance Maladie, la télémédecine est un moyen de prévenir des complications de patients atteints de maladies chroniques⁸, d'éviter ou de raccourcir des hospitalisations et de diminuer des coûts logistiques comme le transfert par ambulance de patients.

1.4. L'articulation avec la télésanté

Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins de janvier 2009 relatif aux préconisations sur la télémédecine précise que *la télémédecine doit être distinguée de la notion de télésanté. Elle en constitue un **sous ensemble spécifique** dont la principale particularité tient à ce qu'elle concerne des professions réglementées.*

D'après M. Lasbordes⁹, *la signification de la télésanté reste quant à elle encore imprécise. **Son champ d'application est plus vaste que celui de la télémédecine** par sa vocation à couvrir, outre le domaine médical au sens strict, le domaine très large et divers du médico-social.*

La télésanté est 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. Quelques exemples d'applications : téléinformation, télévigilance, télémonitoring, téléanimation, téléformation, téléprescription.

La télémédecine relève du champ exclusivement médical de la télésanté.

1.5. Un environnement favorable avec la convention médicale¹⁰

L'informatisation des cabinets médicaux figure parmi les axes prioritaires de la nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011 car elle constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité des pratiques. Des indicateurs ont ainsi été introduits pour le paiement à la performance :

- **La tenue d'un dossier médical.** Il doit permettre pour chaque patient de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens para cliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.
- L'utilisation d'un **logiciel d'aide à la prescription.** Ce dernier permettra d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.
- **Les échanges dématérialisés entre professionnels**
- **L'élaboration du volet de synthèse du dossier médical par le médecin traitant.** Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit des données cliniques et paracliniques. Il est en mesure à partir de ce dossier d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné.

⁸ Objectif 2.6 du PSRS : améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique

⁹ La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être – octobre 2009

¹⁰ Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JO 25 septembre 2011 : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110925_0016.pdf



Cette dynamique est de nature à faciliter le déploiement de :

- la télémédecine dans les cabinets des médecins libéraux et dans les maisons de santé pluridisciplinaires car elle incite les médecins à informatiser leur cabinet et les éditeurs de logiciels à renforcer leur offre de service aux nouveaux besoins de leurs clients.
- du dossier médical personnel qui bénéficiera également de cette dynamique, la tenue du dossier médical et l'élaboration du volet de synthèse du dossier médical par le médecin traitant étant encouragées.



Le contexte juridique



2. Le contexte juridique

La loi HPST¹¹ puis le décret du 19 octobre 2010¹² ont donné une véritable assise juridique à la télémédecine afin de favoriser son déploiement sur l'ensemble du territoire.

Le texte délimite l'exercice de la télémédecine en alliant souplesse et sécurité pour encourager les initiatives locales tout en sécurisant les professionnels et les patients. En effet, il définit explicitement les conditions de mise en œuvre par les professionnels de santé et l'organisation des activités de télémédecine sur un territoire de santé.

2.1. Les conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine

La télémédecine comme tout acte de nature médicale, doit respecter les principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients, des règles de compétences et de coopérations entre professionnels de santé, du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales et des échanges informatisés de données de santé.

Des exigences supplémentaires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées. En effet, sont inscrits dans le dossier du patient :

- Le compte-rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées ;
- L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- La date et l'heure de l'acte ;
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Les actes de télémédecine, impliquant la présence du patient (téléconsultation, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et réponse médicale) se font avec le consentement libre et éclairé du patient. Ce dernier doit donc être informé de manière claire des conditions de cet acte. La formalisation de ce consentement n'est pas obligatoire. Le patient peut ne pas donner explicitement son consentement.

La télé-expertise qui peut se faire en dehors de la présence du patient doit faire l'objet d'une information préalable du patient (patient dûment informé) et sans que celui-ci s'y soit opposé.

Le consentement express de la personne relatif à l'hébergement des données de santé prévu à l'article L.1111-8 du code de la santé publique peut désormais être exprimé par voie électronique.

2.2. L'organisation de l'activité de télémédecine sur un territoire de santé

Le pilotage de l'organisation de l'activité de télémédecine doit être organisé à la fois au niveau national et régional pour l'adapter aux spécificités locales.

Son encadrement est réalisé à deux niveaux :

Niveau 1 :

- soit par un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;
- soit par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec un établissement de santé ou un service de santé ou un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la

¹¹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

¹² Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id>



coordination des soins (CAQCS) conclu avec un établissement, une structure ou un professionnel de santé ;

- soit par un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

Ces contrats doivent prendre en compte d'une part les orientations nationales, et d'autre part les préconisations et axes stratégiques du programme régional de télémédecine.

Niveau 2 :

- une convention devra être systématiquement signée entre les partenaires qui concourent à une activité de télémédecine afin de clarifier les droits et devoirs incombant à chaque acteur

2.3. La tarification et le financement

Il faut distinguer le **remboursement des actes de télémédecine** (tarification des actes) du **financement de l'organisation de l'activité de télémédecine**.

- La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 (dispositions générales relatives aux prestations et aux soins), L. 162-14-1 (dispositions relatives aux relations conventionnelles), L. 162-22-1 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en SSR et psychiatrie), L. 162-22-6 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en MCO) et L. 162-32-1 (dispositions relatives aux centres de santé) du code de la sécurité sociale.
- L'organisation de l'activité de télémédecine peut être financée au titre du dispositif prévu à l'article L. 221-1-1 (dispositions relatives au FIQCS) ainsi qu'au L. 162-22-13 (dispositions relatives aux MIGAC) du code de la sécurité sociale ainsi que dans les conditions prévues aux articles L.314-1 et L.314-2 du code de l'action sociale et des familles.

La CNAMTS fournira une liste d'actes susceptibles d'entrer dans le périmètre de la télémédecine, en tenant compte des cinq priorités du COPIL, notamment en termes d'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, de la prise en charge de l'AVC et soins aux détenus.

La DSS fournira une fiche sur l'élaboration des nomenclatures et sur la construction des tarifs, recensant également les modalités de tarification et de facturation qui pourront éventuellement servir à la tarification ou à la facturation d'actes de télémédecine.



