

Construire ensemble le futur schéma régional de santé 2023 - 2028



L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LES TERRITOIRES

POUR UNE ORGANISATION TERRITORIALE
OPTIMISÉE DE LA PRISE EN CHARGE
DES BESOINS NON PROGRAMMÉS
DE SOINS DE NOS CONCITOYENS

JOURNÉE RÉGIONALE

13 AVRIL 2023
DE 10H À 16H

STRASBOURG
PALAIS DES CONGRÈS
SALLE SCHUMAN

Journée régionale d'échanges et de co-construction avec les partenaires.
Priorité du schéma régional de santé 2023 - 2028



10h05-10h25 / Introduction par Virginie Cayré
Directrice générale de l'ARS Grand Est

Enjeux des soins non programmés dans nos territoires



Opposable
Resserré autour de
quelques objectifs
opérationnels et
résultats à atteindre

Un SRS – PRAPS
2023-2028

qui engageront
l'Agence et ses
partenaires et pour
lesquelles l'Agence
concentrera tous les
moyens nécessaires

4 Priorités

1. Renforcer la prévention au plus près des jeunes (0-16 ans) et de leurs parents
2. Minimiser l'impact environnemental sur la santé des populations dans un contexte de changement climatique
3. **Optimiser l'accès aux soins non programmés dans chaque territoire**
4. Encourager un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie.

L'organisation
de l'offre de
santé

Offre de soins (*activités de soins*), offre médico-sociale, permanence des soins en établissements de santé, ORSAN, laboratoires de biologie médicale, transfrontalier



Des feuilles
de route par
parcours et
axes PRS

10 « Parcours de santé » prioritaires

1. Personnes âgées
2. Personnes en situation de handicap
3. Personne en situation sociale fragile
4. Santé des enfants et des adolescents
5. Santé mentale
6. Maladies chroniques
7. Patients atteints de cancer
8. Maladies neuro-cardiovasculaires
9. Maladies neurodégénératives
10. Maladies rares

8 axes stratégiques du PRS

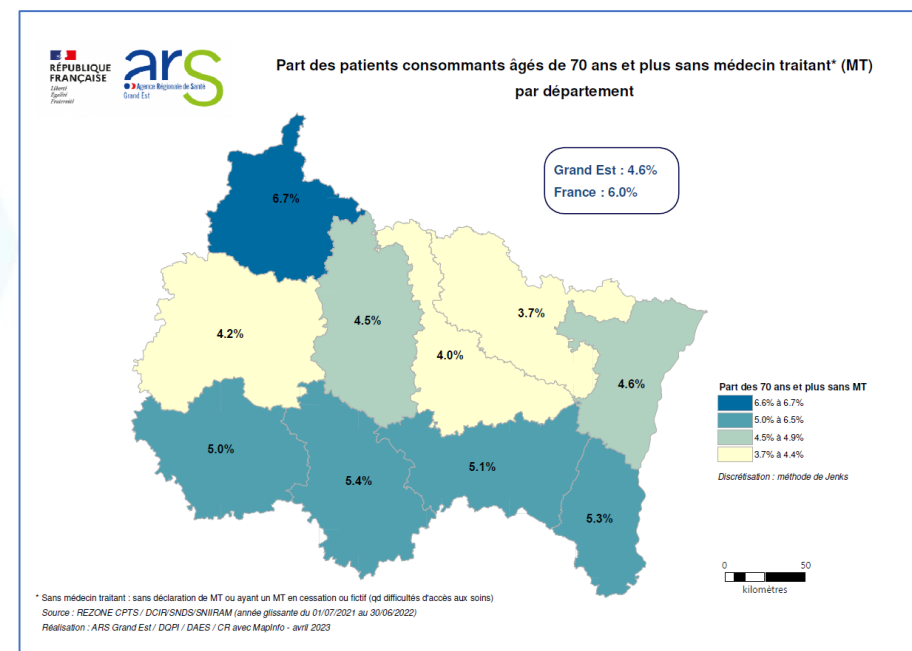
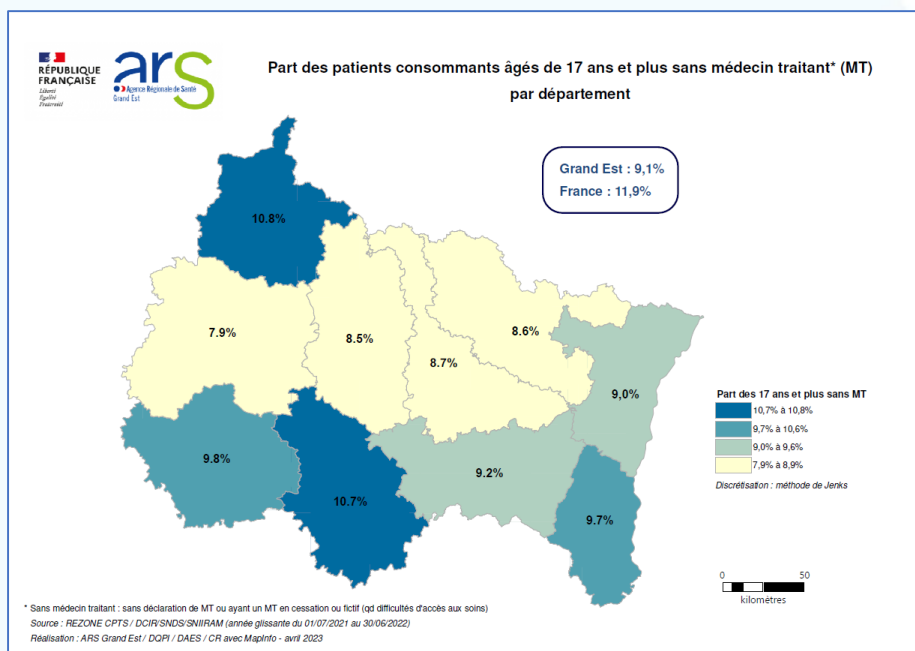
1. Orienter résolument et prioritairement la politique régionale de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé
2. Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité
3. Adapter la politique de ressources humaines en santé
4. Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours => **7 parcours de santé**
5. Améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de fragilité sociale dans une logique inclusive => **3 parcours PA, PH et personnes en situation sociale fragile**
6. Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins
7. Développer une politique d'innovation accompagnant les transformations du système de santé
8. Développer les partenariats et la démocratie en santé



9,1% de patients « consommateurs » de 17 ans et plus en Grand Est n'ont pas de médecin traitant déclaré
(11,9% France entière)

4,6% de patients « consommateurs » de 70 ans et plus en Grand Est n'ont pas de médecin traitant déclaré
(6,0% France entière)

Des disparités territoriales avec des départements au-dessus de la moyenne régionale (*en bleu*) et au-dessus de la moyenne nationale pour les plus de 70 ans dans les Ardennes

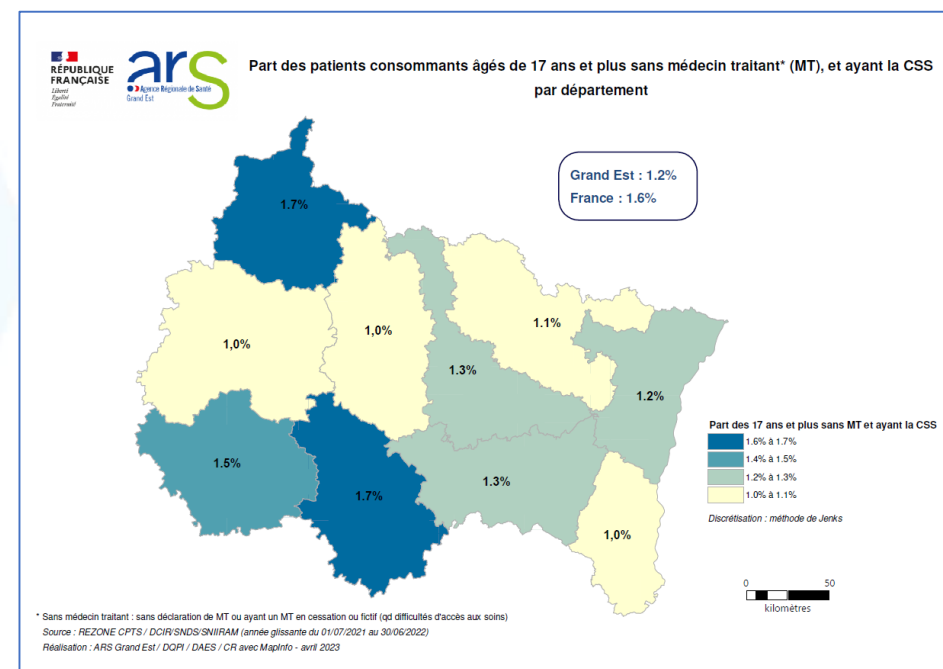
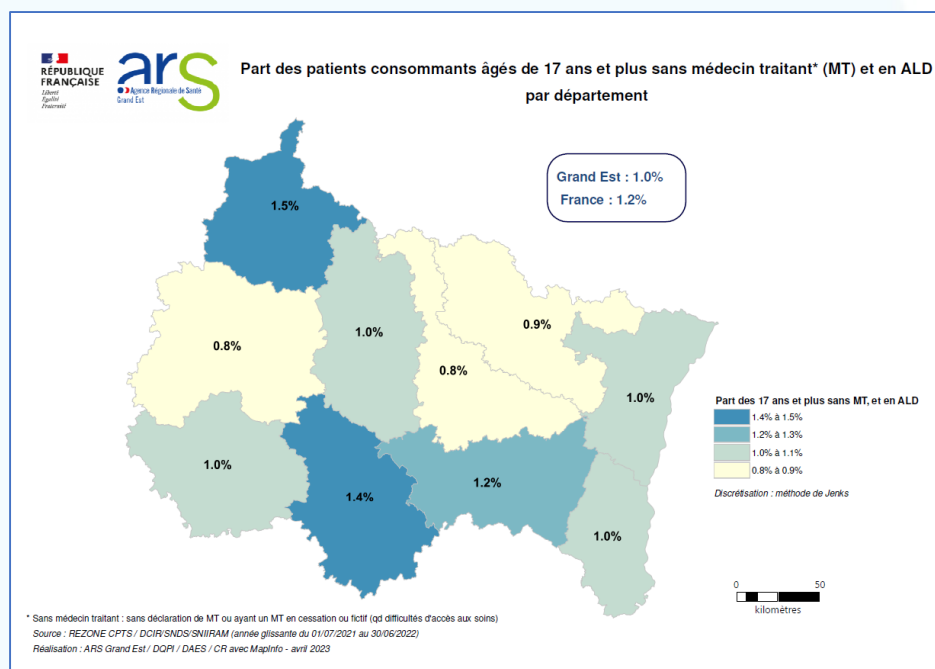




1% de patients « consommateurs » de 17 ans et plus en Grand Est n'ont pas de médecin traitant déclaré et sont en ALD
(1,2% France entière)