Le déploiement de la télémédecine



3. La stratégie de déploiement de la télémédecine

3.1. La stratégie nationale et les chantiers prioritaires

3.1.1. La stratégie nationale

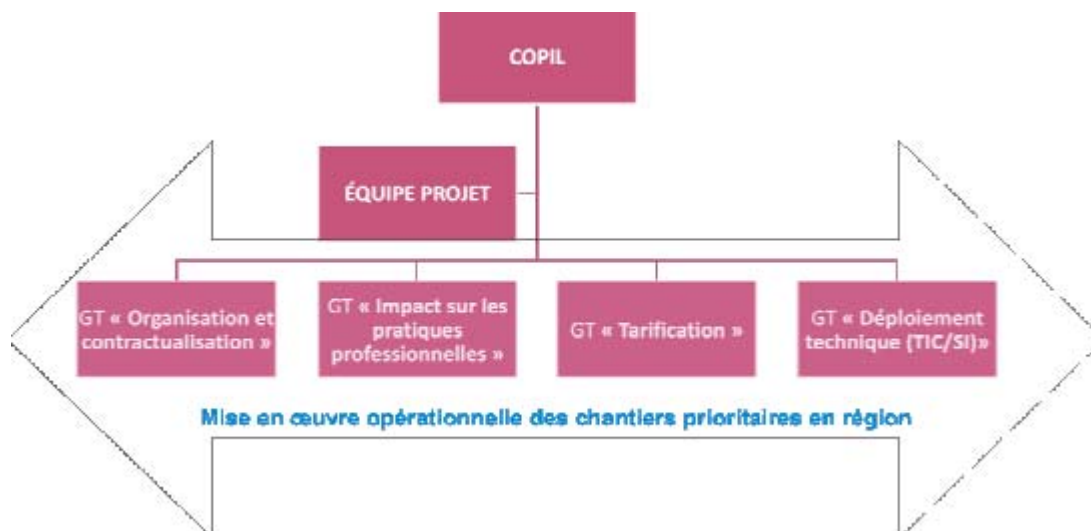
Le ministère de la Santé a lancé, au début de l'année 2011, l'élaboration d'un plan stratégique national de déploiement de la télémédecine. Ce plan a pour objet de déterminer les axes prioritaires de déploiement de la télémédecine, d'identifier les freins, obstacles et leviers à son développement afin de favoriser les usages sur le terrain.

Dans une démarche de gouvernance collective, ce plan est piloté par un comité de pilotage stratégique interministériel animé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), avec l'appui de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS).

La composition du COPIL a été conçue de façon à intégrer les différentes dimensions de la télémédecine, ainsi que les institutions concourant à sa promotion. C'est ainsi que la DGCIS, la DATAR et la DGCS y participent. Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre par le COPIL comprend la coordination des actions du plan, la mesure de leur réalisation, le suivi financier, l'analyse des difficultés éventuellement rencontrées et la formulation de propositions d'infléchissement du plan si nécessaire.

Le réseau des référents télémédecine est étroitement associé à la mise en œuvre du plan. Ils assurent, sous la responsabilité du Directeur Général de l'ARS, l'interface avec les institutions nationales afin d'animer et coordonner la mise en œuvre des orientations régionales en adéquation avec les préconisations nationales.

Indépendamment de la très large représentation institutionnelle au sein des différents groupes de travail, le COPIL soumettra, en tant que de besoin, les principales préconisations à un public plus large, professionnel de santé ou patient.



Le plan stratégique national se structure autour de trois volets :

- Un **document stratégique "stratégie télémédecine 2011-2015"**, précisant la vision, les enjeux et les grandes orientations stratégiques à moyen terme ;

- Un **plan d'actions**

Chacune de ces actions relève de la responsabilité d'un pilote précisément identifié. Elles sont concomitantes et coordonnées. Chaque action aura fait l'objet, au terme d'un travail approfondi



d'analyse et d'examen des alternatives possibles, d'une description aussi précise que possible : contexte, objectifs poursuivis, pilote et partenaires, calendrier, modalités et montant des financements, vecteur contractuel éventuel, indicateurs de suivi et d'évaluation.

- Une **"boîte à outils"** recensant les éléments de méthodes existants ou découlant de la mise en œuvre d'actions spécifique du plan (réglementation, référentiels de bonne pratique, guides, modèles contractuels, modèles d'évaluation...) ainsi que les dispositions de gouvernance, de suivi et d'évaluation du plan.

3.1.2. Les chantiers prioritaires

A partir d'un recensement des initiatives en région, la maturité des projets a été évaluée en analysant concomitamment :

- L'impact populationnel ;
- Le niveau de diffusion ;
- La capacité d'intégration dans l'organisation des soins : facilité de mise en œuvre par les professionnels et facilité d'appropriation par les usagers ;
- La création de valeur et l'innovation dans la chaîne de soins ;
- L'interopérabilité technique et la sécurité des systèmes d'information ;
- La participation à une meilleure gradation des soins entre le premier et second recours ;
- L'articulation entre les champs sanitaire et médico-social.

Sur la base de cette évaluation, 5 chantiers prioritaires au niveau national ont été retenus:

- **Imagerie en termes de continuité et permanence des soins**
- **Prise en charge de l'AVC**
- **Santé des détenus**
- **Prise en charge d'une maladie chronique**
- **Soins dans les structures médico-sociales ou en HAD**

Imagerie en termes de permanence des soins :

Ce chantier répond notamment à la problématique de la permanence des soins des établissements de santé dans un contexte de plus en plus contraint en termes de ressources humaines et de spécialisation des radiologues. Il existe des projets fiables et opérationnels déployés dans de nombreuses régions. Les solutions techniques sont connues, maîtrisées et présentent l'avantage d'être évolutives. L'offre industrielle existe même si elle est perfectible. Les recommandations des sociétés savantes sont élaborées. Il existe des modèles financiers en termes de prestations et d'achat de matériel. Enfin, ce chantier s'inscrit dans le cadre plus large de la mise en place des réseaux de système d'archivage et de transmission d'images. Il s'agit désormais d'expertiser les organisations mises en place afin de poser des modèles organisationnels et financiers vertueux et modélisables.

Prise en charge de l'AVC :

Ce chantier correspond à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et permettre ainsi la mise en œuvre d'un traitement efficace pour diminuer la mortalité et les séquelles des AVC. Il s'inscrit en complémentarité des mesures organisationnelles du plan national AVC. Il apporte des solutions innovantes et pérennes. Les projets pilotes s'avèrent prometteurs. Les solutions techniques existent. En revanche, les modalités organisationnelles et financières sont à construire et pérenniser.

Santé des détenus :

Il répond à la volonté d'offrir aux patients sous main de justice de bénéficier de soins équivalents aux autres patients. En effet, la contrainte de la prison rend difficile l'accès aux consultations et en particulier aux spécialités. Les dispositifs de télémédecine permettent de prendre en charge ces patients en toute sécurité et dans des conditions de prise en charge de qualité.

Ce chantier permet une modélisation intéressante d'une organisation globale de télémédecine sur un territoire de santé. La prise en charge de la santé des détenus permet en effet d'appréhender l'ensemble des axes en termes de typologie d'actes, d'organisation, de financement, de technique, d'industrialisation, et de questions éthiques.



Prise en charge d'une maladie chronique :

Ce chantier très novateur oblige à un réel décloisonnement des différents champs d'intervention pour une prise en charge optimale par le biais de la mise en place d'organisations innovantes.