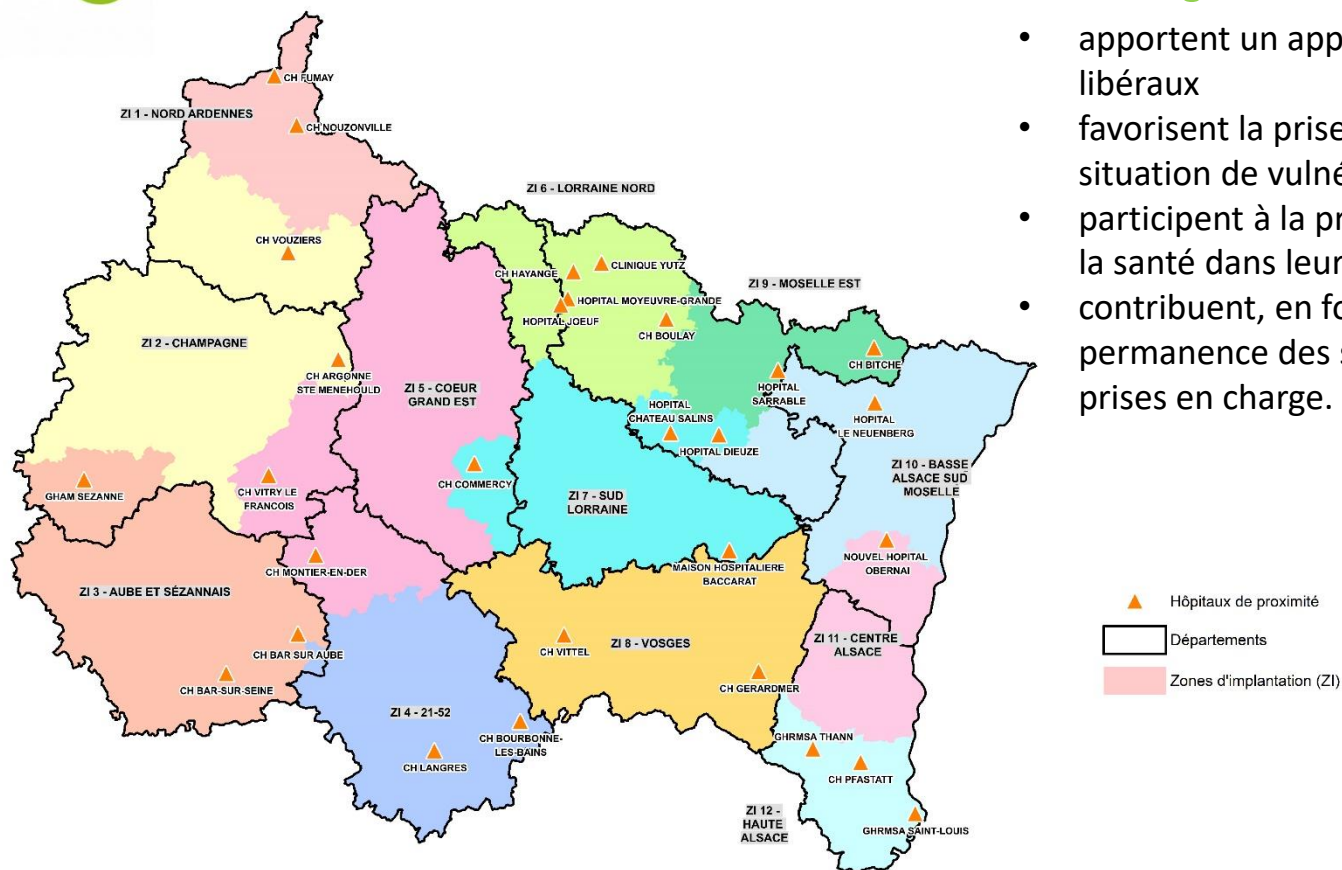
1,2% de patients « consommateurs » de 17 ans et plus en Grand Est n'ont pas de médecin traitant déclaré et ont la CSS
(1,6% France entière)

Des disparités territoriales avec des départements au-dessus de la moyenne régionale (*en bleu*) et au-dessus de la moyenne nationale pour les Ardennes, la Haute-Marne, et avec CSS, l'Aube





Hôpitaux de proximité en Grand Est - avril 2023 -



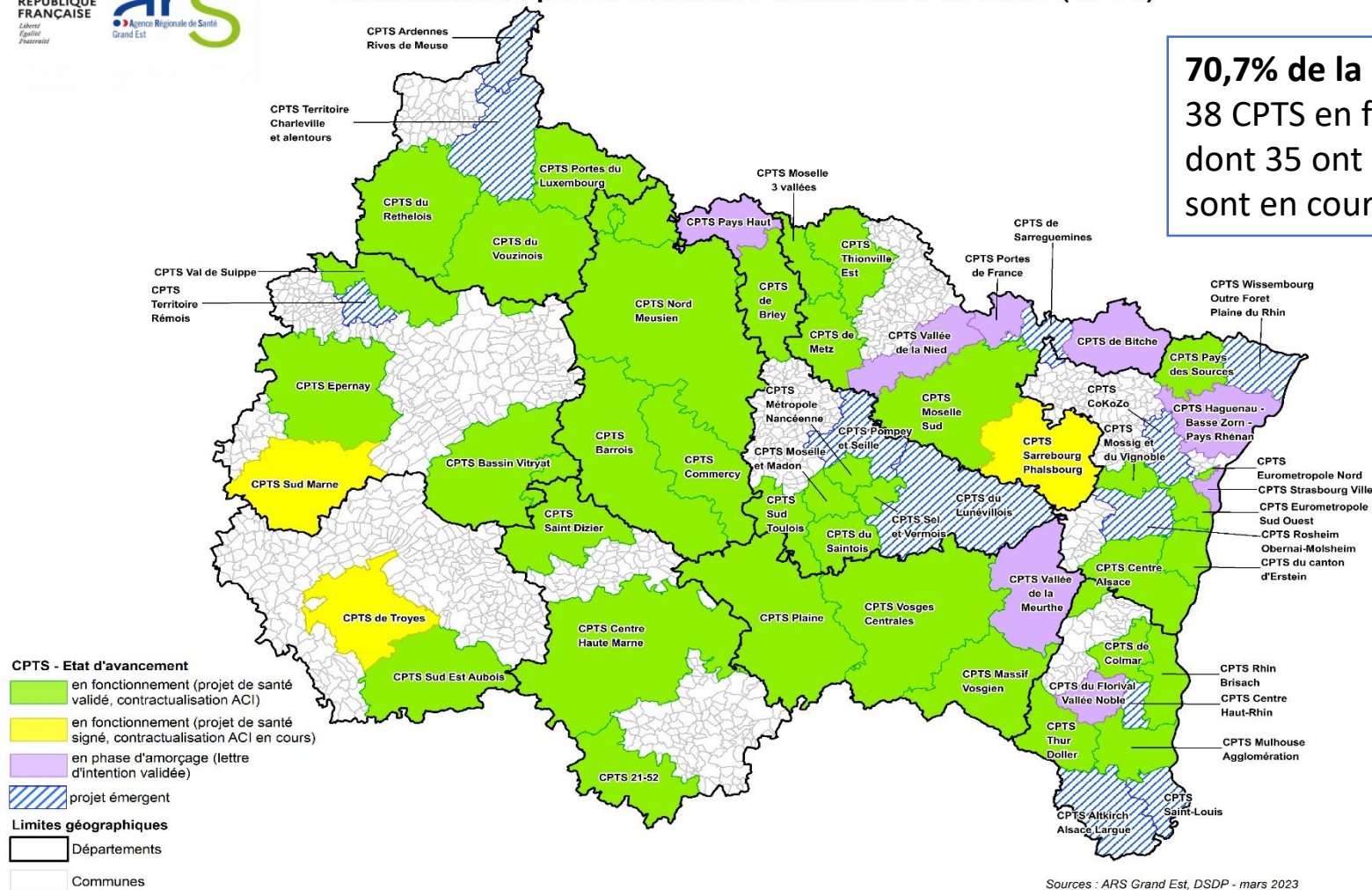
29 hôpitaux de proximité labellisés en région Grand Est