L'augmentation constante du nombre de patients atteints de maladie chronique, le souhait des patients d'être soigné sur leur lieu de vie et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé obligent à une prise en charge ambulatoire de ces patients. Les dispositifs médicaux communicants, les visioconférences et l'e-éducation thérapeutique¹³ devraient contribuer à atteindre cet objectif. Des réflexions doivent être engagées sur les modèles organisationnels et financiers, notamment avec les maisons de santé pluridisciplinaire, pôles et centres de santé. Les études pilotes actuelles qui impliquent les spécialités hospitalières dans la télésurveillance devront progressivement intégrer les maisons de santé pluridisciplinaire, pôles et centres de santé dans les schémas organisationnels.

Soins dans les structures médico-sociales ou en HAD :

Ce chantier exige d'engager une réflexion globale et pluridisciplinaire sur l'ensemble des champs préventifs, médico-sociaux et sanitaires, notamment en termes de gradation des soins entre le premier recours et le second recours. Il répond à la nécessité de conduire la gestion du changement auprès des professionnels, prestataires et usagers.

Si à ce stade du déploiement, un choix s'imposait afin de construire le plan stratégique, il ne s'agit en aucun cas de segmenter l'offre et d'occulter l'axe organisationnel et structurant conduit par la télémédecine. Au contraire, le déploiement des 5 chantiers doit répondre aux enjeux et objectifs énoncés pour une meilleure gradation des soins et articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux sur les territoires de santé.

Il s'agit à partir de ces 5 chantiers prioritaires de construire des modèles organisationnels et financiers pérennes et modélisables à d'autres types de prise en charge ou pathologie.

3.2. La stratégie régionale

3.2.1. Le bilan du SROS de 3^{ème} génération

Deux thématiques ont fait l'objet d'un développement particulièrement significatif :

- L'imagerie
- La prise en charge des AVC¹⁴

L'imagerie et la téléradiologie

La région Franche-Comté bénéficie de l'expertise et des infrastructures régionales mises en place par les différents établissements d'une part, et par le GCS Emosist d'autre part, qui a développé un PACS régional (Picture archiving and communication system ou système d'archivage et de transmission d'images). Au cours de la première phase qui s'est déroulée en avril 2011, le CHU de Besançon, le centre hospitalier de Gray, le centre hospitalier et les praticiens libéraux de Pontarlier ont intégré ce dispositif.

La prise en charge des AVC

Les efforts de la région pour développer l'offre de soins en télémédecine sont à souligner. Que ce soit en matière de téléexpertise, téléconsultation ou d'assistance à la thrombolyse :

- Tous les imageurs sont connectés (scanners et IRM) et les connexions au réseau de télémédecine sont fiabilisées. Les liaisons vidéo sont établies en urgence pour la plupart des établissements.
- Le fonctionnement en routine est parfaitement intégré par l'ensemble des intervenants. Le transfert des images est opérationnel ;
- Les vidéos de patients et vidéoconférences fonctionnent ;
- La prise de décision de thrombolyse à distance est désormais faite en routine.

¹³ Séance d'éducation à la santé en téléformation

¹⁴ Pour en savoir plus, cf. annexe 1



3.2.2. Les orientations régionales

Quelles priorités pour couvrir quels besoins ?

Le tableau ci-après résume de façon synthétique :

- les 5 grandes priorités retenues dans la région et précisées dans ce document,
- les principaux besoins auxquels ces orientations répondent.

Priorités	Besoins	Améliorer la qualité des soins	Garantir l'égalité d'accès aux soins	Assurer une meilleure couverture médicale	Contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
1. Améliorer et renforcer les systèmes déjà mis en place ou en développement pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Développer une offre de proximité pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Développer le suivi à domicile par un réseau de télésanté coordonné, de 200 patients souffrants d'insuffisance cardiaque en Franche-Comté		<input type="radio"/>			
4. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Renforcer la performance du centre de réception et de régulation des appels		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Optimiser la prise en charge pré-hospitalière des urgences des patients en Ehpad.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7. Poursuivre le développement/déploiement de la téléradiologie			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Améliorer la prise en charge des patients au sein des établissements pénitentiaires			<input type="radio"/>		
9. Mieux structurer la chirurgie et développer des techniques innovantes dans le champ de la cancérologie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10. Expérimenter de nouveaux champs dans la cadre de l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques		<input type="radio"/>			



1. Améliorer et renforcer les systèmes déjà mis en place ou en développement pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (cette partie est développée dans l'annexe 1)

Contexte	Environ 150 000 personnes sont victimes d'AVC chaque année en France (prévalence estimée à 400 000 patients). L'Accident Vasculaire Cérébral est une maladie grave : troisième cause de mortalité en France et première cause de handicap acquis de l'adulte, elle constitue une des priorités de santé publique.
Lien PRS	Fiche SROS PRS cérébro-lésés.
Perspectives	<p>En matière de téléexpertise :</p> <p>Faire évoluer le dispositif actuel pour assurer sa pérennité et garantir la prise en compte des référentiels existants publiés par l'ASIP-Santé, la HAS et la DGOS ainsi que les obligations réglementaires.</p> <p>Permettre une intégration avec les différents dossiers des établissements de santé via le dossier communicant régional.</p> <p>Assurer l'interopérabilité du système de transfert d'images dans le respect des standards et en cohérence avec le projet PACS régional en cours de déploiement dans la région.</p> <p>Faire du réseau d'images, un service du GCS en matière de télé médecine en région.</p> <p>Converger vers un seul outil couvrant l'ensemble des besoins pour la prise en charge des urgences et du suivi neurologique.</p> <p>En matière de téléconsultation :</p> <p>Étendre le service de téléconsultation</p> <p>Systematiser l'utilisation de la téléconsultation conformément aux recommandations du plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014"¹⁵.</p> <p>Généraliser (en lien avec la problématique de suivi) ces installations dans les centres périphériques (SSR, EPAHD, Hôpitaux locaux) afin de poser le diagnostic neurologique précocement, pour des patients à risques.</p> <p>En matière de téléassistance :</p> <p>Mettre en place de nouveaux outils de traitement d'images avancé et d'aide au diagnostic pour augmenter la qualité des expertises neurologiques intégrées dans l'infrastructure et l'organisation mise en place pour la prise en charge des urgences neurologiques en Franche-Comté et en particulier le suivi du taux d'irradiation directement lié à l'imagerie médicale.</p> <p>Acquérir les outils nécessaires à la sécurisation de l'assistance à la thrombolyse.</p>

¹⁵ Plan d'actions national "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 <http://www.sante.gouv.fr/documentation,3919.html>



2. Développer une offre de proximité pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique

Contexte	La télédialyse constitue une alternative au centre de dialyse et à la dialyse péritonéale à domicile. Il s'agit de développer la télésurveillance du traitement réalisé en unités de dialyse médicalisée.
Lien PRS	Fiche SROS PRS - Insuffisance rénale chronique
Perspectives	<p>En Franche-Comté, certains sites pourraient en bénéficier. En particulier les unités de dialyse médicalisée éloignées des centres de néphrologie telles que Lons le Saunier, Belfort ou Pontarlier. Cela permettrait d'assurer la qualité et la sécurité des soins tout en maintenant une offre de proximité. Les avantages d'une offre de proximité sont doubles : garantir une amélioration de la qualité de vie des patients et maîtriser les coûts de transports.</p> <p>La télésurveillance pour les patients dialysés à domicile pourrait également être développée tout comme la téléassistance des infirmiers libéraux à domicile ou dans les structures d'hébergement (EHPAD, USLD...).</p> <p>3 priorités peuvent être ciblées pour améliorer l'offre de proximité :</p> <ul style="list-style-type: none">- Développer la télédialyse au niveau des UDM éloignées des centres de néphrologie ;- Développer la télésurveillance des patients dialysés à domicile ;- Développer la téléassistance des infirmiers libéraux à domicile et dans les structures d'hébergement.



3. Développer le suivi à domicile de 200 patients souffrants d'insuffisance cardiaque en Franche-Comté

Contexte	L'insuffisance cardiaque présente une prévalence d'environ un million de malades en France, avec une incidence de 120 000 nouveaux cas par an, plus de 150 000 hospitalisations dont beaucoup pourraient être évitées, pour une durée moyenne de séjour en soins intensifs de cardiologie de 13 jours. Parmi les maladies chroniques et les affections de longue durée, l'insuffisance cardiaque est particulièrement meurtrière et coûteuse en soins, alors qu'une prise en charge de qualité intégrant la prévention primaire dans le processus de soin, a depuis longtemps démontré son intérêt et son efficacité.
Lien PRS	Fiche SROS PRS Médecine
Perspectives	<p>1- Mettre en place le suivi à domicile par un réseau de télésanté coordonné de 100 patients souffrants d'insuffisance cardiaque grâce à un monitoring électronique à domicile communiquant sans fil avec un hébergeur de données médicales agréé par le Ministère de la Santé.</p> <p>En s'appuyant sur une coordination proactive des intervenants médicaux et infirmiers et une décision médicale précoce car informée, des ajustements thérapeutiques nécessaires.</p> <p>Afin d'améliorer la qualité de vie, diminuer les hospitalisations en urgence, accroître la durée de vie et diminuer le coût global de prise en charge de cette pathologie par la collectivité.</p> <p>2- Mettre en place la télésurveillance à domicile de patients souffrant d'insuffisance cardiaque (100 malades).</p> <p>Le projet porté par une équipe médicale du CHBM vise à organiser la télésurveillance de patients porteurs de prothèses "compatibles télécardiologie". Il permet d'assurer un suivi quotidien efficace de la prothèse et d'éviter 1 à 3 déplacements par an des patients pour le contrôle de prothèse.</p>



4. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques

Contexte	<p>Des études assez récentes sur la baisse de la démographie médicales pour certaines spécialisations et certaines régions du pays montrent qu'il est urgent de prendre des mesures pour que l'égalité devant les soins et la prise en charge en santé soit maintenue sur tout le territoire.</p> <p>Pour améliorer la connaissance de ce domaine, la société française et francophone des plaies et cicatrises a diligenté en 2008 une vaste enquête épidémiologique baptisée Vulnus. Elle a révélé une prévalence des plaies en médecine ambulatoire trois fois plus élevée que celle attendue. Vulnus met en évidence aussi que le traitement approprié des plaies améliore les résultats de la cicatrisation de patients tout en réduisant les coûts imposés au système de santé.</p> <p>Un certain nombre de professionnels de santé expriment le besoin de recourir à une expertise pour les plaies chroniques. La technique, la recherche industrielle et la création de groupement de coopération sanitaire a permis de répondre et de proposer des produits et outils informatiques qui permet aux professionnels de santé de communiquer à distance. Cependant, en l'état actuel, les personnes qui présentent des plaies complexes sont aux mieux envoyées en consultation à l'hôpital, ce qui nécessite un transport (environ 40 à 100 euros) pour une majorité et une hospitalisation en demi-journée au centre hospitalier (environ 500 euro), auquel s'ajoute le coût de la consultation.</p> <p>Avec un nombre toujours croissant de patients et une situation économique tendue, il y a un défi majeur à offrir des produits innovants permettant de nouveaux modes de prises en charge de ces plaies.</p> <p>La télédermatologie associée aux plaies chroniques est à l'heure actuelle dans une première phase d'expérimentation locale (hôpital local de Baumes les Dames associé au centre de traitement des plaies du CHU Besançon). On peut déjà affirmer qu'elle permet de répondre aux besoins en santé des patients et des professionnels de santé en favorisant le droit d'accès et de qualité de soins pour tous.</p>
Lien PRS	Fiche SROS – Ambulatoire
Perspectives	<p>Etendre l'expérimentation auprès de cabinets libéraux : 1 dans le Jura, 2 dans le Doubs, 2 sur le Territoire de Belfort et 1 en Haute Saône avec une expertise médicale assurée par des médecins du CHU de Besançon et du CHBM.</p> <p>La maîtrise d'ouvrage étant assurée par Le GCS Emosist.</p>



5. Renforcer le centre de réception et de régulation des appels

Contexte	<p>La prise en charge des urgences est une mission de service public dont la stratégie qui se doit d'être territoriale doit reposer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'articulation avec la prise en charge des soins non programmés ne relevant pas d'une urgence vitale pendant les périodes de fermeture des cabinets médicaux et notamment le dispositif de régulation libérale ; - le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital ; - la prise en charge en aval et l'organisation du retour à domicile.
Lien PRS	Fiche SROS PRS Urgences
Perspectives	<p>Conforter la coordination entre les régulations libérale et hospitalière, et poursuivre les travaux de mutualisation.</p> <p>Améliorer l'interopérabilité entre les outils communicants utilisés par le centre de réception et de régulation des appels et la plate-forme d'information et de téléconseil régionale gérée par l'Acoreli permettant de désengorger les urgences.</p> <p>Améliorer les outils d'aide au diagnostic et notamment le logiciel de sécurisation et de standardisation des prises d'appels du centre 15 Régional (ProQA) associé à un logiciel permettant de qualifier les discussions téléphoniques par rapport au protocole (AQUA - analyse des conformités, des "surqualifications" ou "sous-qualification" des problèmes).</p> <p>Mettre en place une régulation régionale unique sur le site du CHU à l'ouverture du nouvel hôpital du CHBM à Trévenans.</p>

6. Optimiser la prise en charge pré-hospitalière des urgences des patients en Ehpad

Contexte	<p>Les filières de prise en charge des patients âgés sont peu présentes, ce qui peut entraîner des difficultés d'orientation en amont et en aval du passage aux urgences pour les patients nécessitant une prise en charge hospitalière.</p>
Lien PRS	Fiche SROMS Conforter la démarche qualité en EHPAD
Perspectives	<p>Optimiser la prise en charge des urgences médicales pré-hospitalières et leur régulation médicale par le centre 15. En effet, la télémédecine permet de transmettre en temps réel des indicateurs vitaux (ECG, tension artérielle, ...). Elle représente donc une aide supplémentaire au médecin urgentiste dans son acte de régulation, notamment dans l'indication ou non d'un transfert vers l'hôpital.</p>