- apportent un appui aux professionnels de santé libéraux
- favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité
- participent à la prévention et à la promotion de la santé dans leur territoire
- contribuent, en fonction de l'offre existante, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge.

Source : ARS Grand Est - avril 2023
 Réalisation : ARS Grand Est, DQPI, AES, BM - 11/04/2023



70,7% de la population couverte
38 CPTS en fonctionnement
dont 35 ont signé leur ACI, et 3
sont en cours de contractualisation

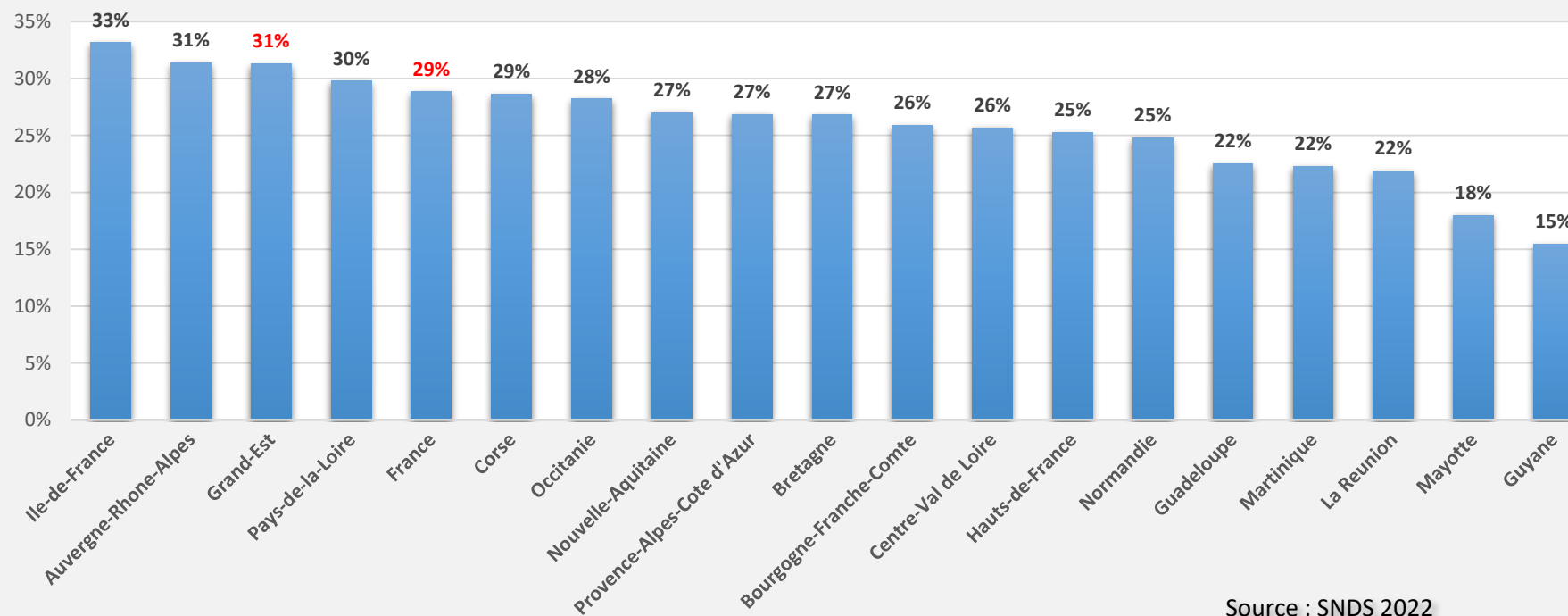


Sources : ARS Grand Est, DSDP - mars 2023
Réalisation : ARS Grand Est, DQPI, AES, B. MAILLEFAUD - mars 2023

Le Grand Est, 3^e région, après Ile-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes, avec le
 taux d'appropriation de la téléconsultation par les médecins le plus élevé, 31%
(versus 29% France entière)