7. Poursuivre le développement/déploiement de la téléradiologie

Contexte	Compte-tenu de la démographie médicale, il est important de pouvoir s'appuyer sur les nouvelles technologies de l'information afin de faciliter les mutualisations, qui soulageront le nombre d'astreintes supportées par les praticiens.
Lien PRS	Fiche SROS PRS - Imagerie médicale
Perspectives	<p>Le PACS Régional pourra être l'un de ces supports mais pas exclusivement. Son accès devra être étendu tant aux praticiens libéraux qu'à ceux praticiens exerçant dans des établissements de santé publics.</p> <p>La seconde phase (fin 2011 – 1^{er} semestre 2012) concernera les centres hospitaliers et les praticiens libéraux de Lons le Saunier, de Dole et de la Haute-Saône, ainsi que le centre hospitalier de Belfort-Montbéliard.</p>

8. Améliorer la prise en charge des patients au sein des établissements pénitentiaires

Contexte	<p>La Franche-Comté dispose de 6 UCSA, rattachées à un établissement de santé public, dit "établissement pivot". En dehors des heures d'ouverture des UCSA, les urgences sont assurées par le service de médecine d'urgence en centre hospitalier ou par le système de permanence des soins ambulatoire.</p> <p>S'agissant de la santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile avec une estimation de 17,9% de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12% d'anxiété généralisée et 3,8% de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale).</p>
Lien PRS	Fiche SROS PRS Soins aux détenus ; Fiche SROS – PRS Psychiatrie
Perspectives	<p>Optimiser l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires en favorisant le développement de la télésanté.</p> <p>Renforcer et organiser le dispositif de l'offre de soins en santé mentale en s'appuyant sur des dispositifs de télépsychiatrie pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'abord, permettre une meilleure efficacité des soins en facilitant les échanges entre professionnels de santé ; - ensuite, développer de nouvelles formes de prise en charge clinique.

9. Mieux structurer la chirurgie et développer des techniques innovantes dans le champ de la cancérologie (Mesure n°21-3 du plan Cancer)

Contexte	Les Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont régionalisées et associent public et privé. La démographie des professionnels en cancérologie, faible dans notre région, nécessite le développement des techniques de l'information et de la communication afin de permettre la télémédecine avec transfert de l'imagerie médicale, ceci dans un souci d'économie d'un temps médical précieux.
Lien PRS	Fiche SROS PRS Cancérologie
Perspectives	Garantir l'accès à la visioconférence et à la télémédecine pour chaque structure.



10. Expérimenter de nouveaux champs dans la cadre de l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques

Contexte	Lors de la phase de consultation du Projet régional de santé, des propositions de la part des acteurs du soin se sont faits jour : - Expérimentation du suivi de malades chroniques à domicile dans le cadre du projet de la maison de santé de Saint Loup sur Semouse (coopération médecins-infirmier(e)s). - Expérimentation du dépistage de la rétinopathie chez les patients diabétiques par le pôle de santé de Belfort.
Lien PRS	Objectif 2.6 du Plan stratégique : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare
Perspectives	Conduire ces expérimentations avec les porteurs de projets identifiés et volontaires.

3.2.3. Le déploiement de l'e-santé

La télémédecine doit s'inscrire dans des perspectives plus larges. Elles peuvent intégrer, notamment trois orientations importantes pour notre région et témoignent de la dynamique que l'ARS de Franche-Comté souhaite porter.

1. Le Dossier médical personnel

Le DMP est un dossier médical informatisé et sécurisé. Il est utilisé par les professionnels de santé avec le consentement du patient. Le DMP ne remplace pas le dossier professionnel. Il contient les informations de santé utiles à une prise en charge coordonnée du patient : traitements, analyses de laboratoires, antécédents et allergies, comptes rendus hospitaliers et de radiologie...

Le DMP est un service qui facilite notamment le partage d'informations médicales entre les professionnels de santé de ville et l'hôpital, dans le respect des droits des malades.

Programme de santé publique majeur, le Dossier Médical Personnel (DMP) se met en place progressivement. Depuis janvier 2011, dans le cadre du dispositif « Amorçage DMP », le GCS EMOSIST-FC accompagne, en lien étroit avec l'ARS, la mise en place du DMP dans :

- 13 établissements de santé de la région (plus de 16 sites géographiques) (cf. figure 1),
- 300 médecins généralistes et spécialistes (dont six maisons ou centre de santé),
- des établissements médico-sociaux (APF, ADAPEI...).



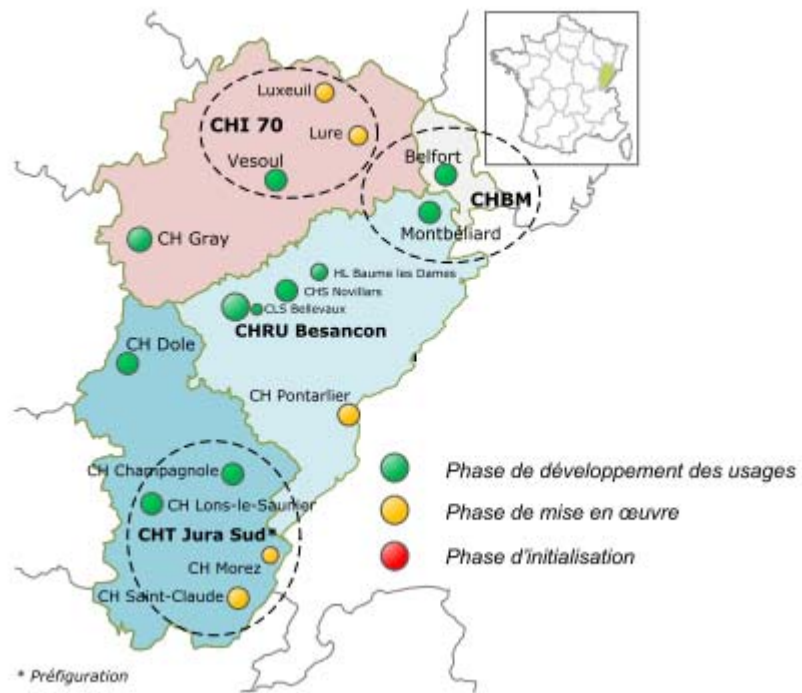


Figure 1 : Déploiement du DMP dans les établissements en septembre 2011



2. La domotique

Elle permet notamment le maintien à domicile des personnes âgées en sécurisant les déplacements à l'intérieur du logement ou en facilitant le lien social.

C'est par exemple le cas pour la prévention des accidents domestiques en général et des chutes en particulier. L'installation d'un chemin lumineux, entre la chambre et la salle de bain ou les toilettes, est destinée à éviter les chutes la nuit, permettant de se déplacer grâce à un éclairage automatisé : il ne se met en marche que lorsque la personne descend de son lit.