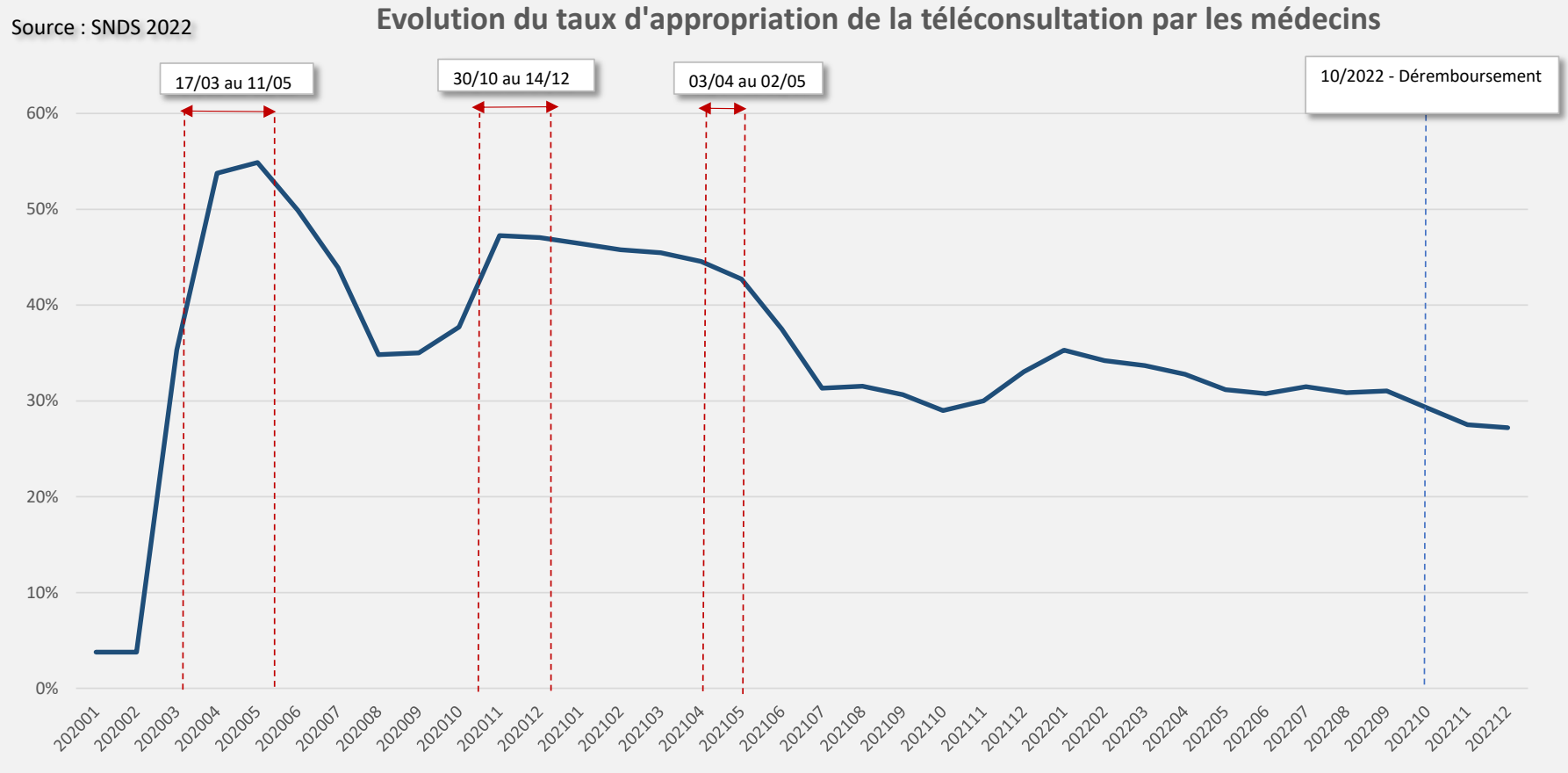


Taux d'appropriation de la téléconsultation par les médecins en 2022



Source : SNDS 2022

Baisse, depuis 2020, du taux d'appropriation de la téléconsultation (TLC) par les médecins ; ce taux reste supérieur à 2019. Et baisse de 4 points, de 31 à 27%, depuis la date d'entrée en vigueur du déremboursement à 100% des TLC.



221 IPA formés ou en cours de formation en Grand Est entre 2018 et 2023

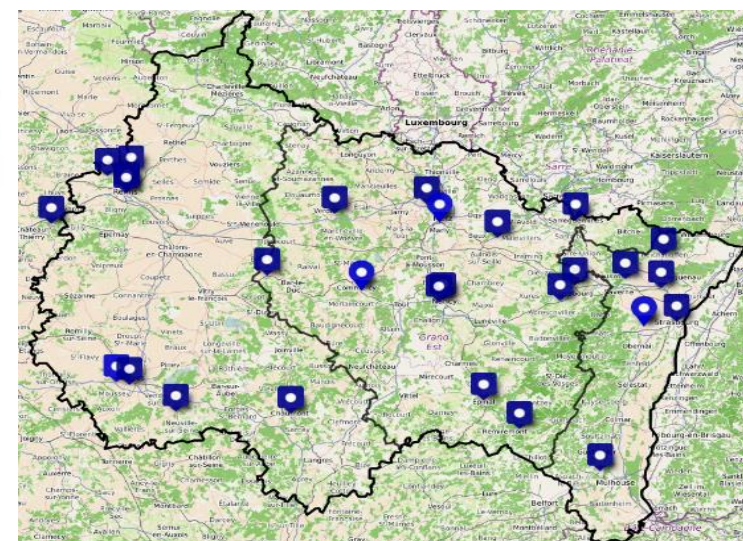
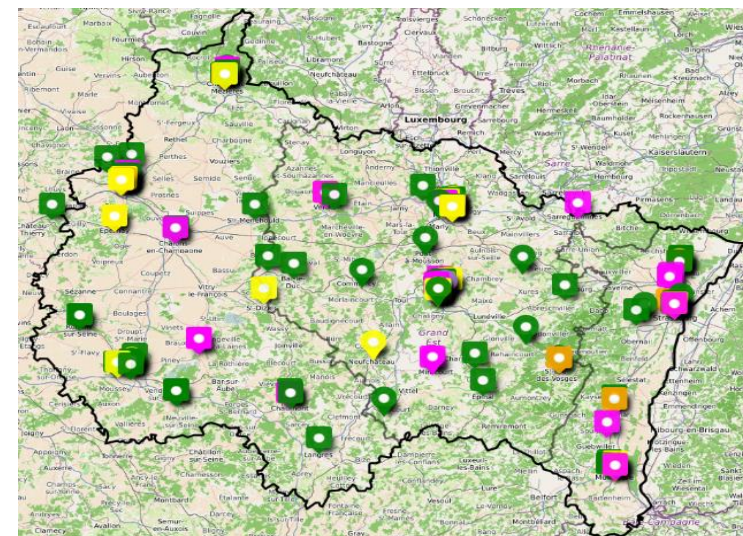
IPA salariés

Parmi les 178 IPA formés à ce jour :

- 116 exercent en établissement public
- 35 exercent en établissement privé
- 21 exercent en libéral
- 5 exercent au sein d'associations ASALEE, APF ou HAD

IPA libéraux

28 IPA libéraux actuellement en activité



10h30-11h30 / Table-ronde

Optimiser l'organisation des soins non programmés dans les territoires : quels nouveaux leviers ?