Certains autres dispositifs facilitent les liens sociaux avec des systèmes de visioconférence aidant les échanges avec la famille ou les amis sans avoir à se déplacer.

3. Les Systèmes d'information dans les regroupements de professionnels de santé

Ils sont une des composantes essentielles de l'organisation des maisons et pôles de santé. En effet, ils permettent de mettre en œuvre des projets de santé partagés entre tous les professionnels de santé : dossier médical, protocoles de coopération, éducation thérapeutique du patient...

Par ailleurs, dans le cadre d'expérimentations (par exemple pour les nouveaux modes de rémunération), ils sont une composante clef pour développer des études médico-économiques au service de l'amélioration de la qualité de l'offre de santé.



Le suivi et l'évaluation



4. Le suivi et l'évaluation du programme régional de télémédecine

L'évaluation du programme de télémédecine sera construite avec nos partenaires lors de la mise en place des actions d'accompagnement du déploiement des orientations de télémédecine.

Quelques principes sont retenus :

Une évaluation systématique portant sur :

- L'axe "stratégie et santé publique" pour vérifier l'adéquation du programme avec une priorité de santé publique définie au niveau régional ou national, l'atteinte d'une amélioration des indicateurs de santé publique qui auront été définis, et la mesure de la volumétrie de la patientèle bénéficiaire (indicateurs d'usage et incidence).
- L'axe médico-économique avec une évaluation des coûts d'investissement et de fonctionnement et la mesure de l'impact sur les dépenses d'assurance maladie (économies générées...).

Complétée éventuellement par une évaluation de :

- L'axe "technologie" qui vise plus particulièrement le niveau de faisabilité technique du projet et de la mise en œuvre de solutions matures.
- L'axe organisation qui portera notamment sur la fluidité du parcours client et les impacts de la télémédecine sur les pratiques des professionnels de santé.
- L'axe qualité qui s'attachera à recueillir des informations sur la perception du programme par les acteurs et son acceptabilité ainsi que le niveau de satisfaction et notamment celui des patients.

Par ailleurs, le Programme régional de télémédecine était partie prenante du Projet régional de santé, l'évaluation de ce dernier intégrera aussi cette dimension.



5. Abréviations

ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAQCS	Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DATAR	Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale
DGCIS	Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville
HAD	Hospitalisation à domicile
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PACS	<i>Picture archiving and communication system</i> ou système d'archivage et de transmission d'images
PSRS	Plan stratégique régional de santé
SROS PRS	Schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UDM	Unité de dialyse médicalisée



6. Annexe 1 : fiche AVC

I. INTRODUCTION

Le Plan national AVC 2010-2014 prévoit dans son action 8 de « Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux » et en particulier dans sa sous action 8.1 de « Développer les outils ' système d'information ' de la prise en charge des AVC dans le système d'information de santé, intégrant la télémédecine ».

Cette action s'organise en 3 phases : cadrage, définition et réalisation de projets pilotes puis généralisation.

La contribution de la télémédecine à la mise en place d'une filière AVC sera donc précisée complètement dans ces travaux, il convient donc de situer les projets de télémédecine sélectionnés dans le Programme Régional de Télémédecine traitant de l'AVC en coordination avec le Plan national AVC.

II. ELEMENTS DE CONTEXTE

1. Contexte :

1.1 Contexte socio-démographique :

Environ 150 000 personnes sont victimes d'AVC chaque année en France (prévalence estimée à 400 000 patients). L'Accident Vasculaire Cérébral est une maladie grave : troisième cause de mortalité en France et première cause de handicap acquis de l'adulte, elle constitue une des priorités de santé publique. En termes de handicap, plus de 250 000 personnes sont classées de façon permanente dans l'affection longue durée intitulée « accident vasculaire invalidant ».¹⁶

S'il s'agit d'une pathologie qui touche principalement les septuagénaires, elle concerne également des populations plus jeunes, puisque 5% des personnes touchées ont moins de 45 ans et 25% ont moins de 65 ans. Cette pathologie a un taux d'incidence multiplié par deux tous les 10 ans après 55 ans. Après un premier AVC, le risque de récurrence est important, estimé entre 30 et 43% à cinq ans.

1.2 Contexte économique

Le poids financier pour l'assurance maladie et la société est considérable. Il est évalué à plus de 8 milliards d'euros, dont près de 6 pour le secteur des soins et 2 pour le secteur médico-social. L'AVC représente 2% des séjours en hospitalisation, principalement en secteur public et 4,5% des journées de soins de suite et de réadaptation. L'AVC concerne 15% des personnes vivant en EHPAD.

La dépense moyenne annuelle par patient en affection longue durée (ALD) « accident vasculaire cérébral invalidant » était estimée à 9 642 euros en 2004 (soit 14% de plus qu'un patient pour ALD « maladie de Parkinson»). La même année, le total des remboursements pour cette ALD était estimé à 2 353 millions d'euros (soit 34% de plus que l'ALD «maladie d'Alzheimer et autres démences» et 3,25 fois plus que l'ALD «maladie de Parkinson»).

1.3 Contexte sanitaire et social

Les hospitalisations en court séjour pour AVC et AIT ont lieu quasi exclusivement dans le secteur public ou participant au service public (97% en 2007).

¹⁶ La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Rapport Elisabeth Fery-Lemonnier Juin 2009



La durée moyenne de séjour (DMS) globale était égale à 11,8 jours en 2007 dans les établissements de court séjour. En termes de journées d'hospitalisation en court séjour, les séjours de plus de 30 jours étaient peu nombreux (6,2%) mais représentaient plus du quart de l'ensemble des séjours d'hospitalisation pour AVC ou AIT (26,6%) : cela traduit notamment la difficulté en termes de prise en charge d'aval (en réadaptation fonctionnelle, en soins longue durée ou dans le secteur médico-social) des cas les plus graves.

Environ 30% des patients victimes d'un AVC constitué sont hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) au décours de leur prise en charge en soins de courte durée. 73% d'entre eux retournent ensuite à domicile.

Les patients victimes d'AVC sont des malades « lourds » en SSR, la moyenne des scores de dépendance physique des patients post AVC est près de 50% plus élevée que celle de l'ensemble des patients accueillis en SSR.

De plus la proportion des personnes très dépendantes est particulièrement élevée dans les suites d'un AVC : 54,5% en début de séjour SSR post AVC, contre 22,9% pour l'ensemble du secteur SSR, l'écart étant sensible dans toutes les classes d'âge.

La réadaptation et les soins prodigués sont efficaces, mais les séquelles demeurent importantes : en fin de séjour AVC, la proportion de personnes très dépendantes physiquement reste de 43,2% malgré une réduction de 11,3 points.

2. Enjeux et objectifs nationaux :

Le vieillissement de la population, les situations de handicap fréquemment associées et insuffisamment pris en compte, laissent présager une augmentation de l'incidence et du poids de cette maladie pour notre société.