- **Dr Yannick Schmitt**, coordonnateur de la CPTS de Strasbourg Sud-Ouest Métropole et du DES de Médecine Générale, Faculté de médecine de Strasbourg
- **Bachir Filali**, Directeur du site de Golbey et des structures d'aval, Centres Hospitaliers d'Épinal et de Remiremont
- **Abdel Chaari**, Directeur de l'hôpital de proximité de Baccarat
- **Dr Claude Windstein**, Vice-président de l'URPS des pharmaciens
- **Dr Alain Prochasson**, Président de la CPTS de Metz et environs
- **Dr Éliane Abraham**, Directrice du Dispositif d'Appui à la Coordination de Meurthe-et-Moselle
- **Jean-Michel Meyer**, Président de France Assos Santé Grand Est

Animation : Pascal Beaumard, État d'Esprit

11h30-12h30 / Table-ronde

Faciliter l'accès aux soins non programmés : quels nouveaux outils au services des patients et des professionnels ?

- **Pr Nathalie Jeandidier**, pôle endocrinologie-diabète-nutrition au CHU Strasbourg
- **Sylia Mokrani**, en charge du suivi opérationnel des territoires expérimentant la Responsabilité Populationnelle dans l'Aube-Sézannais
- **Dr Claude Bronner**, Président de l'URPS des médecins libéraux
- **Dr Jean-Charles Dron**, Directeur opérationnel de E-Meuse santé
- **Dr Manfred Zahorka**, senior manager project development, OptiMedis AG
- **Angèle Ratzmann**, Présidente de la commission spécialisée droits des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
- **Pr Anne Charloux**, Vice-doyenne de la faculté de médecine de l'Université de Strasbourg

Animation : Pascal Beaumard, État d'Esprit

12h40 / Présentation du déroulé des ateliers de l'après-midi

Construire des réponses selon les besoins spécifiques en soins non programmés des usagers

ATELIER 1

L'utilisateur sans maladie chronique préexistante face à une symptomatologie aiguë.

*Animation : Dr Astiana Boyer
Dr Thomas Mercier*

ATELIER 2

Le patient autonome atteint d'une maladie chronique confronté à un risque de déstabilisation ou d'une aggravation de sa maladie

*Animation : Dr Laure Pain
Dr Yoann Dominique*

ATELIER 3

Le patient en perte d'autonomie du fait de la maladie chronique, du grand âge, et/ou d'une situation de handicap

*Animation : Pr Sophie Siegrist
Dominique Thirion*

ATELIER 4

Le patient en situation de fragilité sociale dans un contexte d'inégalités sociales et culturelles

*Animation : Véronique Floquet
Aline Osbery*

Priorité « Accès aux soins non programmés »

Atelier 1 : L'utilisateur sans maladie chronique préexistante face à une symptomatologie aiguë

Problématique

- Le nourrisson, l'enfant
- L'adolescent, l'adulte

Près de 40 % des patients venant aux urgences pour une symptomatologie aiguë n'ont pas de facteur de gravité justifiant la sollicitation. Plusieurs facteurs sont incriminés : une augmentation de la demande liée à de nouvelles habitudes de consommation de soins et une modification de l'offre de soins primaires (recul de la démographie médicale, répartition inégale des professionnels sur les territoires).

✓ 9,1 % des patients de plus de 17 ans consommant des soins n'ont pas de médecin traitant.

Le soin non programmé pour les parents de nourrissons et jeunes enfants nécessite une organisation adaptée et structurée de la réponse apportée du fait de « l'urgence ressentie » et l'anxiété associée.

Comment réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins non programmés ? Quel rôle pour le Service d'Accès aux Soins, la régulation médicale et la télémedecine ?

Comment mobiliser d'autres ressources que les médecins (pharmaciens, biologistes, masseur kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes, IDE) ?

Quelle organisation spécifique pour le soin non programmé des enfants (articulation pédiatrie et médecine générale, rôle des coopérations territoriales, SAS, urgences pédiatriques) ?

Quelle éducation à la santé des usagers pourrait modifier la demande de soins non programmés ? Une éducation parentale adaptée pourrait-elle permettre de réduire les soins non programmés des enfants ?

Quelles informations et ressources accessibles au grand public pourraient modifier la demande de soins non programmés ?

Contributions des partenaires et des CNR

- Déployer un sas (service d'accès aux soins) dans chaque département ; s'assurer que l'ensemble des dispositifs soit en lien avec le médecin traitant(idéalement par mail pour l'informer) ; une fois le médecin traitant non disponible, l'ensemble des acteurs est susceptible de prendre en charge (pas de priorité de l'un par rapport à l'autre)
- Déployer la télémedecine (téléconsultation et télé expertise) au sein de la régulation médicale ;
- Intégrer les associations de permanence des soins aux cpts afin d'assurer une réponse aux SNP et en retour elles adressent les patients sans Mt afin que la cpts propose un MT
- Intégrer pleinement le pharmacien dans l'offre de soins non programmés par la valorisation de ses compétences et l'extension de ses prérogatives ; Mobiliser les compétences de diagnostic rapide des laboratoires de biologie et les associer au service d'accès aux soins (SAS) +/- permanence des soins selon les besoins ; Mobiliser les compétences des sages-femmes, les réseaux périnatal sont l'opportunité de renforcer les liens hôpital ville (soutien à allaitement, anticiper les sorties précoces des nourrissons de maternité)
- Construire des outils d'éducation à la santé pour les parents de jeunes enfants ciblés sur la connaissance et la prise en charge des symptômes bénins. Mettre en ces outils à la disposition des professionnels des MSP ou leur proposer l'intervention d'équipes formées à l'éducation à la santé sur ces sujets. Au mieux, cette éducation devrait se dérouler au plus près des lieux de recours en santé des parents, par exemple en Maisons de Santé Pluri professionnelles ; Campagne d'éducation à la bonne utilisation des urgences via les cpts
- Mettre en place une filière (MG + IDE) spécifique de soins non programmés dans une maison de santé pluri professionnelle (MSP) pour couvrir besoin SNP d'un territoire au-delà de la patientèle de la MSP ;
- Obtenir l'accès direct à un Kinésithérapeute et mettre en place un système de garde qui financerait des créneaux horaires par semaine chez les praticiens volontaires pour une prise en charge d'une séance en urgence ;
- Mettre en place des consultations non programmées tournantes , assurées tout au long de la semaine par les médecins de la structure d'exercice coordonné.