Il est essentiel d'agir sur chaque étape de la maladie :

- en développant l'information et la formation auprès des populations et des professionnels ;
- en structurant les filières de prise en charge ;
- en renforçant la prise en charge des séquelles ;

Les **accidents vasculaires cérébraux** (AVC) peuvent bénéficier du déploiement de systèmes de télémédecine associant les outils de vidéoconférence et la téléradiologie, sur un territoire ou une région.

L'utilisation conjointe de ces techniques a pour objet, tant **en urgence que dans le suivi des patients**, d'améliorer la fiabilité **des diagnostics** et d'assurer des **décisions thérapeutiques** (par exemple, la thrombolyse) ou des prises en charge adaptées avec un bénéfice immédiat pour le patient.

L'imagerie en coupe et tout particulièrement de l'IRM reconnue en 2009 comme l'examen de référence de l'AVC (**Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale**¹⁷) se prête tout à fait au système de transmission d'images, définissant la *téléradiologie*. Grâce à des protocoles courts, standardisés et reproductibles, ne nécessitant pas d'injection de produit de contraste, la réalisation puis l'envoi d'une centaine d'images sont rapides et leur analyse (interprétation ou relecture par un radiologue) est tout à fait réalisable sur des consoles distantes du lieu de réalisation des coupes. A cet égard, le **Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie**¹⁸ a défini la notion de télédiagnostic. Toutefois, comme ce terme n'a pas été retenu comme tel par le décret, on pourrait proposer le terme de "téléradiodiagnostic". Il s'inclut soit dans un acte de téléconsultation, si le radiologue dialogue avec le patient pour améliorer son approche clinique de l'examen radiologique, soit dans un acte de télé-expertise si le dialogue s'établit avec un autre médecin, radiologue ou non, soit dans un acte de télé-assistance s'il assiste à distance le manipulateur de radiologie pour la réalisation de l'examen d'imagerie.

¹⁷ <http://www.sfrnet.org/portal/site/professionnels/5-referentiels-bonnes-pratiques/guides/guide-bon-usage-examens-imagerie-medicale/index.phtml> : guide élaboré par la SFR (société française de radiologie), la SFBMN (société française de biophysique et médecine nucléaire), en concertation avec l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et le soutien de la DGSNR (direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection)

¹⁸ <http://www.sfrnet.org/data/upload/files/teleradiologieq4cnom.pdf> : guide élaboré par le G4 (Conseil Professionnel de la Radiologie) et le Conseil national de l'Ordre des médecins qui définit le télédiagnostic et la téléexpertise



Les aspects de télémedecine concernant les AVC sont dénommés « Télé-AVC », et sont partie intégrante de l'organisation de la filière de prise en charge des AVC. Le « Télé-AVC » décline tous les aspects nécessaires au diagnostic (données clinique, d'imagerie), aux décisions thérapeutiques, et dans les différentes situations de la prise en charge : urgence, suivi des patients ou réunions de concertation pluridisciplinaire (RCPavc). Il s'articule nécessairement dans la logique du déploiement de la téléradiologie.

Le « Télé-AVC » nécessite d'associer toutes les compétences nécessaires dans le champ des pathologies neurovasculaires, notamment neurologiques et radiologiques et de s'intégrer dans une organisation comme un réseau de télémedecine régional lorsque celui-ci existe.

3. Données disponibles :

Rapports et études de l'ASIP
Texte relatif au Télé-AVC



III. ÉLÉMENTS DE DESCRIPTION DU DISPOSITIF TELEMEDECINE

1. La téléconsultation du "TELE-AVC"

Champ couvert / Indications	Examen conjoint du patient réalisé grâce aux outils de visioprésence en situation d'urgence ou pour un suivi.
Acte de télé médecine	<p>Téléconsultation de neurologie en visioprésence qui peut être réalisée dans plusieurs situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En urgence : les AVC sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques pour lesquelles aucune décision ne peut être prise sans avoir préalablement réalisé une téléconsultation qui associe la visualisation des patients pour valider les scores neurologiques, le partage des données médicales existant dans le dossier patient et des données d'imagerie cérébrale. Ainsi, le système de télé médecine permet le partage et l'analyse de toutes les informations utiles à la prise de décision dans une unité de lieu et de temps. - Lors du suivi : la téléconsultation neurologique permet de fiabiliser la certification du diagnostic et de choisir les options de prise en charge au cours de l'hospitalisation initiale ou pour la consultation à 1 an.
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> - un médecin (urgentiste...) ou un professionnel de santé ayant en charge le patient dans l'établissement de proximité (« médecin requérant ») - un médecin neurovasculaire de l'établissement de recours (« neurologue vasculaire requis ») - un infirmier dans le cadre du suivi
Organisation / Contractualisation	Oui par le biais d'une convention inter hospitalière
Modalités de financement	Pas de reversement entre l'établissement requérant et l'établissement de recours.
Aspects juridiques / Responsabilités	<p>Les médecins sont responsables au même titre que pour leur exercice habituel.</p> <p>L'accord du patient est obtenu et recueilli bien que dans le cadre de l'urgence le consentement préalable n'est pas obligatoire (le médecin agissant en urgence dans l'intérêt du patient). L'ensemble est formalisé entre les intervenants et alimente le dossier médical informatisé du patient.</p>
Qualité de la prestation	<p>Respect des référentiels de prise en charge élaboré par la HAS.</p> <p>Revue de morbi-mortalité par rapport aux référentiels.</p>
Aspect techniques	<p>Le système de visioprésence est utilisé pour les téléconsultations neurologiques et radiologiques dans le cadre de l'urgence, de la surveillance ou du suivi doit répondre aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une image de qualité (a minima 20 images /seconde) - une transmission sans effet de latence - des caméras mobiles commandées à distance par le professionnel médical requis, installé en fixe dans les lieux de consultation (à préférer par rapport aux solutions mobiles) -
Evaluation	<p>Evaluation de la procédure : par exemple difficultés de connexions, temps de réponse (à titre expérimental traçage des appels avec Blackberry)</p> <p>Evaluation de la qualité de prise en charge : revue de morbi-mortalité par rapport aux référentiels.</p>