Priorité « Accès aux soins non programmés »

Atelier 2 : Le patient autonome atteint d'une maladie chronique confronté à un risque de déstabilisation ou d'une aggravation de sa maladie

Problématique

- Patient dans un parcours de soin structuré
- Patient sans médecin traitant et/ou parcours de soin

Enjeux

Le suivi en équipe traitante au sein des exercices coordonnés permet le plus souvent d'apporter une réponse à la demande de soins non programmés. Cependant, tous les patients ne sont pas suivis par un médecin dans un parcours coordonné.

- ✓ 1 % des patients de 17 ans et plus et en Affection de Longue Durée n'ont pas de médecin traitant en Grand Est

Les modalités de demande d'un soin non programmé ne sont pas systématiquement abordées dans le parcours de soin du patient et connues de celui-ci.

Comment éviter que le suivi d'un patient sans médecin traitant et/ou parcours de soins ne devienne qu'une succession de soins programmés ?
 Quelle coopération Ville-Hôpital des acteurs pour une réponse adaptée chez les patients en télésurveillance ?

Quels rôles d'orientation pour le Service d'Accès aux Soins, le Service d'Accueil des Urgences, sollicités par le patient sans médecin traitant ?
 Comment organiser le recours par l'équipe traitante et/ou le patient à un avis spécialisé non programmé ?

Quelle éducation à la santé pour limiter le recours aux soins non programmés ?

Contributions des partenaires et des CNR

- Déployer la télémédecine (téléconsultation et télé expertise) au sein de la régulation médicale ;
- Participation des biologistes au service d'accès aux soins (SAS) +/- permanence des soins selon les besoins ;
- Mettre en place une « Consultations d'accès aux soins » pour les patients en ALD (+ de 60 ans) sans médecin traitant, constituant ainsi un relai pour le suivi ;
- Construire des parcours spécifiques pour les femmes enceintes avec une pathologie chronique au sein des CPTS en partenariat avec les réseaux en santé périnatale ;
- Instaurer dans chaque département un comité de pilotage dédié aux soins non programmés incluant les maisons médicales de garde, structures de soins inopinés, sas, télémédecine ;
- Intégrer les IDE, Kiné dans la prise en charge des soins non programmés : accès direct, valorisation ;
- Intégrer les IPA dans la prise en charge des soins non programmés ;
- Valoriser les compétences du pharmacien d'officine dans la réponse de premier recours aux soins non programmés ;
- Mettre en place une filière (MG + IDE) spécifique de soins non programmés dans une maison de santé pluri professionnelle (MSP) pour couvrir le besoin en Soins Non Programmés d'un territoire au-delà de la patientèle de la MSP ;
- Obtenir l'accès direct à un Kinésithérapeute et mettre en place un système de garde qui financerait des créneaux horaires par semaine chez les praticiens volontaires pour une prise en charge d'une séance en urgence ;
- mettre en place des consultations non programmées tournantes, assurées tout au long de la semaine par les médecins de la structure d'exercice coordonnée ;
- Mettre en place un accès facilité à un avis spécialisé ou expert (téléconsultation spécialisée, télé-expertise) ;
- Développer les centres de prise en charge spécialisés et un accès direct à des soins non programmés spécialisés (notamment au moment des crises pour les maladies psychiques et neurologiques, épilepsies, avec des procédures simplifiées pour les malades connus) ;
- Systématiser les IPA « Infirmières en Pratique Avancées » et des assistants médicaux dans chaque équipe de soins primaires (1 IPA pour 2500 hab. comme pour les pharmaciens) pour le suivi des maladies chroniques /pré-orientation, en leur donnant la possibilité de prescrire.



Priorité « Accès aux soins non programmés »

Atelier 3 : Le patient en perte d'autonomie du fait de la maladie chronique, du grand âge, et/ou d'une situation de handicap

- à domicile
- en établissement médicosocial

Problématique

Enjeux

L'accès aux soins non programmés reste une priorité pour les populations des personnes fragiles et vulnérables en particulier les PA et les PH en perte d'autonomie ; l'anticipation du soin préventif et curatif est gravement et durablement impactée par la non disponibilité des professionnels de première ligne pour se rendre aisément au domicile, et la connaissance des dispositifs de soins.

- ✓ 1 % des patients de 17 ans et plus et en Affection de Longue Durée n'ont pas de médecin traitant en Grand-Est
- ✓ 4,6 % des patients consommant des soins de plus de 70 ans n'ont pas de médecin traitant

Comment anticiper et organiser le soin non programmé à domicile ?
 Comment anticiper et organiser le soin non programmé en institution ?
 Quel rôle pour l'Hospitalisation à Domicile ?
 Quel rôle pour la télémédecine, télésurveillance ?
 Comment éviter que le suivi ou la prise en charge d'un patient ne devienne qu'une succession de soins non programmés ?
 Comment organiser le recours par l'équipe traitante et/ou le patient à un avis spécialisé et/ou à des examens complémentaires (biologie, radiologie) non programmés ?
 Quel rôle d'orientation pour le Service d'Accès aux Soins, le Service d'Accueil des Urgences, sollicités par le patient sans médecin traitant ?