2. La téléconsultation de radiologie

Champ couvert / Indications	Interprétation à distance des images acquises en tout point de territoire régional.
Acte de télémedecine	Téléconsultation
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> - Un médecin requérant en contact direct avec le patient - Un médecin radiologue ou un neuro-radiologue formé à la lecture de l'imagerie de l'AVC - Un manipulateur radio
Organisation / Contractualisation	<p>Cette situation se retrouve généralement à l'échelon d'un territoire de santé dans lequel existe un centre hospitalier pivot ou de recours au sein duquel est assurée une continuité de la permanence radiologique en lien avec d'autres établissements de santé de proximité plus petits disposant des moyens technologiques d'imagerie en coupes mais sans permanence radiologique continue, notamment la nuit ou certains jours fériés.</p> <p>Le protocole organisationnel est validé par l'ARS. Ce protocole précisera qu'un manipulateur en électro-radiologie, formé à la réalisation d'examen d'imagerie en coupes et à leur envoi, puisse être télé-assisté par le radiologue à distance pour réaliser un examen de qualité optimale. A distance, le médecin radiologue pourra interpréter l'examen grâce à un formulaire électronique joint aux images permettant de connaître l'histoire clinique du patient et l'indication. L'interconnexion entre les deux sites permettra au radiologue de pouvoir poser des question(s) au médecin demandeur ou requérant, ainsi qu'au patient si nécessaire, afin de guider la conduite radiologique la plus adaptée à la situation clinique, interpréter de façon optimale le résultat de l'examen et proposer un ou des diagnostic(s) intégrant l'ensemble des éléments cliniques.</p>
Aspects juridiques / Responsabilités	Les médecins sont responsables au même titre que pour leur exercice habituel.
Qualité de la prestation	La téléconsultation radiologique suit l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge radiologique d'un patient par un médecin radiologue situé à distance du lieu de réalisation de l'examen radiologique : examen clinique préalable, validation et justification de l'examen, radioprotection du patient et des personnels, réalisation par le manipulateur sous la responsabilité du médecin radiologue, analyse et interprétation de l'examen par le radiologue, dialogue avec le patient et les médecins cliniciens, organisation des équipes, conditions légales et réglementaires d'exercice en France.
Aspect techniques	L'utilisation d'un PACS régional ou de tout autre moyen permettant de diffuser les données d'imagerie vers les acteurs impliqués doit être favorisée. Ces moyens ne doivent pas introduire une baisse de qualité dans les données d'imagerie utilisées dans le cadre d'un acte de télémedecine. Si tel est le cas, l'accord des professionnels de santé est requis en amont de l'implémentation.



3. La téléexpertise du "TELEAVC"

Champ couvert / Indications	Avis spécialisés en neurovasculaire donnés en dehors de la participation effective du patient à l'acte de télé médecine.
Acte de télé médecine	Téléexpertise
Acteurs concernés	- Médecin requérant : médecin urgentiste, neurologue, radiologue... - Médecin spécialiste compétent en neurovasculaire (neurologues vasculaires, neuroradiologues, neurochirurgiens...)
Organisation / Contractualisation	Une gradation des compétences est établie entre les différentes structures, proximité, UNV et UNV de recours et coordonnée entre acteurs locaux et de recours, à un niveau régional ou interrégional. Dans le cadre de ce réseau, un protocole décrit la coordination entre acteurs locaux et de recours pour une prise en charge optimale des patients avec un AVC. Chaque région distingue au moins une structure de recours régionale qui intègre à la fois une UNV, la neuroradiologie interventionnelle, la neurochirurgie, la chirurgie vasculaire, la médecine physique et de réadaptation, éventuellement la pédiatrie, afin d'assurer dans le cadre de protocoles régionaux les actes diagnostiques, thérapeutiques et les activités de télé médecine de recours.
Modalités de financement	Pas de reversement entre l'établissement requérant et l'établissement de recours.
Aspects juridiques / Responsabilités	Les médecins sont responsables au même titre que pour leur exercice habituel.
Qualité de la prestation	Respect des référentiels de prise en charge élaboré par la HAS.
Aspect techniques	Le système de visioconférence peut être celui de la visio présence ou être différent et alors mutualisé éventuellement avec le dispositif utilisé pour les RCP d'oncologie dès lors que l'accès aux ressources des salles dédiées tiennent compte des contraintes de fonctionnement de ces activités. L'utilisation d'un PACS régional ou de tout autre moyen permettant de diffuser les données d'imagerie vers les acteurs impliqués doit être favorisée. Ces moyens ne doivent pas introduire une baisse de qualité dans les données d'imagerie utilisées dans le cadre d'un acte de télé médecine. Si tel est le cas, l'accord des professionnels de santé est requis en amont de l'implémentation.
Evaluation	Evaluation de la procédure : par exemple difficultés de connexions, temps de réponse Evaluation de la qualité de prise en charge : revue de morbi-mortalité par rapport aux référentiels.



4. La téléassistance du "TELEAVC"

Champ couvert / Indications	Il s'agit pour le médecin qui a en charge un patient avec un AVC d'assister à la réalisation de certains actes (thrombolyse, examen d'imagerie) et au suivi des patients.
Acte de télémédecine	Téléassistance
Acteurs concernés	Un médecin requérant et un médecin neurologue Un manipulateur en électro-radiologie requérant et un médecin radiologue Un infirmier
Organisation / Contractualisation	Une gradation de la prise en charge est prévue entre les différentes structures.
Modalités de financement	Pas de reversement entre l'établissement requérant et l'établissement de recours.
Aspects juridiques / Responsabilités	Les médecins sont responsables au même titre que pour leur exercice habituel.
Qualité de la prestation	Respect des référentiels de prise en charge élaboré par la HAS.
Aspect techniques	Le système de visioprésence est utilisé pour les téléconsultations neurologiques et radiologiques dans le cadre de l'urgence, de la surveillance ou du suivi doit répondre aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - une image de qualité (20 images/s) - une transmission sans effet de latence - des caméras mobiles commandées à distance par le professionnel médical requis, installé en fixe dans les lieux de consultation (à préférer par rapport aux solutions mobiles)
Evaluation	Evaluation de la procédure : par exemple difficultés de connexions, temps de réponse Evaluation de la qualité de prise en charge : revue de morbi-mortalité par rapport aux référentiels.



5. La télésurveillance du "TELEAVC"

Champ couvert / Indications	Enregistrement à distance des paramètres physiologiques permettant de contrôler l'état clinique du patient (ECG, pression artérielle, respiration, score clinique, ...)
Acte de télémédecine	Télésurveillance
Aspects juridiques / Responsabilités	Les médecins sont responsables au même titre que pour leur exercice habituel.
Qualité de la prestation	Utilisation de protocoles standardisés entre équipes identifiées dans le cadre des filières AVC en région Travail dans le cadre de RCP AVC (formations spécifiques régulières, procédures dédiées, évaluation, information des patients, ...)





Le siège

La City - 3, avenue Louise Michel - 25044 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 47 82 30 - Fax : 03 81 83 22 05

Délégation territoriale Doubs

La City - 3, avenue Louise Michel - 25044 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 47 82 30 - Fax : 03 81 65 58 59

Délégation territoriale Haute-Saône

3 rue Leblond - BP 412 - 70014 Vesoul Cedex
Tél. : 03 84 78 53 00 - Fax : 03 84 76 38 05

Délégation territoriale Jura

4, rue du Curé Marion - BP 60348 - 39015 Lons-le-Saunier Cedex
Tél. : 03 84 86 83 00 - Fax : 03 84 24 67 64

Délégation territoriale Territoire de Belfort

8, rue Heim - BP 207 - 90004 Belfort Cedex
Tél. : 03 84 58 82 00 - Fax : 03 84 28 71 38

www.ars.franche-comte.sante.fr