Contributions des partenaires et des CNR

- Développer la télémédecine à domicile avec des aidants familiaux ou professionnels formés, et en institution permettant le recours à toutes les spécialités et à des soins non programmés ;
- Développer les équipes mobiles pour le champ de la gériatrie et du handicap ;
- Faciliter l'accessibilité aux personnes en pertes d'autonomie aux consultations en particulier via les transports au cabinet ; organiser le transport des patients vers les centres de consultation lorsque ceux-ci n'ont pas de possibilité de se déplacer ou pour une personne âgée avec un médecin disponible qu'en consultation.
- Déployer la télémédecine (téléconsultation et télé expertise) au sein de la régulation médicale ;
- Développer un observatoire régional de l'accès aux soins associant les associations et les indicateurs de l'accès aux soins ;
- Instaurer dans chaque département un comité de pilotage dédié aux soins non programmés incluant les maisons médicales de garde, structures de soins inopinés, sas, télémédecine ;
- Intégrer les associations de permanence des soins aux cpts afin d'assurer une réponse aux SNP et en retour elles adressent les patients sans Mt afin que la cpts propose un MT
- Faire participer les biologistes au service d'accès aux soins (SAS) +/- permanence des soins selon les besoins ;
- Intégrer les IDE, Kiné dans la prise en charge des SNP : accès direct, valorisation ;
- Permettre à des usagers en territoire rural isolé et désert médical ne pouvant se déplacer facilement de bénéficier d'une consultation de télémédecine avec une infirmière depuis leur domicile vers une ressource médicale locale (CPTS, MSP, SOS, etc.) en revalorisant financièrement la venue à domicile de l'IDE (plus de 80 ans, en ALD) ;
- Intégrer les IPA dans la prise en charge des soins non programmés ; organiser un suivi d'un patient pris en charge en SNP, faciliter le déclenchement d'une surveillance infirmière et ré contrôle par le médecin, soit traitant soit un autre. Confier aux ipa ce rôle de surveillance du patient.
- Valoriser les compétences du pharmacien d'officine dans la réponse de premier recours aux soins non programmés ;
- Favoriser le déploiement sur le territoire des équipes paramédicales de 1^{er} recours qui se rendent au domicile des patients en lien avec les SAMU ;
- Expérimenter sur un territoire rural donné un appui par les IDEL à la régulation du SAMU, du SAS via de la téléconsultation ;
- Faciliter le recours à un e-médecin coordinateur en EHPAD dans les établissements sans médecin coordonnateur



Priorité « Accès aux soins non programmés »

Atelier 4 : Le patient en situation de fragilité sociale dans un contexte d'inégalités sociales et culturelles

Problématique

L'accès aux soins non programmés reste une priorité pour les populations en situation de vulnérabilité sociale ou toute personne à risque de barrières sociales, culturelles ou économiques à l'accès aux soins et à la santé.

Les inégalités sociales sont aujourd'hui un facteur aggravant des difficultés d'accès aux soins : gradient social de l'état de santé, renoncement au recours aux soins nécessaires

- 1,2 % des patients de 17 ans et plus bénéficiant de la CSS n'ont pas de médecin traitant en GE
- 4,6 des patients consommant des soins de plus de 70 ans n'ont pas de médecin traitant en GE

Enjeux

Comment permettre aux personnes en situation de vulnérabilité sociale d'accéder comme les autres à ces soins non programmés ?

Comment accompagner les personnes en situation de vulnérabilité sociale vers les dispositifs existants SAS, PASS, DAC etc. ? Quelle place pour les structures d'exercice coordonné (dont les CPTS) dans les territoires les plus éloignés, en lien avec les dispositifs cités précédemment ? Quelle place pour les dispositifs d'Appui à la Coordination ?

Comment aider les professionnels pour une prise en charge de ces personnes ? interprétariat, médiateurs... ?

Comment organiser le soin non programmé de personnes résidant en structures sociales, et peu mobiles ?

Comment éviter que le suivi d'une personne en situation de vulnérabilité sociale sans médecin traitant et/ou parcours de soins ne devienne qu'une succession de soins programmés ?

Contributions des partenaires et des CNR

- Reconnaissance des médiateurs, de la pair-aidance, des travailleurs sociaux comme partenaire des soins non programmés ;
- Développement d'un observatoire régional de l'accès aux soins associant les associations et les indicateurs de l'accès aux soins Faciliter l'accessibilité aux personnes en pertes d'autonomie aux consultations en particulier via les transports au cabinet ;
- Déployer la télémédecine (téléconsultation et télé expertise) au sein de la régulation médicale ;
- Participation des biologistes au service d'accès aux soins (SAS) +/- permanence des soins selon les besoins ;
- Instaurer dans chaque département un comité de pilotage dédié aux soins non programmés incluant les maisons médicales de garde, structures de soins inopinés, sas, télémédecine. ;
- Intégrer les IDE, Kiné dans la prise en charge des SNP : accès direct, valorisation ;
- Intégrer les IPA dans la prise en charge des soins non programmés ;
- Valoriser les compétences du pharmacien d'officine dans la réponse de premier recours aux soins non programmés ;
- Favoriser le déploiement sur le territoire des équipes paramédicales de 1^{er} recours qui se rendent au domicile des patients en lien avec les SAMU ;
- Tous les dispositifs de régulation (tri) pour l'accès aux services de soins (notamment régulation avant l'accès aux urgences) doivent porter une attention particulière aux publics vulnérables (personnes en situation de précarité, migrants ne maîtrisant pas bien le français, travailleuses du sexe, usagers de drogues etc.) pour ne pas créer de renoncements aux soins.





Journée régionale Prévention
29/03

Journée régionale Autonomie
11/04

Journée régionale Accès aux soins non programmés
13/04

COPIL PRS
03/03

CSOS et CP CRSA
14/03

CSMS
16/03

COPIL PRS
12/04

Assises régionales Urgences
17/05

COPIL PRS
12/05

COPIL PRS
07/06

CSOS
02/06

CRSA
21/06

COPIL PRS
07/07

COPIL PRS
13/09

COPIL PRS
13/10



2023

Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct

