



**Construisons ensemble
la santé de demain**

[PRS] PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028

Cadre d'orientation stratégique 2018-2028

// COS / SRS & PRAPS / Objectifs quantifiés de l'offre de soins
Juin 2018

/// AVANT-PROPOS

La santé est devenue la première préoccupation avec l'emploi de nos concitoyens, légitimement attachés à un système de santé de qualité et solidaire, préservant un accès aux soins pour tous, ils considèrent notre système de santé comme un élément majeur constitutif de notre pacte républicain et de ses valeurs.

Ils savent aussi que notre système doit faire face à des défis majeurs, lesquels sont encore plus marqués dans notre région :

- Le vieillissement de la population ;
- L'accroissement des maladies chroniques ;
- Un choc démographique des professionnels de santé avec 30 % de départ à la retraite dans les cinq ans ;
- Des inégalités de santé territoriales et sociales majeures ;
- Une mortalité prématurée mais évitable car liée à des facteurs et comportements à risques encore trop nombreux et mal prévenus (tabac, alimentation, stress, etc.) ;
- Un système de soins encore trop cloisonné entre la ville et l'hôpital, entre les secteurs sanitaire et médico-social, entre les différents professionnels de santé, et donc source de non qualité et perte d'efficacité.

Notre système se trouve aussi devant des opportunités formidables :

- Grâce à la recherche, on assiste à des progrès majeurs dans les traitements avec, dès à présent par exemple, la guérison d'un malade sur deux atteints de cancers et dans certaines maladies infectieuses comme les hépatites C une guérison assurée, en cas de dépistage précoce ;
- La révolution de la e-santé, le partage des données en santé et le développement de nouvelles technologies en santé permettent de nouveaux modes d'organisation des soins (dossier médical partagé, chirurgie ambulatoire, télé-médecine, médecine personnalisée, etc.) et doivent faciliter l'accès aux soins et la coordination entre professionnels de santé dans leur formation et leurs pratiques quotidiennes ;
- Le rôle accru des patients et associations de patients comme acteurs de leur santé représente un atout majeur notamment en matière d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique ;
- La volonté et l'engagement des professionnels de santé pour accroître le travail en équipes pluridisciplinaires.

Ce sont ces défis et ces opportunités qui doivent nous amener à initier, promouvoir et soutenir avec les professionnels de santé, les patients et leurs associations, les élus et tous les citoyens les transformations nécessaires inscrites dans les 4 orientations majeures de la stratégie nationale de santé :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Ces orientations sont traduites dans ce schéma régional de santé pour la période 2018-2023.



Pour réussir ensemble, nous souhaitons que ce cadre d'actions serve au développement des partenariats et contractualisation avec les opérateurs territoriaux de la santé, et aussi des acteurs porteurs d'actions sur les déterminants de santé.

C'est ensemble que nous relèverons ces défis au service de la santé de tous.

Christophe Lannelongue

Directeur général de l'ARS Grand Est

/// UN PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ CO-CONSTRUIT EN PARTENARIAT AVEC LES ACTEURS DE SANTÉ DE LA RÉGION

/// Le projet régional de santé, un outil stratégique pour améliorer l'état de santé de nos concitoyens

Le projet régional de santé (PRS) constitue l'outil stratégique de la politique régionale de santé des agences régionales de santé (ARS). Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures tendant à les atteindre (art. L1434-1 du code de la santé publique).

/// Une politique de santé transversale orientée vers la prévention et l'approche parcours de santé

Remodelé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le PRS 2018-2028 est porteur d'une dimension prospective à 10 ans et intègre une forte dimension transversale qui prend tout son sens dans des objectifs portant notamment sur l'organisation des parcours de santé, le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements, la prise en compte des effets des déterminants de santé et le respect et la promotion des droits des usagers.

/// Un PRS co-construit avec les partenaires et les acteurs de santé

À chaque étape de l'élaboration du projet régional de santé, l'Agence a mis en œuvre une démarche large de concertation, visant au-delà du dispositif législatif et réglementaire prévu par les textes, à associer l'ensemble des partenaires et acteurs de santé. Celle-ci s'est traduite par des travaux en commun, des échanges, ainsi que des consultations officielles. Au total près de 800 personnes et professionnels ont été associés à la construction des composantes du PRS.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie du Grand Est (CRSA) ainsi que les conférences des cinq territoires de santé (CTS) ont été étroitement associées aux travaux de réflexion.

/// LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028

/// Un cadre d'orientation stratégique à 10 ans (COS)

Il s'inscrit dans une dimension prospective et vise, autant que possible, à prendre en compte les évolutions / innovations technologiques, thérapeutiques, organisationnelles majeures de nature à modifier profondément le paysage régional de la santé dans les 10 ans à venir et à générer des évolutions en matière de pratiques professionnelles, de comportements des patients, d'organisation et de modalités de leur prise en charge.

/// Un schéma régional de santé à 5 ans (SRS)

À vocation transversale, il couvre les secteurs sanitaire, médico-social, de la médecine de proximité, de la prévention et de la promotion de la santé. Il induit, de fait, une approche par parcours de santé populationnel (parcours des personnes âgées, des personnes handicapées, des enfants-adolescents, ...) ou par pathologie (parcours cancer, santé mentale...).

Il identifie les évolutions de l'offre de santé à mener, en particulier les implantations des activités de soins, des équipements matériels lourds soumis à autorisation et les implantations relatives aux laboratoires de biologie médicale.

/// Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) à 5 ans, programme spécifique qui a été intégré au schéma régional de santé.

Sur la durée du PRS 2018-2028, deux schémas régionaux de santé seront mis en œuvre.

Ces composantes du PRS sont disponibles en trois volumes :

- ***Un document relatif au cadre d'orientation stratégique (COS) ;***
 - ***Un document relatif au schéma régional de santé et au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (SRS & PRAPS) ;***
 - ***Un document relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS).***
-

/// SOMMAIRE

I.	LES DÉFIS ET ENJEUX MAJEURS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.....	9
	Les spécificités épidémiologiques de la région Grand Est	11
	Le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques	13
	Les inégalités sociales et territoriales de santé	16
	Les inégalités d'accès à l'offre de santé	18
	L'exigence de qualité, de sécurité et de pertinence des prises en charge	22
	La soutenabilité financière et l'efficacité du système de santé	24
	L'apport de l'innovation et du partenariat en santé	26
II.	LES AXES STRATÉGIQUES 2018-2028	29
	LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES	33
	Objectif stratégique 1. Diminuer la mortalité évitable dans la région, et agir sur les comportements à risque	35
	Objectif stratégique 2. Assurer un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous sur tout le territoire	36
	Objectif stratégique 3. Promouvoir un système de santé efficient	37
	LES AXES STRATÉGIQUES.....	39
	Axe stratégique 1. Orienter résolument et prioritairement la politique régionale de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé	40
	Axe stratégique 2. Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité.....	47
	Axe stratégique 3. Adapter la politique de ressources humaines en santé.....	49
	Axe stratégique 4. Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours	52
	Axe stratégique 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	56
	Axe stratégique 6. Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins ..	64
	Axe stratégique 7. Développer une politique d'innovation accompagnant les transformations du système de santé.....	68
	Axe stratégique 8. Axe transversal : développer les partenariats et la démocratie en santé..	74



I. LES DÉFIS ET ENJEUX MAJEURS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

LES SPÉCIFICITÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA RÉGION GRAND EST

Les principales causes de décès

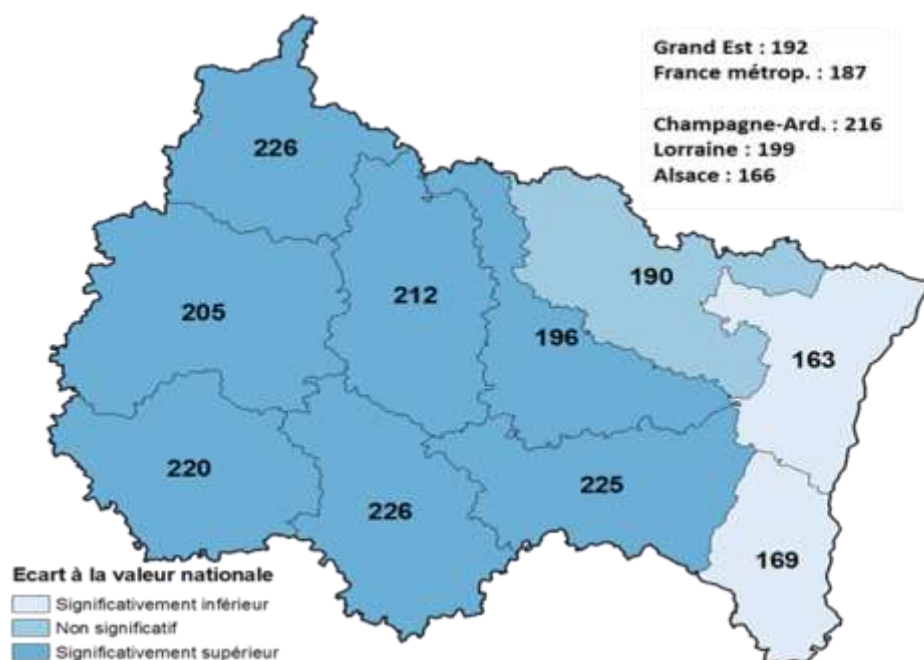
L'état des lieux régional de l'état de santé de la population du Grand Est montre qu'il existe une mortalité plus élevée qu'en France métropolitaine pour les quatre premières causes de décès, à savoir les cancers, les maladies cardio-neurovasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire et la mortalité liée au diabète.

La région est en outre marquée par de fortes inégalités territoriales :

- avec des taux de mortalité générale qui varient du simple au triple entre cantons ;
- et de fortes mortalités prématurées dans des zones rurales et dans de nombreuses grandes villes. Les Ardennes, la Haute-Marne et les Vosges présentent les situations les plus défavorables.

La mortalité prématurée dite « évitable » représente environ 4 350 décès par an, soit plus de 40 % des décès avant 65 ans.

Figure 1- Mortalité prématurée dans les départements du Grand Est – période 2011-2013



Les cancers représentent la première cause de mortalité et de mortalité prématurée ; parmi ceux-ci, les cancers broncho-pulmonaires constituent la première localisation en termes de décès, avec une augmentation constante chez les femmes, touchant en moyenne des personnes plus jeunes que les hommes.

Cette observation est à mettre en regard avec le taux élevé de tabagisme dans la région : en 2014, le Grand Est affiche le taux régional de prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans le plus élevé par rapport à la moyenne nationale (31,1 % de fumeurs versus 28,1% France entière).

Les maladies cardio-neurovasculaires constituent la deuxième cause de mortalité, comme au niveau national. Dans certaines parties de la région, il existe une surmortalité par rapport aux moyennes nationales due aux cardiopathies ischémiques, aux maladies vasculaires cérébrales et aux troubles du rythme.

Il existe aussi dans la région une surmortalité importante pour les maladies de l'appareil respiratoire, supérieure de 14% à la moyenne nationale. Le sillon Lorrain et les Ardennes présentent les situations les plus préoccupantes.

Le Grand Est est la région de France qui connaît la plus forte mortalité liée au diabète, avec plus de 4 000 décès annuels. La mortalité est due au diabète lui-même ou à une cause associée à celui-ci (dont l'insuffisance rénale). La mortalité et la prévalence des affections de longue durée sont supérieures aux valeurs nationales dans les dix départements de la région.

Enfin, au sein des causes externes de mortalité, le suicide constitue une problématique importante, notamment chez les adolescents et jeunes adultes. Il représente la première cause de décès chez les 20-29 ans.

Les risques émergents

Les risques qualifiés d'émergents concernent des situations pouvant induire de nouveaux risques (de nouvelles technologies, de nouveaux contextes, de nouvelles espèces, des populations exposées à de nouveaux pathogènes, etc.) et pour lesquels les effets sur la santé ne sont pas encore toujours bien connus. L'un des risques les mieux documentés concerne la maladie de Lyme, provoquée par les piqûres de tiques.

La région Grand Est présente en 2015 un taux estimé d'incidence de borréliose de Lyme nettement supérieur au taux national, particulièrement en Alsace avec 100 cas pour 100 000 habitants versus 46 cas au niveau national.

D'autres risques existent, comme une qualité de l'air extérieure préoccupante en proximité du trafic routier, ou les allergies provoquées par l'ambrosie. Certains de ces risques sont pris en compte dans le 3e projet régional santé-environnement 2017-2021 et dans le 3e plan santé au travail 2016-2020.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET L'ACCROISSEMENT DES MALADIES CHRONIQUES

La France, comme bien d'autres pays, doit faire face à une double transition : une transition démographique que représente le vieillissement de la population et une transition épidémiologique avec le développement accru des maladies chroniques (cancer, diabète, affections respiratoires chroniques, ...). La région Grand Est n'est pas épargnée par ces évolutions majeures.

Les inégalités de vieillissement

La région Grand Est présente une structure par âge proche de celle de la France métropolitaine, avec néanmoins une part légèrement plus importante de personnes en âge de travailler (25-64 ans) et une présence des moins de 25 ans et des 85 ans ou plus un peu plus faible. Ce constat varie au sein de la région, avec des départements plus âgés tels que l'Aube, la Haute-Marne, la Meuse et les Vosges.

Une région contrastée au plan démographique, en faible croissance, vieillissant plus rapidement que la France dans son ensemble. À l'horizon 2030 :

- ***1/4 de la population sera âgée de plus de 65 ans ;***
 - ***+35% à +60% de personnes âgées dépendantes entre 2007 et 2030.***
-

Selon les projections de l'INSEE, en 2030, près du quart de la population du Grand Est sera âgée de 65 ans ou plus. Ce vieillissement sera toutefois plus marqué dans les deux départements d'Alsace, ainsi qu'en Moselle (de +1,66 % à +1,34 %) et moins prononcé en Meuse, Haute-Marne et dans les Ardennes (de +0,06 % à +0,29 %).

Le nombre de personnes âgées dépendantes¹, selon le scénario INSEE retenu, augmente de +35% à +60%, entre 2007 et 2030, soit 148 000 à 175 000 personnes âgées dépendantes en région Grand Est en 2030.

Les départements à forte dominante rurale concentrent une part plus importante de personnes âgées, en particulier la Haute-Marne et les Vosges avec un taux de personnes âgées de plus de 75 ans respectivement de 12,8% et 11,7 % (versus 9% en région Grand Est).

¹ La « dépendance » des personnes âgées est définie par des incapacités à effectuer des actes essentiels de la vie quotidienne (s'habiller, se déplacer, préparer un repas, etc.). La grille AGGIR positionne les personnes âgées de 60 ans ou plus (et seulement elles, ce qui exclue artificiellement les personnes dépendantes plus jeunes, notamment les personnes handicapées et celles atteintes de troubles cognitifs) selon six niveaux de perte d'autonomie : du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes, au GIR 6 pour les plus autonomes. Les personnes sont dites « dépendantes » lorsqu'elles relèvent des GIR 1 à 4.

Près d'un quart de la population âgée du Grand Est vit seule et se retrouve davantage dans les territoires ruraux ; ce sont ainsi 30% des personnes âgées qui vivent seules en Haute-Marne, 27,8% dans les Ardennes et 27,5% dans la Meuse.

Avec l'urbanisation et les difficultés pour les jeunes générations à trouver un emploi, il est difficile pour les jeunes adultes citadins de prendre en charge leurs parents voire leurs grands-parents. Le risque d'isolement et de précarisation s'accroît, en particulier pour les personnes âgées habitant en zone rurale.

Par ailleurs, la consommation de soins des personnes âgées de plus de 75 ans a augmenté de 6,8% entre 2011 et 2015 avec des disparités infrarégionales. Le département de la Meurthe et Moselle enregistre le taux de recours aux soins en médecine et chirurgie le plus élevé ; à l'inverse, le recours aux soins en médecine et chirurgie est moins élevé pour l'Aube.

Ainsi, les prises en charge hospitalières devraient être en augmentation pour cette population âgée. Cependant, la façon dont cette prise en charge s'organise doit pouvoir conduire à un raccourcissement des hospitalisations conventionnelles et à une augmentation de la part de prise en charge en ambulatoire et/ou à domicile². De fait, le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en médecine et chirurgie, même s'il est probable que les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours une prise en charge par des structures hospitalières lourdes. Tout cela n'est possible que si des structures alternatives favorisant les prises en charge à domicile, en ambulatoire ou d'aval se développent.

L'accroissement des maladies chroniques

Au niveau d'un individu, les dysfonctionnements de l'organisme lors du vieillissement sont davantage liés aux comportements et à l'exposition à certains facteurs de risques environnementaux.

Au niveau d'une population, le vieillissement constitue un marqueur épidémiologique des évolutions des modes de vie et des inégalités socio-économiques, s'accompagnant d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques telles que les affections cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires, les maladies neurodégénératives (Alzheimer par exemple),...

Cette évolution exige une modification en profondeur de la façon de concevoir les parcours de soins et une adaptation en conséquence des politiques publiques.

La région est en outre très touchée par l'obésité chez les adultes. Partant d'une situation déjà défavorable, la Champagne-Ardenne et l'Alsace sont, avec la région parisienne, les régions qui connaissent les plus forts taux d'augmentation en 15 ans.

² Études et résultats n°654, août 2008 « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 »

En région Grand Est, quatre causes majeures regroupent, en 2014, plus de 75% des personnes admises en affection de longue durée :

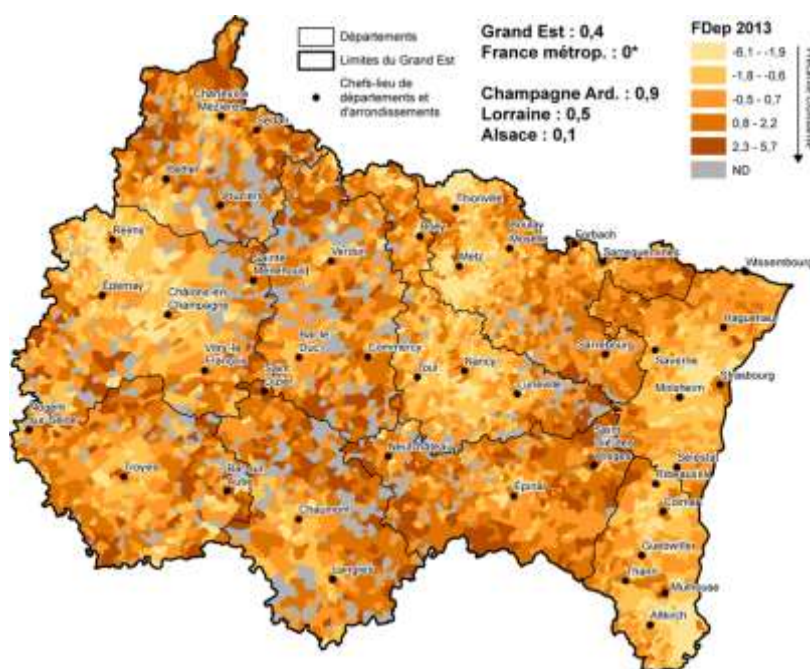
- ***Les maladies cardiovasculaires ;***
 - ***Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète en particulier) ;***
 - ***Les cancers ;***
 - ***La souffrance mentale.***
-

LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

Le système de santé est marqué par de profondes inégalités sociales de santé. Ainsi, quels que soient les indicateurs de santé considérés : mortalité, morbidité, incapacités, santé perçue ou qualité de vie, apparaissent d'importants gradients selon les milieux sociaux, la profession, le niveau d'étude, l'environnement, etc.

Les inégalités en santé sont dues à de nombreux facteurs, notamment les différences dans les conditions de vie et de travail, et les comportements. On observe ainsi davantage de fumeurs, de problèmes de surpoids et d'obésité dans les milieux socio-économiques défavorisés. Malgré l'importante amélioration de l'état de santé de la population générale, comme en attestent des indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc.), force est de constater que les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Ce « gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. Dès lors, il convient de prendre en compte les données de ce constat, afin de ne pas creuser les écarts. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être totalement intégré dans le développement des actions d'éducation et de promotion de la santé.

Figure 2- Indice de défaveur sociale Fdep en 2013



Ce lien entre la santé des individus et divers indicateurs de leur position sociale explique le développement des inégalités qui se traduit notamment :

- par des disparités territoriales qui s'accroissent : ainsi, le niveau de mortalité prématurée³ varie beaucoup selon les territoires, les villes, les quartiers... ;
- par une différence d'espérance de vie et de morbidité entre catégories sociales : un cadre à 35 ans a, en moyenne, une espérance de vie de 46 ans, alors qu'un ouvrier du même âge ne dispose que de 39 années à vivre en moyenne ; chez les enfants d'ouvriers, le risque d'obésité est environ quatre fois plus élevé que pour les enfants de cadres.

Ainsi la politique régionale de santé doit prendre en compte ces déterminants et être construite sur la base d'une approche globale de la santé et sur la base de stratégies de prévention des comportements à risque et de création d'environnements favorables à la santé.

-
- ***Globalement défavorable par rapport à la France métropolitaine, la situation socio-économique du Grand Est est fortement contrastée ;***
 - ***Une défaveur sociale marquée dans les grandes villes de la région (Mulhouse, Colmar, Strasbourg, Épinal, Metz, Troyes, Reims, Châlons-en-Champagne), de même qu'en Meuse, Haute-Marne, Vosges et Ardennes ;***
 - ***Globalement défavorable par rapport à la France métropolitaine, la situation socio-économique du Grand Est est fortement contrastée ;***
 - ***Une défaveur sociale marquée dans les grandes villes de la région (Mulhouse, Colmar, Strasbourg, Épinal, Metz, Troyes, Reims, Châlons-en-Champagne), de même qu'en Meuse, Haute-Marne, Vosges et Ardennes ;***
 - ***Des situations plus favorables au sud de l'Alsace, en Lorraine dans l'ensemble des territoires du sillon lorrain, ainsi que dans l'Aube.***
-

³ La mortalité prématurée correspond aux décès qui interviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Parmi ces décès, certains peuvent être considérés comme « évitables » lorsqu'ils sont liés à des facteurs de risque individuels et/ou à un défaut de prise en charge par le système de santé. L'examen de la mortalité prématurée est essentiel pour affiner l'analyse de l'état de santé de la population et évaluer les besoins de prévention.

LES INÉGALITÉS D'ACCÈS À L'OFFRE DE SANTÉ

Les années de crise ont rendu plus incertain l'accès aux soins et à la santé des populations à faibles revenus. **Le non accès aux soins pour raison financière** (le facteur décisif est l'existence d'une assurance complémentaire et son degré de couverture) aggrave et explique en partie les inégalités d'état de santé ; pour le résumer d'une formule : plus on est pauvre, plus on est malade, moins on est couvert.

C'est pourquoi, au fil des années, les dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention des populations les plus pauvres se sont développés. Dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de décembre 1998, 34 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mises en place dans les établissements de santé de la région, majoritairement dans le secteur public. Elles offrent aux personnes en situation de précarité des consultations médicales et un accueil social afin de leur faciliter l'accès au système de santé, notamment par un accompagnement dans la reconnaissance de leurs droits. Toutefois, ce dispositif PASS est caractérisé par une grande hétérogénéité, que ce soit sur l'organisation et le fonctionnement ou sur les prestations offertes.

Le non recours aux soins a de nombreuses causes : les faibles revenus sont une de ces causes mais l'accessibilité géographique et les délais d'attente (liées à des tensions sur la démographie médicale) représentent les principaux obstacles. Les inégalités d'accessibilité géographique sont majeures pour les régions rurales à faible densité de population et la distance moyenne d'accès aux soins a augmenté pour diverses spécialités médicales (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, pédiatrie en particulier). Cette situation peut poser des problèmes pour des populations pauvres qui ne disposent pas de voiture, ou qui bénéficient de peu de possibilités de transports en commun adaptées ce qui est souvent le cas en milieu rural lorsqu'il s'agit de personnes âgées.

Développé en 2012 par la DREES et l'IRDES, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) des médecins généralistes est déterminé à partir de plusieurs paramètres. Il permet d'appréhender la disponibilité de l'offre de soins. Il prend en compte :

- l'activité de chaque médecin calculée en fonction du nombre d'actes (consultations et visites) ;
- l'âge des médecins ;
- le taux de fréquentation des médecins observé dans les bases de l'assurance-maladie ;
- les temps d'accès ;
- le besoin de soins en fonction de l'âge des patients d'après l'observation des consommations.

L'indicateur d'APL s'exprime ainsi en nombre de consultations (ou visites) accessibles par habitant standardisé au cours d'une année.

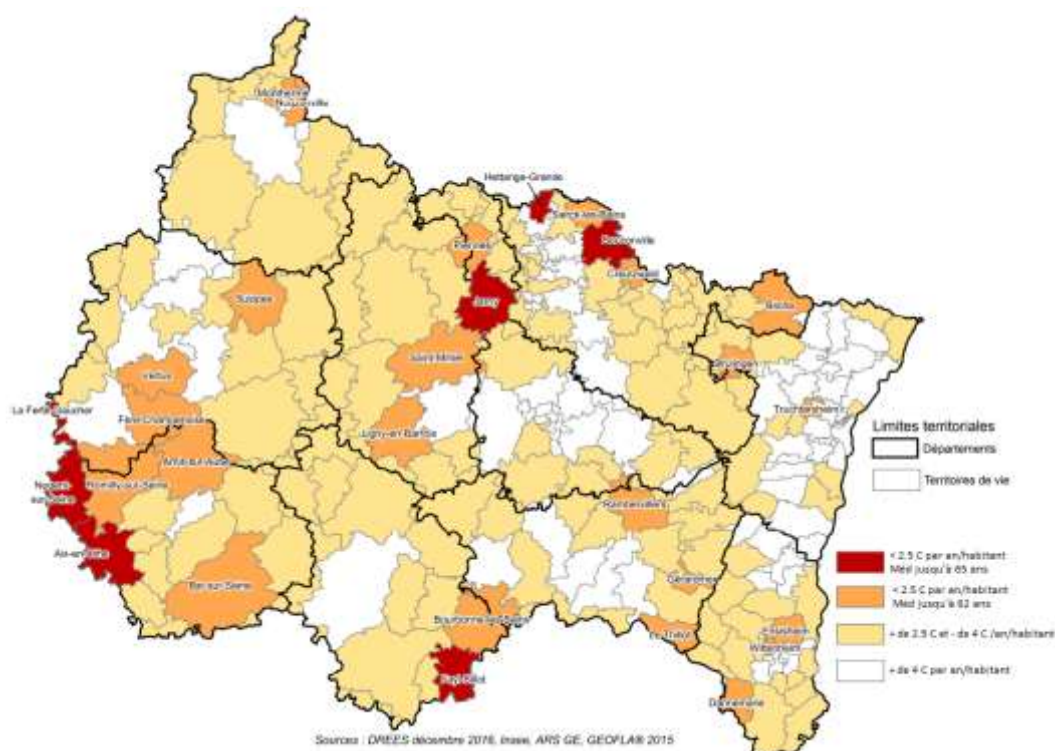
Un habitant bénéficiant en moyenne de 3,8 consultations par an, on considère qu'une accessibilité inférieure d'1/3 à ce niveau sera problématique, ce qui revient à établir un nombre de consultations que l'on souhaite accessible de 2,5 consultations/an/habitant.

Pour une meilleure lisibilité pour les usagers du système de santé comme pour les professionnels, 3 seuils d'APL ont été fixés.

- Seuil de fragilité à court terme : Les zones où un habitant a accès à moins de 2,5 consultations par an à un médecin généraliste, alors que tous les médecins présents dans ce territoire jusqu'à 65 ans sont pris en compte ;
- Seuil de fragilité à moyen terme : Les zones où un habitant a accès à moins de 2,5 consultations/an à un médecin généraliste alors que sont pris en compte dans le calcul de l'offre médicale disponible tous les médecins de la zone jusqu'à 62 ans ;
- Seuil de fragilité potentielle : Les zones où un habitant a accès à plus de 2,5 consultations par an à un médecin généraliste et à moins de 4 consultations par an à un MG, alors que tous les médecins de cette zone jusqu'à 65 ans sont pris en compte.

La carte ci-dessous fait apparaître que 47,9% de la population de la région se situe dans l'une de ces trois catégories.

Figure 3 - Accessibilité potentielle localisée des médecins généralistes



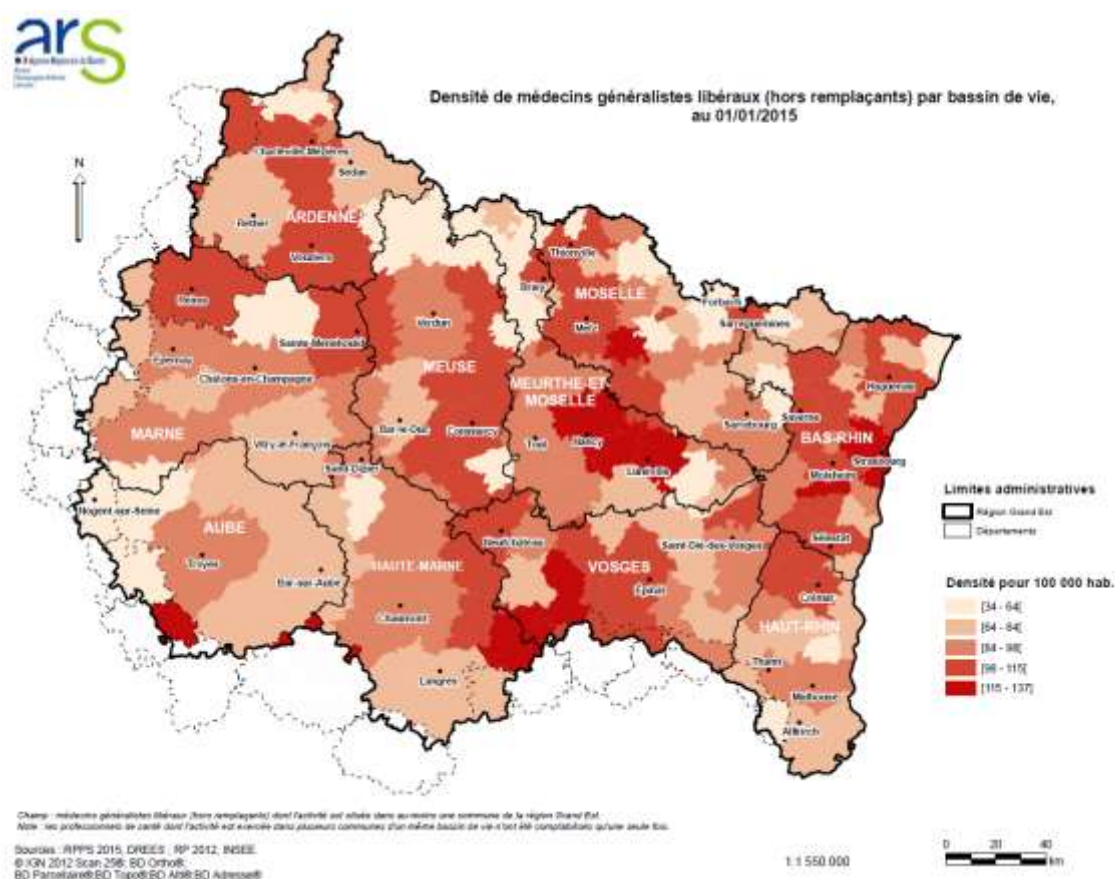
La démographie et l'inégale répartition des professionnels de santé

Le contexte de vieillissement de la population participe à accroître la demande en soins et notamment en soins de proximité, du fait de la détérioration de la santé et des contraintes de mobilité qui peuvent survenir avec l'âge.

Or, l'offre en professionnels de santé est inégalement répartie. L'accès aux soins envisagé souvent sous l'angle social, doit l'être aussi sur le plan territorial.

Comme dans d'autres secteurs, les professionnels de santé deviennent de plus en plus mobiles. Ils s'installent et se déplacent dans des territoires qu'ils jugent plus favorables à des conditions d'exercice de qualité. Et ces mouvements, qui tendent à converger vers les pôles existants, souvent des grandes villes, ne font que s'accroître.

Figure 4 – Densité des médecins généralistes libéraux (hors remplaçants) par bassin de vie au 01/01/2015



La région Grand Est se caractérise par :

- **Une densité médicale globalement inférieure à la moyenne nationale avec de fortes disparités territoriales et qui a baissé de 2,8 % entre 2007 et 2016 ;**
 - **Une densité paramédicale (infirmiers, sage femmes) supérieure à la moyenne nationale ;**
 - **Une inégalité du vieillissement des médecins généralistes et spécialistes selon les territoires avec au total 27% de médecins actifs qui ont plus de 60 ans ; près de 30% des médecins généralistes partiront en retraite dans les 5 ans ;**
 - **Une consommation de soins plus importante en termes de nombre d'actes moyens réalisés par les professionnels de santé libéraux (généralistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes) par habitant.**
-

Les pactes territoire santé 1 et 2 ont également permis des avancées majeures :

- Le stage en ambulatoire pour tous les étudiants ainsi que les actions d'accompagnement des professionnels ;
- Le travail partenarial engagé avec les préfetures, le Conseil Régional, les Unions régionales des professions de santé (URPS), l'Assurance Maladie et les fédérations des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) pour inscrire les structures d'exercice coordonné dans les perspectives d'aménagement des territoires et pour accompagner la mise en œuvre de stratégies innovantes pour l'organisation des soins ambulatoires ;
- Le déploiement de structures d'exercice coordonné : 73 MSP ouvertes en région Grand Est (303 MSP financées dans le cadre du plan d'équipement sur l'ensemble du territoire en 2015) ;
- Le développement du soutien à la mise en place de dispositifs innovants (action sur le dépistage de la rétinopathie diabétique via l'équipement des territoires en rétinographes et le développement de la télémédecine, mise en œuvre de protocoles de coopération notamment dans le cadre de la filière visuelle) ;
- Une limitation de la dégradation prévisible de la démographie médicale (exemple de la Meuse avec un maillage territorial en MSP quasiment abouti).

L'EXIGENCE DE QUALITÉ, DE SÉCURITÉ ET DE PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

Offrir aux patients une offre de services de santé adaptée aux besoins et soutenable sur le long terme, réduire les soins redondants ou inadéquats et transformer les organisations impliquent de positionner la démarche qualité comme vecteur du changement et de s'interroger sans cesse sur la pertinence des pratiques.

La politique d'amélioration continue de la qualité doit être appréhendée de manière globale et s'étendre de la ville à l'hôpital. Le développement de la culture positive de l'erreur doit faciliter les adaptations des organisations et des pratiques par l'analyse et le partage facilité des dysfonctionnements. L'évaluation des pratiques professionnelles est un point d'entrée facilitant l'adaptation des pratiques aux nouvelles modalités de prise en charge. De même, le rôle de l'usager dans l'évolution du système est un facteur clé de réussite, en cohérence avec la poursuite du développement de la démocratie en santé.

À l'hôpital, l'orientation des patients doit être facilitée et améliorée pour éviter les hospitalisations inutiles et contribuer à l'adaptation des durées de séjour. Ceci nécessite l'évolution des prises en charge en ville et à domicile et le développement de structures de coordination.

La transformation du système de santé sous l'angle de la qualité et de l'évolution des pratiques doit s'accompagner d'une amélioration des organisations et des conditions de travail. L'efficacité des organisations, c'est-à-dire le juste soin au juste prix, caractérise cette approche multidimensionnelle de la performance.

Des reconfigurations sociales devront être mise en œuvre pour accompagner l'adaptation des ressources humaines : modification des charges de travail et émergence de nouveaux métiers, qualité de vie au travail, coopération entre professionnels de santé, évolution du management, etc.

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, sur la base d'une analyse bénéfices / risques, et conformément aux données actuelles de la science, i.e. aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales : « Le bon soin, au bon moment, au bon patient, au bon endroit ».

L'un des indicateurs de non pertinence réside dans l'observation de variations géographiques des pratiques médicales ; elles s'observent dans tous les pays ayant mesuré les taux de recours, et aucun pays ne peut expliquer entièrement cette variabilité par des différences en termes d'état de santé de la population. Remédier à ces variations injustifiées relève de la responsabilité de trois acteurs : les pouvoirs publics, les professionnels de santé, et les patients.

Le plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) vise à améliorer les pratiques professionnelles et les organisations, notamment éviter les actes redondants ou inadéquats, poursuivre le développement des prises en charge en ambulatoire, optimiser le recours à l'hébergement hospitalier.

Cette démarche implique la participation des professionnels de santé, et le décloisonnement entre les acteurs du parcours du patient : « la pertinence ne découle pas seulement de la qualité des pratiques médicales, elle est directement corrélée à l'organisation du système de santé et à sa capacité à assurer des parcours fluides et coordonnés »⁴.

⁴ Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur la pertinence des soins, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, Sénateur, juillet 2017.

L'approche régionale recentre la démarche sur la pertinence autour des champs suivants :

- les modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète, prise en charge en soins de suite et de réadaptation versus kinésithérapie en ville) ;
- les actes et les pratiques (notamment actes chirurgicaux, interventionnels, ou d'imagerie médicale) ;
- les séjours (pertinence à l'admission ou sur la durée d'hospitalisation) ;
- les parcours (hospitalisations ou ré-hospitalisations potentiellement évitables) ;
- l'utilisation des produits de santé ;
- la prescription et l'utilisation des transports sanitaires.

La pertinence de l'utilisation des produits de santé, et de la prescription et utilisation des transports sanitaires, font l'objet d'actions dédiées, hors champ du PAPRAPS.

La région Grand Est se caractérise par des taux de recours nettement plus élevés que la moyenne nationale pour certains actes bénéficiant de référentiels de pratiques, avec un recours régional en 2016 :

- ***de 25% supérieur à la moyenne nationale pour la chirurgie du canal carpien ;***
 - ***de +20% pour la chirurgie du rachis ;***
 - ***de +19% pour les thyroïdectomies ;***
 - ***de +17% pour les angioplasties coronaires.***
-

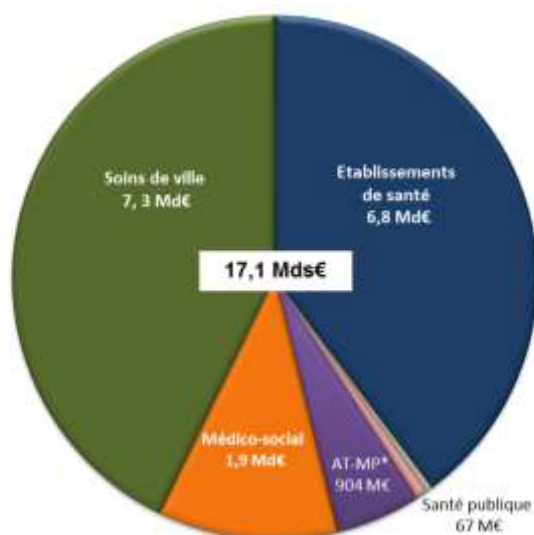
LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pour répondre aux besoins croissants de la population et maintenir un haut niveau de qualité des soins, notre système de santé doit garantir sa soutenabilité financière.

Les dépenses de santé en France sont financées à près de 80% par l'Assurance maladie obligatoire⁵. L'État participe également dans une moindre mesure au financement du système de santé via la prise en charge de la couverture maladie universelle complémentaire (1,4% de la dépense). Ce financement public garantit la solidarité et l'universalité de la protection contre le risque de maladie.

De leur côté, les organismes complémentaires, qui représentent 13% du financement de la santé, confortent cette large mutualisation des dépenses de santé.

Figure 5 Les dépenses de santé 2016 en région Grand Est (source : bilan financier 2016 de l'ARS)



* AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles

Or, les recettes de l'Assurance maladie obligatoire, principalement assises sur les revenus du travail⁶, ne connaissent pas depuis plusieurs années le même dynamisme que ses dépenses. Du fait d'une moindre croissance économique et du niveau élevé du chômage, le dynamisme des revenus d'activité ne suffit pas à couvrir celui des dépenses de santé. Cette inadéquation entre les recettes et les dépenses se traduit par un déficit persistant de l'Assurance maladie obligatoire. Ainsi, le déficit de la branche maladie du régime général de sécurité sociale s'élève à 4,8 Md€ en 2016. Les déficits cumulés des organismes de sécurité sociale viennent nourrir la dette des administrations publiques qui représente 98,9% du PIB à la fin du premier trimestre 2017, soit 2 209,6 milliards d'euros. Le redressement des comptes publics est donc une nécessité pour sauvegarder notre système social, et en particulier notre système de santé.

⁵ DREES : les dépenses de santé en 2015, résultat des comptes de la santé, édition 2016.

⁶ PLFSS 2017 : programme de qualité et d'efficience « financement », sous-indicateur n°4-3.

Ce redressement ne doit pas se faire au détriment des principes fondateurs de notre pacte social : solidarité et universalité. Le reste à charge des ménages s'établit à 8,3% des dépenses de santé ; ce taux est le plus faible des pays de l'Union Européenne. Néanmoins, les restes à charge sont très hétérogènes selon le type de dépense : s'ils sont très faibles pour les soins hospitaliers (2,3%) ou pour les transports sanitaires (2,2%), ils sont plus significatifs pour les soins de ville (11,7%), les médicaments (17%) et les autres biens médicaux (17%) qui recouvrent notamment l'optique et le dentaire pour lesquels la part de l'assurance maladie obligatoire est la plus faible (seulement 43%). Ces disparités de prise en charge peuvent engendrer des inégalités d'accès aux soins.

Dans ce contexte économique contraint, le financement des priorités de santé de l'ARS nécessitera de mobiliser toutes les marges d'efficience du système de santé. Cette démarche a été notamment formalisée au sein du plan pour l'efficience et la performance du système de santé 2015-2017 (plan triennal).

Cette démarche globale a permis une amélioration de la performance du système de santé en région Grand Est au cours des dernières années. Si les établissements de santé de la région rencontrent toujours une situation financière sensible (le résultat consolidé de l'ensemble des budgets sanitaires des établissements publics et privés participant au service public hospitalier s'est accru sur la période 2013-2015, passant de -63 millions d'euros à -98 millions d'euros), l'année 2016 marque une légère amélioration de la situation, résultat d'une mobilisation des offreurs de soins hospitaliers qui se constate notamment dans le suivi des indicateurs du plan triennal.

La poursuite sur les cinq prochaines années de cette démarche d'amélioration de la performance doit permettre le retour à l'équilibre du système de santé à tous les niveaux, l'ARS veillant au maintien des équilibres financiers des établissements de santé de la région.

Au global, les résultats du bilan Grand Est sont encourageants sur la période 2015-2016 puisqu'ils traduisent une amélioration sur la majorité des indicateurs. Les objectifs en matière d'optimisation des achats, de maîtrise des dépenses de transport et de molécules onéreuses ont été dépassés. Le suivi attentif de ces indicateurs permet à l'ARS de prioriser ses actions en faveur des établissements afin d'amplifier et de pérenniser cette dynamique positive. Des efforts restent à fournir sur l'évolution de la masse salariale, la maîtrise des dépenses de transports ainsi que les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV). En particulier, la marge brute des établissements de santé se maintient à 5,3% mais son redressement à 8% reste un objectif prioritaire à atteindre dans les prochaines années.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs de santé autour du prochain plan pour la performance de notre système de santé permettra de renforcer la qualité des soins tout en garantissant la maîtrise des dépenses de santé dans la région Grand Est, dans le respect de la trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui sera fixée pour les prochaines années.

Les dépenses de santé en région Grand Est :

- ***17,1 milliards d'euros en 2016 ;***
 - ***8,5% des dépenses de santé nationales pour 8,7% de la population nationale ;***
 - ***une dynamique de dépense 2015/2016 légèrement plus marquée que pour le reste de la France : +2,21% contre +2,15% au niveau national.***
-

L'APPORT DE L'INNOVATION ET DU PARTENARIAT EN SANTÉ

Plusieurs études et rapports de « Prospective en santé »⁷ pointent les évolutions technologiques majeures attendues dans les 10 ans à venir :

- **Les biotechnologies** dans les domaines diagnostiques et thérapeutiques : médecine prédictive liée à la connaissance du génome humain ; dans le domaine pharmaceutique, développement de la médecine personnalisée c'est-à-dire un meilleur ciblage des traitements grâce à la pharmacogénomique ;
- **Les thérapies géniques** pourront prendre une place dans l'arsenal thérapeutique, toutefois de façon limitée en raison de leur complexité et de leur coût ;
- **Les techniques d'imagerie médicale** de moins en moins invasives avec une plus grande précision des images ;
- **Les nanotechnologies** peuvent être des vecteurs pour transporter des principes actifs des médicaments en ciblant des tumeurs par exemple ; en neurosciences, implantation d'électrodes pour commander une prothèse, etc. ;
- **Une chirurgie moins invasive** : miniaturisation et robotisation ;
- **Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication** comme support aux activités de soins : intégration dans les équipements des laboratoires de biologie, aide au diagnostic, dossier médical informatisé, télé-suivi à domicile grâce aux appareils biomédicaux miniaturisés, aux capteurs, téléconsultations, télé-imagerie, etc. ;
- **Les technologies favorisant l'autonomie des personnes** (aides techniques pour la motricité, domotique, assistance robotique, etc.) ;

Parallèlement à ces progrès technologiques, l'accent doit être mis également sur **les innovations organisationnelles** : les initiatives des acteurs, ces dernières années, sont en faveur d'un exercice collectif et coordonné, orienté vers une prise en charge globale incluant la dimension de prévention, l'éducation thérapeutique, la continuité et la permanence des soins, etc. Le cas échéant, ces innovations organisationnelles sont basées sur l'utilisation d'outils innovants (objets connectés, télémédecine,...). Il faut en effet adopter une position volontariste face aux innovations technologiques : elles ne vont pas forcément s'imposer par la seule force de la nouveauté ; leur diffusion dépend d'un grand nombre de facteurs et il faut plutôt considérer que c'est aux acteurs du système de santé, à commencer par l'ARS, de se saisir ou pas de telles ou telles innovations, dans le cadre des orientations retenues pour l'organisation des soins à l'horizon de 10 ans, afin d'atteindre les objectifs de performance évoqués plus haut. Ces innovations constituent avant tout des outils au service d'objectifs.

⁷ « Quel système à l'horizon 2020 ? » du Ministère de la Santé et de la DATAR, 2000 ; « Étude prospective sur les technologies pour la santé et l'autonomie », Alcimed, CNSA et ANR, 2007 ; « Santé 2025 : un monde d'innovations », LEEM, 2010 ; « Imagerie médicale du futur », PIPAME, 2013 ; « Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? », Unicancer, 2013 ; Avis du HCAAM « Innovation et système de santé » et ses annexes – juillet 2016

Il reste que toutes ces évolutions technologiques, thérapeutiques et organisationnelles sont en faveur des évolutions suivantes, contribuant à répondre à une demande sociale en faveur d'un soutien à domicile et de soins moins lourds :

- Des possibilités plus grandes de soutien à domicile des personnes dépendantes du fait des technologies de suivi à distance ;
- Une réduction des explorations et thérapeutiques invasives, et par conséquent une diminution des risques et de la pénibilité des interventions, une diminution des durées de séjour, une amélioration de l'efficacité des prises en charge ;
- Le développement de la chirurgie « minimale » et de la chirurgie ambulatoire ;
- Une concentration des plateaux techniques d'imagerie avec l'aide de la télémédecine et des possibilités d'interprétation à distance ;
- Une concentration de l'expertise et des équipements dans quelques centres spécialisés pour les techniques de pointe, associée à un développement de l'offre de soins de proximité et des établissements de premier recours, des durées de séjour raccourcies, des traitements administrés en ambulatoire ou à domicile ;
- Une réorganisation, largement engagée, des laboratoires de biologie : regroupements des équipements, mise en place de véritables plates-formes logistiques de réception des prélèvements.

Dans ces perspectives, il est capital d'anticiper l'évolution des métiers et des compétences, de permettre à tous l'accès à ces innovations, et de veiller à l'accompagnement des personnes, notamment des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, à l'utilisation de ces nouvelles technologies et objets connectés.

Le schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET) ainsi que le schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII) pilotés par le Conseil régional concourent à faciliter le développement et l'accès à ces innovations et nouvelles technologies.

Pour que l'innovation en santé et les pratiques innovantes répondent au mieux aux besoins de la population, soient valorisées et s'étendent à d'autres territoires, il est essentiel que l'ensemble des acteurs des politiques publiques se coordonnent sur le terrain.

Les professionnels de santé de la région Grand Est ayant contribué, en 2016, à l'évaluation des trois projets régionaux de santé de 1^{ère} génération d'Alsace, de Lorraine et de Champagne Ardenne ont de façon unanime insisté sur **la nécessité d'agir en partenariat avec l'ensemble des parties prenantes afin de favoriser la réussite des actions et politiques de santé menées dans les territoires pour le bien-être et la santé des populations.**

L'Agence régionale de santé se positionne en « leader-impulseur » de l'action en santé en « faisant faire » ou en « faisant avec » ses partenaires sur des champs divers d'interventions. Cette logique partenariale est capitale pour améliorer la qualité des actions menées et le ciblage des populations. À titre d'exemple, ont été citées les coopérations avec le rectorat pour les actions en milieux scolaires, avec les conseils départementaux pour le développement des parcours de personne âgées en perte d'autonomie ou les personnes en situation de handicap ou encore avec des associations pour les actions de prévention et de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Le besoin de proximité exprimé par les acteurs territoriaux et le nouveau contexte régional impliquent une redéfinition des modalités de relations de l'ARS avec ces acteurs et les territoires. L'enjeu pour l'ARS est de favoriser la mobilisation des territoires dans l'élaboration et tout au long de la mise en œuvre du projet régional de santé 2018-2028.

II. LES AXES STRATÉGIQUES 2018-2028

Les défis et enjeux évoqués ici sont ceux auxquels sont confrontées, à des degrés divers, toutes les régions. Mais certaines spécificités touchent le Grand Est, et ce sont sur celles-ci en particulier que le Projet régional de santé devra porter :

- **Une mortalité générale et une mortalité prématurée supérieures à la moyenne nationale, en particulier pour les deux principales catégories d'affections : cancers et maladies cardio-neuro-vasculaires avec des inégalités territoriales marquées ;**
- **Certaines causes de décès particulièrement préoccupantes : cancers broncho-pulmonaires, maladies respiratoires, diabète, suicide chez les adolescents et jeunes adultes... ;**
- **Certains comportements à risque plus marqués que la moyenne nationale, avec un taux élevé de tabagisme, et un taux élevé d'obésité chez les adultes.**
- **Des inégalités de répartition des professionnels de santé, avec de nombreuses zones en tension.**

Ces enjeux et constats doivent amener l'ensemble des acteurs du système de santé de la région Grand Est à porter collectivement les orientations stratégiques du PRS 2018-2028 définies ci-après, dans le cadre d'un partenariat renforcé et élargi à l'ensemble des acteurs des politiques publiques.

Le présent cadre d'orientation stratégique, au regard de ces enjeux, définit 3 grands objectifs et 7 axes stratégiques pour les atteindre, auxquels s'ajoute un axe transversal.

Les 3 grands objectifs 2018-2028 pour la région Grand Est sont :

- 1) Diminuer la mortalité évitable dans la région, et agir sur les comportements à risque ;
- 2) Assurer un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous sur tout le territoire ;
- 3) Promouvoir un système de santé efficient.

Pour atteindre ces objectifs, 7 axes stratégiques sont identifiés :

- 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 ;
- 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 ;
- 6) Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficience des soins ;
- 7) Développer une politique d'innovation accompagnant les transformations du système de santé.

Et un axe transversal s'ajoute, concernant tous les objectifs :

- 8) Développer les partenariats et la démocratie sanitaire.

/// LIENS ENTRE OBJECTIFS ET AXES STRATÉGIQUES

		Nos objectifs stratégiques à 2028		
		Diminuer la mortalité évitable dans la région, et agir sur les comportements à risque	Assurer un égal accès à des soins sûrs et de qualité pour tous sur tout le territoire	Promouvoir un système de santé efficient
Axes stratégiques	Axe 1 - Orienter résolument et prioritairement la politique régionale de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé	●		
	Axe 2 - Renforcer et structurer l'offre de soins de proximité	●	●	
	Axe 3 - Adapter la politique de ressources humaines en santé		●	●
	Axe 4 - Faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours	●	●	●
	Axe 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		●	
	Axe 6 - Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficience des soins	●	●	●
	Axe 7 - Développer une politique d'innovation accompagnant les transformations du système de santé	●	●	●
	Axe transversal - Développer les partenariats et la démocratie sanitaire	●	●	●



LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Objectif stratégique 1. DIMINUER LA MORTALITÉ ÉVITABLE DANS LA RÉGION, ET AGIR SUR LES COMPORTEMENTS À RISQUE

Au regard de l'état des lieux, et pour notamment lutter contre la surmortalité dans les principales affections, cancers et maladies cardio-neuro-vasculaires, les grandes priorités de la région sont les suivantes :

- 1) Diminuer la prévalence de l'obésité chez les adultes ;
- 2) Prévenir et limiter les complications du diabète (en particulier l'insuffisance rénale chronique) ;
- 3) Diminuer le taux de tabagisme, notamment chez les femmes ;
- 4) Améliorer la prévention et la prise en charge des maladies cardio-neuro-vasculaires ;
- 5) Diminuer le taux de suicides chez les adolescents et jeunes adultes.

L'un des principaux leviers qui doit permettre d'atteindre ces objectifs relève de la politique de prévention. Cette politique constitue le premier axe stratégique du PRS, fondamental au regard du positionnement de la région par rapport à la moyenne nationale sur ces différents thèmes.

Mais il s'agira aussi de mobiliser les innovations technologiques et organisationnelles de nature à améliorer les prises en charge, et d'entrer dans la logique de parcours.

Objectif stratégique 2. ASSURER UN ÉGAL ACCÈS À DES SOINS SÛRS ET DE QUALITÉ POUR TOUS SUR TOUT LE TERRITOIRE

Les difficultés d'accès dans certains territoires sont liées à de multiples facteurs : particularités géographiques, disparités d'implantation des professionnels de santé, faibles revenus des personnes, mais aussi insuffisante organisation des soins. Dans le cadre d'une structuration concertée de l'offre de soins de premier recours, et en s'aidant des outils modernes de communication, il doit être possible à la fois de rendre ces territoires plus attractifs pour les professionnels et de répondre à la demande des personnes isolées socialement et/ou géographiquement.

Dans cet esprit, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit une montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé qui conduit aujourd'hui à repenser le système de santé autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. Elle place la coordination des soins entre les professionnels et les structures de santé comme élément central du système et crée des outils tels que les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé.

À ces dispositifs s'ajoute la possibilité offerte aux ARS, en s'appuyant sur les initiatives des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de constituer des plateformes territoriales d'appui (PTA) pour mettre à la disposition des professionnels de santé qui en font la demande les fonctions d'appui nécessaires à la coordination des parcours de santé complexes.

Un égal accès à des soins de qualité implique aussi une organisation des parcours de soins de nature à orienter le patient vers le bon spécialiste ou la bonne structure de soins en fonction de sa situation dans des délais courts. Dans les cas complexes, les maladies rares par exemple, cette orientation rapide est fondamentale pour une prise en charge optimale. Aussi, des procédures de gradation des soins, adaptées à chaque type d'affection, doivent être suivies. Chaque patient, dans chaque territoire de la région, doit pouvoir accéder aux soins et aux thérapeutiques spécialisées que son affection nécessite, sans forcément (ce qui serait contraire à l'objectif de qualité) chercher à maintenir toutes les spécialités dans toutes les structures.

Enfin, l'accent doit être mis sur l'accès aux soins de populations fragiles : personnes âgées, personnes handicapées, patients atteints de maladie mentale, populations précaires, détenus. Pour ces publics, des organisations adaptées sont nécessaires, supposant parfois d'aller au-devant des demandes.

Dans ce cadre, les priorités fixées pour les 10 prochaines années sur ce thème sont :

- 1) Structurer les soins de proximité, en phase avec les évolutions nationales, en tenant compte des spécificités de chaque territoire ;
- 2) Adopter des procédures de gradation des soins, en identifiant de manière claire le positionnement et le rôle de chaque acteur et de chaque structure, du soin de premier recours jusqu'à l'expertise la plus poussée, sous garantie de qualité ;
- 3) Développer des politiques spécifiques pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes en situation de fragilité sociale.

Objectif stratégique 3. PROMOUVOIR UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICIENT

Au regard de la demande croissante adressée à l'offre de soins et de la nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, le système de santé se doit de mettre en œuvre les procédures les plus efficaces face à une demande donnée. L'efficacité est le meilleur rapport entre le résultat d'un acte (prenant en compte l'impact sur l'état de santé et la qualité de vie, la qualité des soins, la survenue d'effets indésirables) et son coût. Il faut que chaque acte, chaque décision médicale, chaque thérapeutique soient justifiés, réalisés dans les règles de l'art, assortis d'une garantie de qualité, d'expérience des professionnels, de sécurité de l'environnement mis en place.

Ces objectifs s'appliquent aussi à l'organisation même du système de santé : l'efficacité doit être au rendez-vous non seulement au sein de chaque segment du système mais aussi en analysant l'ensemble d'un parcours de soins. Les actions de coordination, d'échange d'informations autour d'un dossier patient contribuent ainsi à l'efficacité.

Précisément, pour garantir la soutenabilité du système de santé, il faut rechercher à diminuer le coût unitaire de prise en charge pour un parcours donné. L'hospitalisation en particulier ne devrait avoir qu'un rôle de recours et d'expertise, pour des soins lourds et techniques, et il revient aux professionnels de santé de ville, avec l'accompagnement des pouvoirs publics, de s'organiser pour prendre en charge de manière coordonnée les affections courantes, ne nécessitant pas de surveillance aiguë, et assurer la continuité et la permanence des soins. Il faut renforcer la gradation des soins dans cet esprit, et assurer la pertinence (le soin justifié) et l'adéquation des soins (le soin délivré dans les règles de l'art, au bon endroit).

Dans ce cadre, les priorités sont :

- 1) Poursuivre les politiques de qualité et sécurité des soins, dans les établissements de santé et médico-sociaux comme en ville ;
- 2) Développer les actions sur la pertinence des soins et l'adéquation des prises en charge ;
- 3) Reconfigurer en conséquence le tissu hospitalier, dans une logique de filière de soins, initiée par les groupements hospitaliers de territoire.



LES AXES STRATÉGIQUES

Axe stratégique 1. ORIENTER RÉSOLUMENT ET PRIORITAIREMENT LA POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ VERS LA PRÉVENTION DANS UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans la prochaine décennie, l'enjeu majeur de prévention résidera dans la capacité des acteurs à prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque, ceux intrinsèques aux individus et ceux liés aux milieux et aux conditions de vie. Si agir sur les choix individuels relève de l'éducation, agir sur les choix collectifs relève des politiques publiques. Afin de donner à la politique régionale de santé une forte orientation préventive et atteindre les résultats escomptés, citoyens, usagers, patients, professionnels de santé, institutions, collectivités, opérateurs associatifs, devront donc coopérer et se coordonner, et cela au plus près des territoires. L'inscription systématique d'un axe « prévention/promotion de la santé » dans les contrats locaux de santé signés à ce jour en région Grand Est constitue un exemple concret de cette coopération.

La prévention reste le maillon faible de notre système de santé. Ce dernier, trop centré sur le curatif, peine à réduire l'incidence et la prévalence de maladies qui pourraient être prévenues (ex : cancer du poumon, maladies cardio-vasculaires, obésité et diabète, SIDA, maladie de Lyme...). **Une organisation efficace et performante de la prévention et des soins repose sur une action concertée et coordonnée des ressources du domaine de la promotion de la santé, de la prévention et du soin, centrée sur les besoins du bénéficiaire, par nature évolutifs.** Pour des résultats tangibles, la prévention doit s'inscrire dans le moyen et le long terme.

La promotion de la santé répond complètement à cette approche. Inscrite dans une vision globale et positive de la santé, la promotion de la santé a pour ambition de travailler sur les déterminants de la santé, biologiques mais également sociaux, culturels, professionnels et environnementaux, en développant des stratégies multiples et construites en synergie. **Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés et sur la mobilisation des ressources dans chaque territoire.**

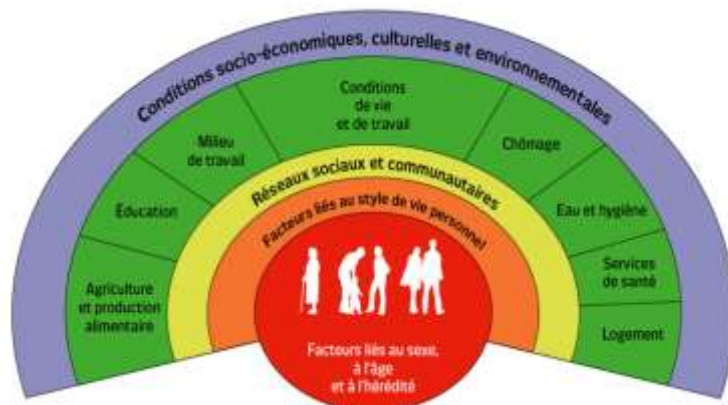
Agir en promotion de la santé contribue à la lutte contre les inégalités sociales de santé, en gardant à l'esprit que « l'une des mesures qui offrent les meilleures chances de réduire (ces) inégalités sociales en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence » (OMS, 2008). Ainsi, des résultats probants ont pu être obtenus grâce à des actions en direction de la petite enfance.

L'état de santé d'un individu résulte d'interactions complexes entre facteurs individuels et collectifs qui exercent leur influence tout au long de la vie⁸. Ces déterminants de la santé, classés selon le modèle de Dahlgren et Whitehead en 4 niveaux⁹, interagissent entre eux (voir figure ci-après).

⁸ POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C.M. dir. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint Denis : Inpes, coll. La santé en action, 2010 : 384p.

⁹ WHITEHEAD, M., DAHLGREN G. What can we do about inequalities in health. The lancet, 1991, n° 338 : p. 1059–1063

Figure 6 – Les déterminants de santé (modèle de Dahlgren et Withehead, 1991)



Il convient d'articuler l'approche de promotion de la santé, les stratégies de prévention médicalisée et les soins de premier recours. Il serait en effet contreproductif d'opposer le préventif et le curatif, car ces deux démarches doivent se compléter, se renforcer. Il s'agit d'assurer un continuum « promouvoir-prévenir-soigner-soutenir ».

Les interventions peuvent porter sur l'un ou l'autre des déterminants voire plusieurs d'entre eux pour gagner en efficacité. Le travail en partenariat entre acteurs des différents secteurs est donc essentiel de même que la **coordination de la politique de santé avec les autres politiques publiques**.

Le nombre d'acteurs et structures impliqués est vaste, dépassant largement le champ de la santé :

- Les acteurs prioritaires des milieux de vie : famille et/ou entourage, milieux d'accueil des jeunes enfants, milieux scolaire et extra-scolaire, lieux d'accueil et d'hébergement (personnes précaires, vulnérables), lieux de travail, établissements d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées ;
- Les collectivités territoriales et le tissu associatif local (maisons de quartier, associations professionnelles, associations féminines, services d'aide à la personne, maisons des jeunes, points d'accueil et d'écoute jeunes et parents, associations sportives...)
- Les professionnels de promotion de la santé et les professionnels de santé du premier recours.

Le médecin généraliste est un acteur de la prévention. Il s'agit d'anticiper les risques pour le patient, puis, avec ce dernier, de mettre en place une stratégie pour contrer ou réduire les risques identifiés, en tenant compte de l'acceptabilité des mesures préventives.

Spécialiste du médicament, mais aussi acteur de santé très proche de la population, le pharmacien d'officine voit sa profession s'enrichir de missions de service public. Prévention, dépistage, suivi des patients, conseils pharmaceutiques associés à la délivrance des médicaments et éducation pour la santé, sont aujourd'hui les termes indissociables de la profession officinale. Deux expérimentations financées par l'ARS ont été conduites avec l'URPS pharmaciens : l'une, en 2016, sur la réalisation du test de diagnostic rapide (TDR) angines par les pharmaciens qui a démontré la faisabilité et la légitimité de la mise en œuvre de cette nouvelle mission par les pharmaciens d'officine ; l'autre, en juin 2017, sur le dépistage du diabète en officine, en cours d'analyse.

- Les acteurs politiques et institutionnels

Il s'agit de renforcer l'articulation entre tous ces acteurs. Le travail en réseau et le partenariat intersectoriel à tous les niveaux favorisent le décloisonnement, la mise en commun de ressources, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, ou encore la diffusion de messages cohérents.

Soutenir la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé efficaces et de qualité

Les actions d'éducation pour la santé (EPS) permettent à chaque citoyen d'acquérir les compétences et aptitudes indispensables à la prise en charge de sa santé, d'accéder aux informations sur les risques individuels et collectifs, et les façons de se protéger, sur les maladies et traitements, sur le système de santé lui-même. L'axe « éducation pour la santé » constitue un axe fort des conventions conclues entre l'ARS et les rectorats, qui a permis le financement de nombreuses interventions et de programmes destinés aux scolaires dans les 3 académies, à partir d'un diagnostic partagé des besoins.

Les thèmes à privilégier seraient la lutte contre l'obésité (promotion de l'exercice physique, critique étayée du grignotage, des sucreries, etc.), la sensibilisation aux problèmes de suicide des adolescents, aux méfaits du tabagisme, etc.

De telles actions seraient à mener également sur les lieux professionnels : des campagnes d'information pourraient avoir lieu en lien avec les médecins du travail des entreprises/ services publics ; la lutte contre le tabagisme, les pathologies cardio-neuro-vasculaires et l'obésité pourraient constituer les thèmes prioritaires.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est développée en France depuis une vingtaine d'années, à l'initiative de professionnels confrontés à la recrudescence des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale,...) et convaincus de la nécessité de conférer une certaine autonomie à ces patients. Au 31 décembre 2016, la région Grand Est comptait 326 programmes autorisés. Et près de 34 000 malades (adultes et enfants) ont bénéficié d'un programme d'ETP dans l'année.

On constate que le fort tropisme hospitalier des programmes est toujours d'actualité, 80% des programmes étant portés par des établissements de santé et 10% par des réseaux, le reste par des maisons de santé pluridisciplinaires et régimes d'Assurance maladie. Or, si les établissements de santé ont été précurseurs en matière d'ETP et conservent toute leur place dans l'offre, la majorité des malades chroniques étant suivis en ville, il convient de développer l'ETP au plus près de leur domicile en s'appuyant sur les équipes de soins libérales.

Une exigence d'évaluation doit accompagner le financement d'actions et de programmes car elle contribue à créer une culture de la qualité parmi les opérateurs, leur permettant d'améliorer ou de réorienter leurs actions et pratiques. L'association des usagers à ce type d'évaluation doit être amplifiée.

Des organismes/associations spécialisés en promotion de la santé (par thématique, par public, ou généralistes) sont essentiels pour assurer la diffusion auprès d'un grand nombre de professionnels de proximité d'outils et de pratiques cohérentes. Ils peuvent en outre apporter un appui méthodologique gratuit à la demande de tout acteur ou organisme impliqué dans des projets de promotion de la santé. L'Agence régionale de santé a contractualisé avec de nombreuses associations, afin qu'elles interviennent directement auprès de populations cibles ou qu'elles apportent un soutien méthodologique ou proposent des formations aux acteurs du territoire afin d'améliorer la qualité de leurs interventions.

Il conviendra de développer le transfert des connaissances issues de la recherche, la mutualisation des connaissances issues de la pratique des opérateurs de notre territoire. Pour ce faire, il faut favoriser le rapprochement du monde de la recherche et celui des pratiques professionnelles.

Intégrer la prévention et la promotion de la santé dans les parcours

L'efficacité des interventions développées pour chaque problématique de santé, dépendra de l'existence de politiques intégrées, de dispositifs et de procédures qui assurent un continuum « promouvoir-prévenir-soigner-soutenir ».

Une attention particulière en région sera portée aux facteurs suivants : l'alimentation, l'activité physique, le tabac et autres toxiques (notamment dans la prévention du surpoids, des cancers et des maladies cardiovasculaires,...).

Si la promotion de la santé concerne tous les âges de la vie, **une attention particulière doit être portée sur les phases de plus grande fragilité** (adolescence, transitions scolaires ou familiales, recherche ou perte d'un emploi...). Par ailleurs, pour faire face aux défis d'une société vieillissante, il conviendra de **favoriser les actions sur les conditions de vie qui facilitent un vieillissement au domicile** des personnes grâce à des mesures d'accompagnement adaptées.

Réduire l'exposition de la population aux facteurs de risque environnementaux et promouvoir les environnements favorables à la santé

En parallèle à l'action sur les déterminants comportementaux, la nécessité d'agir sur les facteurs environnementaux devient de plus en plus prégnante. Ainsi une récente étude de l'Agence nationale de santé publique évalue à **5000 le nombre de décès qui pourraient être évités chaque année dans le Grand Est avec une bonne maîtrise de la pollution de l'air liée aux particules fines**.

Outre le renforcement des actions normatives et régaliennes visant à identifier et gérer les espaces et milieux constituant des facteurs de risque pour la santé, il faut absolument entrer dans une logique qui considère l'environnement comme une ressource pour la santé, c'est-à-dire, dans une dynamique de création d'espaces de vie favorables à la santé, privés et publics.

Au titre de l'aménagement du territoire, l'évaluation de l'impact en santé des projets devra petit à petit se généraliser pour orienter les décisions vers des choix compatibles avec un renforcement du bien-être et une réduction des inégalités de santé.

Une des conséquences des modifications climatiques pourrait être la prolifération d'espèces animales ou végétales nuisibles pour la santé, comme certains moustiques ou l'ambrosie.

Face à la maladie de Lyme, des campagnes de prévention à destination des promeneurs en forêt sont à engager (vêtements, surveillance de la peau...).

La prévention en milieu du travail, qui s'adresse à une large partie de la population, concerne prioritairement les risques générés par l'exercice professionnel, mais prend également en compte l'ensemble des relations entre le travail et la santé. Elle est à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu social et économique. La stratégie de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail se met en œuvre essentiellement sur le terrain de l'entreprise. Le médecin du travail, assisté de collaborateurs, joue un rôle majeur dans la prévention de l'altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail. Depuis 2005, les plans nationaux quadriennaux « santé travail » déterminent une liste de priorités qui sont déclinées au niveau régional en fonction des besoins spécifiques identifiés. Ainsi le projet régional de santé au travail 2016-2020 de la région Grand Est a identifié des actions relatives notamment à la prévention des troubles musculo-squelettiques, aux risques émergents, aux risques psycho-sociaux, ou encore à la lutte contre les addictions en entreprise.

Renforcer les actions de prévention dans le milieu du travail

La prévention en milieu du travail, qui s'adresse à une large partie de la population, concerne prioritairement les risques générés par l'exercice professionnel, mais prend également en compte l'ensemble des relations entre le travail et la santé. Elle est à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu social et économique. La stratégie de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail se met en œuvre essentiellement sur le terrain de l'entreprise. Le médecin du travail, assisté de collaborateurs, joue un rôle majeur dans la prévention de l'altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail. Depuis 2005, les plans nationaux quadriennaux « santé travail » déterminent une liste de priorités qui sont déclinées au niveau régional en fonction des besoins spécifiques identifiés. Ainsi le projet régional de santé au travail 2016-2020 de la région Grand Est s'est donné deux axes stratégiques principaux :

- Donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention ;
- Améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien dans l'emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise.

Et un axe « support » transversal :

- Renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention, en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME.

Les actions au titre du 1er axe sont relatives notamment à la prévention des troubles musculo-squelettiques, à la prévention du risque lié à l'inhalation de fibres d'amiante, aux risques émergents (nanomatériaux), aux risques psycho-sociaux, ou encore à la lutte contre les addictions en entreprise.

Promouvoir l'implication du citoyen en augmentant ses compétences et ses capacités d'action

L'implication des patients dans la décision de soins et, plus largement, dans le processus de prise en charge constitue une perspective d'avenir. Elle produit de meilleurs résultats, notamment parce que l'adhésion du patient au traitement est souvent plus forte. Elle contribuerait aussi à réduire les coûts de la prise en charge, tout en augmentant la satisfaction du patient.

À partir des programmes d'ETP est né un nouveau concept, celui d'**usager/patient-expert** (appelé aussi usager/patient partenaire, usager/patient acteur ou usager/patient ressource), déjà bien implanté dans certains pays (Canada, Suède, ...). Ces personnes bénévoles atteintes d'une maladie chronique participent, en collaboration avec des professionnels de santé, aux programmes d'éducation thérapeutique dûment autorisés par l'agence régionale de santé. Après avoir reçu une formation spécifique à l'animation, l'écoute et l'empathie, les usagers/patients-experts interviennent aux côtés des professionnels, à différents niveaux : conception et réflexion méthodologique, organisation et mise en place des activités avec les professionnels, interventions auprès des patients dans le respect du secret médical ou encore évaluation du programme.

Face à ce besoin de formation, l'**Université des patients** est le premier dispositif pédagogique qui intègre des usagers/patients-experts dans les parcours universitaires en éducation thérapeutique. Permettre à des patients qui le souhaitent de devenir usagers/patients-experts se révèle bénéfique à plusieurs niveaux :

- pour le patient lui-même qui, à partir de son expérience de la maladie, acquiert des connaissances et les valorise ;
- pour les autres patients qui bénéficient de leur soutien et de leur expérience ;
- pour les équipes de soin qui peuvent s'appuyer sur leurs compétences ;
- pour les autorités de santé pour améliorer l'organisation des soins.

Le secteur de la santé est également appelé à prendre en compte « **l'expérience patient / usager** » afin d'aider les établissements à s'appuyer sur le vécu des usagers pour améliorer leur fonctionnement et leur qualité de service. « L'expérience patient / usager » peut être définie comme l'ensemble des interactions d'un hôpital ou d'une organisation de santé avec un usager et ses proches et la prise en compte de tout ce qui est susceptible d'influencer la perception de ce patient / usager tout au long de son parcours de santé. **L'expérience patient / usager est un levier très puissant pour donner du sens à l'activité et aider à transformer le système de santé pour le rendre plus efficace au service de l'usager.**

Dans cet esprit, une réflexion spécifique porte sur le soutien de toute initiative propre à favoriser la participation des personnes en situation de handicap à la prise de décision concernant leur santé ainsi que leur participation à la vie sociale.

L'objectif est ici d'obtenir pour les personnes en situation de handicap les conditions leur permettant d'exercer leur capacité à choisir et de mettre en œuvre leur participation citoyenne, comme cela a été prévu depuis la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et de chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

L'Agence régionale de santé participera, dans ses politiques propres mais le plus souvent en lien avec ses partenaires, à :

- **Créer des environnements favorables**, rassurants pour la personne handicapée dans les moments clés de son parcours de santé et permettant l'expression de leurs questionnements et de leurs décisions ; en particulier positionner le ou les aidants comme les auxiliaires de vie naturels de la personne handicapée, sans que ce positionnement ne fasse l'objet de réticences ou de restrictions ;
- Favoriser l'accès aux informations et leur bonne compréhension (démarche FALC : facile à lire et à comprendre) ;
- **Impliquer les personnes handicapées dans les groupes de travail** (projet de binôme professionnel / personne handicapée), leur donner leur place dans toutes les instances, valoriser leur expertise sur le handicap.

Au-delà, l'ARS doit pouvoir, dans le cadre de ses partenariats, apporter sa contribution dès lors qu'elle disposera de leviers d'actions permettant de soutenir la citoyenneté et la participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap. On peut notamment penser à la scolarisation, à l'accès ou au maintien dans l'emploi, ou à l'habitat.

Enjeu de plus en plus fort pour toutes les politiques publiques, la participation des usagers doit également être renforcée dans le champ des politiques de lutte contre la pauvreté et la précarité. Elle est au cœur du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPIS)¹⁰ et occupe une place essentielle dans le PRAPS, traduction du PPIS dans le champ de la santé. Dans cette perspective, l'organisation de la participation d'« experts du vécu » aux travaux du PRAPS (de l'élaboration à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation) permettra d'intégrer le point de vue de personnes qui vivent dans la pauvreté et en possèdent ainsi une expérience personnelle. La prise en compte de la parole des usagers donne ainsi la possibilité de mieux adapter les actions aux besoins réels des populations accompagnées.

Axe stratégique n°1 - Résultats attendus à 10 ans

- ***Des comportements et des environnements plus favorables à la santé ;***
 - ***Une meilleure prise en compte des facteurs de risque environnementaux ;***
 - ***Des actions de prévention et de promotion de la santé plus efficaces, coordonnées et évaluées ;***
 - ***Une implication plus importante de patients / usagers dans les décisions concernant leur santé et le système de santé ;***
 - ***Une information en santé fiable, compréhensible, accessible à tous.***
-

¹⁰ Le PPIS est porté par la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS).

Axe stratégique 2. RENFORCER ET STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

Un des enjeux de la loi de modernisation de notre système de santé est de recentrer le système de santé sur les soins de proximité, à partir du médecin généraliste et de structurer le premier niveau de prise en charge. La structuration des soins de proximité, ou de premier recours, constitue la brique essentielle pour la transformation de notre système de santé à l'horizon de 10 ans.

« Les services attendus à ce niveau sont les actions de promotion de la santé et de prévention, les soins de première intention y compris en psychiatrie, la régulation des urgences, l'éducation thérapeutique et le suivi des malades chroniques. C'est à ce niveau que doit se concevoir à titre principal la prise en charge gériatrique... Il doit comme aujourd'hui couvrir la réponse aux besoins ponctuels des patients atteints de pathologies bénignes et assurer l'orientation dans le système. Mais il comporte une dimension nouvelle relevant d'une approche à la fois populationnelle et communautaire¹¹. »

Or, l'offre de proximité est aujourd'hui fragilisée sur de nombreux territoires et se trouve donc insuffisamment structurée pour prendre le relais de l'hôpital et faciliter au quotidien les parcours de santé.

L'un des enjeux capitaux des prochaines années sera donc d'assurer le remplacement des nombreux départs en retraite de médecins généralistes. Cette évolution ambitieuse passera nécessairement par une revalorisation de la médecine générale et par la promotion de la ville dans la formation (développement de la recherche et des formations universitaires en médecine générale).

L'offre sera organisée sur des territoires de proximité, regroupant le plus souvent plusieurs bassins de vie, permettant aux acteurs de santé de s'organiser afin de répondre de manière plus souple et plus réactive à l'évolution des besoins spécifiques des populations locales et de rendre l'exercice plus attractif pour les praticiens. Il s'agit de s'adapter à l'évolution des populations devenant de plus en plus âgées et pour certaines, de plus en plus isolées.

Les points d'offre seront principalement des **dispositifs d'exercice coordonné** dont la forme pourra varier en fonction des besoins des professionnels : du regroupement souple de plusieurs cabinets de ville autour d'un projet de santé jusqu'à des formes plus structurées soit intégrées (maisons de santé pluri-professionnelles), soit dispersées géographiquement mais coordonnant leurs actions autour d'un projet de santé territorial commun et associant le premier recours, le second recours ainsi que les EHPAD et l'hôpital de proximité du territoire (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : CPTS). Fondés sur l'implication des professionnels, les projets portés par les CPTS s'inscriront dans le cadre d'une responsabilité populationnelle et permettront de mieux organiser les parcours de santé sur les territoires. Ces projets devront en effet intégrer la logique de parcours de soins, pilotés par l'équipe de soins primaires, à commencer par le médecin traitant, incluant des dispositifs de coordination ville-hôpital.

Ces projets pourront être réalisés grâce à des contrats territoriaux de santé passés avec les ARS. Ces contrats peuvent aussi constituer des outils pour soutenir des innovations dans les organisations territoriales des soins. L'ARS doit consolider pour se faire une expertise interne transversale permettant l'accompagnement de projets complexes mais structurants, répondant aux besoins de prise en charge de maladies chroniques, de retour rapide à domicile après une hospitalisation, de mobilisation des aidants, de développement d'actions de santé publique à visée populationnelle, etc.

¹¹ Rapport HCAAM, « Innovation et système de santé » », 2016

Ces projets de territoire pourront comprendre un volet d'enseignement et de recherche, facteur d'attractivité de jeunes professionnels.

Ces regroupements permettront également aux pôles d'offre de proximité de mobiliser des moyens d'investigation de base comportant radiologie conventionnelle et échographie, avec éventuellement une interprétation par télé expertise, ainsi que la biologie courante (plateaux libéraux, plateaux situés dans un établissement de santé de proximité, voire plateaux mixtes).

Ils doivent aussi permettre **de mieux répondre à la demande de soins non programmés**, à travers les dispositifs de permanence des soins régulée, de médecins correspondants du SAMU, etc. Ils bénéficieront également de l'apport de la télémédecine et des innovations numériques.

Les interventions à domicile, plus nombreuses, seront organisées à partir de ces structures de proximité en veillant à une juste mobilisation du temps médical.

L'exercice pluri professionnel se développera grâce à la mise en œuvre de **nouveaux protocoles de coopération et délégation de tâches** entre professionnels de santé, et aura pour conséquence l'émergence de nouveaux métiers (coordonnateurs de parcours, infirmières cliniciennes, assistants médicaux...). À cet égard, les innovations organisationnelles pourront permettre de trouver des solutions nouvelles à des problématiques territoriales spécifiques.

Les plateformes territoriales d'appui, communes à plusieurs territoires de proximité, contribueront à la fluidification des parcours et à la bonne prise en charge des situations complexes. Elles apporteront également leur soutien aux structures d'exercice coordonné dans le pilotage et le suivi de leurs projets selon des modalités inspirées du « coworking ». Leur appui sera également décisif pour renforcer le lien ville-hôpital et garantir ainsi l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire dans le maintien affirmé de la proximité et de la prise en charge à domicile.

Les structures de premier recours pourront en outre jouer une place centrale dans les **actions de prévention et d'éducation thérapeutique** ciblées sur les patients atteints de maladie chronique.

Elles peuvent aussi permettre de relancer les **dépistages organisés** (cancer du sein, cancer du col de l'utérus...) ; le médecin traitant doit être moteur dans l'orientation des patients vers ces dispositifs.

Axe stratégique n°2 - Résultats attendus à 10 ans

- **Une offre de soins de proximité renforcée et coordonnée entre professionnels de santé, répondant aux besoins des territoires (CPTS et PTA) et contribuant à l'efficacité du système de santé;**
 - **Une coordination des soins favorisant une prise en charge pluri-professionnelle et personnalisée des patients (ESP, MSP, centres de santé, protocoles de coopération entre professionnels).**
-

Axe stratégique 3. ADAPTER LA POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Assurer sur les territoires la présence des professionnels de santé notamment en renforçant l'attractivité des territoires

L'unique vision d'augmentation du *numerus clausus* comme modalité de règlement des tensions démographiques des professions de santé est trop restrictive. Une réflexion qualitative s'impose sur la définition des contours des métiers en tenant compte de deux contraintes majeures :

- la dimension économique ;
- la qualité de vie au travail : les professionnels de santé y aspirent, ils souhaitent réussir leur vie professionnelle mais également leur vie personnelle et familiale ; cela explique, en partie, l'inégalité territoriale d'accès à l'offre de soins de la population du Grand Est.

L'ARS pourra s'appuyer sur les atouts de la région : 3 UFR¹² de Médecine¹³, Pharmacie et Odontologie à Strasbourg, Nancy et Reims, un *numerus clausus* médical important, 4 écoles de sages-femmes, 114 instituts et écoles paramédicales répartis sur l'ensemble du territoire.

Il conviendra donc pour l'ARS de réfléchir à un dispositif individualisé pour les médecins en formation notamment par la proposition d'un parcours d'accompagnement pour leur permettre de bien appréhender leur exercice futur. Le post-internat est une étape mais l'ARS souhaite encourager les établissements de santé dans la mise en place d'une réelle gestion prévisionnelle des métiers et compétences médicales d'une part et dans la réflexion d'un exercice professionnel mixte¹⁴ d'autre part, qui est une piste à privilégier.

Convaincre les professionnels du 1er recours d'être maîtres de stage est un enjeu majeur pour assurer le renouvellement et le maintien des jeunes professionnels dans la région afin de préserver ou d'améliorer l'égalité d'accès aux soins de la population.

Accompagner la mutation des métiers de la santé

Comme le souligne le rapport de Singly¹⁵, les évolutions des métiers à l'hôpital appellent beaucoup de pluridisciplinarité mais aussi la nécessité d'une cohérence d'ensemble et des niveaux techniques élevés. L'organisation de l'hôpital doit se faire en cohérence avec son positionnement sur un territoire de santé donné au sein duquel se réaliseront, en complémentarité, l'acte de soin et la prise en charge médicosociale. Il conviendra donc de prévoir et d'organiser les compétences de demain afin de

¹² UFR : une Unité de Formation et de Recherche, est un type de composante d'une université créé par la loi Savary de 1984. Elle associe des départements de formation et des laboratoires de recherche dans le cadre d'un projet éducatif et à un programme de recherche mis en œuvre par des enseignants-chercheurs, des enseignants et des chercheurs relevant d'une ou de plusieurs disciplines fondamentales (Source : Wikipédia).

¹³ 3150 internes en médecine sont en formation au sein du grand Est (Source : DRHS – ARS GE).

¹⁴ L'exercice mixte peut se traduire par exemple par une activité en cabinet de ville et des vacations (une demi-journée par semaine) à l'hôpital ou dans un dispensaire.

Ou encore, un médecin salarié, à temps partiel à l'hôpital, donnant également des consultations dans un cabinet à titre libéral et exerçant une ou plusieurs demi-journées en clinique.

Enfin, certains médecins, tout en étant salariés à temps plein à l'hôpital, donnent des consultations à titre libéral à l'hôpital (secteur privé hospitalier) (Source : PAPS – Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé).

¹⁵ En 2009, le ministère en charge de la santé a confié à Chantal de SINGLY, une mission sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers qui a fait l'objet d'un rapport.

répondre aux besoins de la population tout en intégrant les aspirations personnelles des professionnels de santé.

L'exercice mixte pour un médecin en est un exemple. Il faudra également réinterroger les missions des autres professionnels de santé afin de développer les coopérations entre professionnels de santé au sein des groupements hospitaliers de territoire mais aussi dans le cadre plus large du transfrontalier.

En lien avec **l'Universitarisation des formations paramédicales**¹⁶, des métiers nouveaux vont se développer notamment dans la prise en charge des pathologies chroniques, dans l'adaptation de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population vieillissante ou pour certaines spécificités (la sphère visuelle,...). Ces métiers nouveaux pourront être abordés à partir du métier socle ou non.

L'ARS doit également veiller à garantir une **coordination pédagogique des instituts de formation** des professionnels paramédicaux au sein de chaque GHT en y intégrant les spécificités territoriales.

Par ailleurs, le maintien de l'autonomie et l'accompagnement des aidants transcrits dans l'article L 113-1-3 du CASF¹⁷ vont réinterroger les corpus académiques de formation. Il conviendra que l'ARS soit moteur pour faciliter la mise en œuvre et inciter les instituts de formation à réfléchir dans le cadre de leur projet pédagogique.

Assurer une prospective sur les besoins de formation et de recrutement des professionnels de santé à l'échelle territoriale

Afin d'avoir une vision claire des besoins sur l'ensemble du territoire, il conviendra que l'ARS définisse sa propre doctrine de fiabilisation des données démographiques au sein de chacun des territoires de santé du Grand Est. Pour cela des travaux seront menés avec ses différents partenaires tels que le Conseil Régional, les Universités, les Ordres et Unions régionales des professionnels de santé (URPS). L'intégration de l'indice de vieillissement de la population dans l'évolution des métiers va s'avérer essentielle au regard des projections de l'INSEE (Insee analyses n° 34 de février 2017).

En ce qui concerne les professions médicales, une attention particulière sera portée sur la réforme du 3ème cycle des études médicales. Il conviendra que l'ARS s'implique dans la modélisation de l'impact de cette réforme aux côtés des Universités mais également des professionnels des établissements de santé car la formation clinique est basée sur le compagnonnage. Il s'avère également nécessaire de développer les travaux pluridisciplinaires (par exemple sous forme d'exercices simulés) afin de favoriser la fluidité des parcours patients par l'intégration des professionnels du secteur sanitaire mais également des professionnels du secteur médicosocial.

En ce qui concerne les professions paramédicales, le positionnement des instituts du territoire est non seulement un enjeu d'aménagement du territoire mais également l'assurance du maintien de l'implantation de professionnels dans la région. Pour cela, l'expertise de l'ARS sera proposée au Conseil Régional notamment dans le cadre des techniques innovantes de formation à distance.

Enfin, il conviendra également de s'intéresser aux compétences attendues dans les établissements publics de santé par une réflexion sur l'efficacité des ressources humaines dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois. Cette réflexion pourra également alimenter les propositions sur le

¹⁶ Cf. rapport de l'IGAS IGAENR pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5,6 et 13 de la Grande conférence de santé (juin 2017)

¹⁷ Article L 113-1-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles crée par la Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 dans son article 51 : "Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne".

nombre d'étudiants paramédicaux formés par les Instituts à quota¹⁸ (par arrêté du Conseil Régional) et des Instituts à capacité (définis par le Conseil Régional après avis de l'ARS).

Soutenir l'évolution des pratiques professionnelles adaptées à l'accompagnement des personnes handicapées et âgées

L'enjeu de la qualité des accompagnements des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées est désormais arrivé à maturité.

La réflexion sur la bientraitance en cours dans le secteur médico-social depuis maintenant plusieurs années a abouti à une forte prise de conscience de la discipline quotidienne que suppose cet enjeu.

La mobilisation dont font preuve les acteurs à cet égard doit être non seulement saluée, mais également soutenue, notamment en termes de diffusion des savoirs qui évoluent au rythme de l'acquisition de nouvelles connaissances utiles à l'accompagnement.

À cet égard, l'action de l'ARS, notamment dans le cadre de ses partenariats, doit, en ce qui concerne les pratiques professionnelles, permettre :

- De faire évoluer **la formation et l'information des professionnels de santé** mais aussi éducatifs ainsi que des aidants sur la bonne connaissance des spécificités des handicaps ou du grand âge, pour favoriser la connaissance des publics mais aussi pour mettre l'accent sur les enjeux émergents dans l'accompagnement, au fur et à mesure de leur apparition ou de leur acutisation¹⁹. On peut notamment penser au repérage des fragilités, aux troubles neuro-développementaux ou troubles sévères du comportement qui peuvent apparaître tant dans le champ du handicap que dans celui des personnes âgées, troubles qui nécessitent un étayage de compétences adaptées ;
- De promouvoir **la pluridisciplinarité des connaissances et des approches**, le retour d'expérience en équipe et la coordination des actions, afin de mettre fin aux isolements délétères de professionnels auxquels il est demandé de se rassembler et de se coordonner autour des personnes accompagnées, dans le respect de leurs attentes (notamment en termes de soutien à domicile) ;
- De diffuser **les recommandations de bonnes pratiques professionnelles**, indispensables au soutien de la professionnalisation initiale et continue des acteurs du secteur sanitaire comme du secteur médicosocial.

Axe stratégique n°3 - Résultats attendus à 10 ans

- ***Des professionnels de santé mieux coordonnés au plus proche des besoins de la population : promotion des équipes de soins primaires, développement des communautés professionnelles territoriales de santé, coordination ville-hôpital, filière d'offre graduée...***
-

¹⁸ Les professions soumises à quota sont Infirmier, Masseur-Kinésithérapeute, Orthoptiste, Orthophoniste, Audioprothésiste, Psychomotricien (formations de niveau II et III)

¹⁹ L'acutisation, ou transformation aiguë, est le passage d'une maladie de l'état chronique à l'état aigu. En cancérologie, l'acutisation est l'évolution rapide vers une aggravation de la malignité (Source : Wikipédia).

Axe stratégique 4. FAIRE ÉVOLUER LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

La notion de parcours répond à la nécessité de faire évoluer le système de santé afin de faire face aux défis du vieillissement et de l'augmentation des maladies chroniques. Ce qui est en jeu, c'est à la fois la coordination des phases aiguës de soins et la mission globale d'accompagnement de la santé, en rendant le système de santé plus proactif, et la mise en place d'une médecine de parcours, entendue au sens large, incluant en particulier la prévention comme une prise en charge appropriée à tous les âges de la vie²⁰.

Dans son avis du 22 mars 2012, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) estimait que « c'est autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que – sans renoncer bien évidemment aux exigences prioritaires de bonnes pratiques et d'efficacité pour chaque étape particulière – se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé, concept pour lequel on utilise souvent le terme d'efficacité ». Le HCAAM notait également que l'attention portée à la qualité d'un « parcours » suppose de passer à une médecine de « parcours » dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la nécessité d'une véritable médecine de parcours en réponse à l'allongement de la durée de la vie, au développement des maladies chroniques ou encore à la persistance des inégalités sociales et territoriales de santé. Notre système de santé, organisé autour de l'hôpital, est remarquable pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie : en revanche, il devient trop complexe, trop cloisonné au moment de soigner dans la durée des personnes vieillissantes ou atteintes de maladies chroniques. D'où la nécessité d'investir sur les « soins primaires » – dits aussi de proximité ou de 1er recours.

Plus récemment, en juillet 2016, la Conférence nationale de santé a élaboré une charte du Parcours de santé afin de promouvoir les conditions favorables à un parcours personnalisé de qualité, sans rupture et conforme aux attentes et besoins de l'utilisateur. Destinée aux usagers et aux professionnels de santé, la charte vise à énoncer les principes et objectifs pouvant s'appliquer à l'ensemble des parcours de santé en faveur d'une relation partenariale usagers - professionnels.

²⁰ Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 recommandations du comité des « sages », sous la présidence d'Alain CORDIER – juin 2013.

Dans le cadre de la préparation du schéma régional de santé Grand Est, cette approche par les parcours de santé a été conduite autour de 11 parcours, populationnels ou par grands groupes de pathologies. Un travail transversal à l'ensemble de ces parcours, mené avec le concours de l'EHESP, a mis en évidence des étapes clés pour cheminer dans la réflexion, constituant en quelque sorte un « parcours générique ». Utilisée comme fil conducteur dans les groupes de travail du SRS, cette grille d'analyse a permis de mieux structurer la démarche sur le thème concerné, à partir des 6 étapes clés identifiées :

- Agir sur les déterminants de santé ;
- Repérer, dépister ;
- Évaluer la situation, orienter, améliorer l'accès ;
- Coordonner, coopérer, partager l'information ;
- Suivre et réévaluer, accompagner ;
- Impliquer les patients.

Des expérimentations de parcours, basées sur des approches populationnelles, ont déjà été menées ces dernières années en région Grand Est, introduites par :

- L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 portant sur 2 tronçons de parcours de la personne âgée : prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2) ;
- L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale 2013 : le dispositif PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a pour objectifs de s'attaquer aux difficultés ou ruptures de parcours pouvant se produire au cours de la prise en charge, repérer les situations de risque de perte d'autonomie et ainsi limiter le recours à l'hospitalisation et préparer efficacement le retour à domicile, améliorer la coordination entre les acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social, éviter les ré-hospitalisations.

La médecine de parcours amène à un changement de paradigme profond : l'adaptation de la prise en charge, des relations entre professionnels, des structures et des moyens autour des malades, de leur entourage et de leurs besoins... et non plus l'inverse.

Un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour associer dans un continuum prévention, soins, suivi médico-social voire social. L'organisation du système de santé autour du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée doit permettre de supprimer peu à peu les points de rupture dans la prise en charge provoqués par les multiples cloisonnements qui existent aujourd'hui.

La fluidité des parcours reste indissociable de la notion de **filière d'offre graduée** introduite par le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire (GHT), en application de la loi du 26 janvier 2016 : une filière de GHT peut être, in fine, définie comme une organisation de l'ensemble des activités qui concourent à la prise en charge d'un patient porteur d'une pathologie donnée dans un territoire de santé. Une filière s'inscrit dans un parcours de soin plus global intégrant la prise en charge du patient de l'amont à l'aval de l'hospitalisation et intégrant tant les acteurs de ville qu'hospitaliers. C'est un ensemble d'interactions entre des acteurs et des structures visant à prendre en charge de façon concertée, graduée et efficiente une pathologie donnée au sein d'un parcours médical cohérent dans un territoire de soins donné.

La nécessaire coordination des acteurs trouve un terrain privilégié **au sein de structures ambulatoires** comme les maisons et centres de santé dont le développement et la pérennisation restent à conforter, et de nouvelles organisations coordonnées telles que les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé.

Pour appuyer cette coordination des parcours de santé, la loi de modernisation du système de santé prévoit la mise en place de fonctions d'appui aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge de situations qu'ils jugent complexes. Les professionnels de santé, et en particulier les médecins traitants, sont de plus en plus souvent confrontés à des patients qui présentent plusieurs pathologies, elles-mêmes associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques face auxquels un soutien est nécessaire.

Les plateformes territoriales d'appui, grâce à un guichet intégré, permettront de procurer des informations, d'aider à l'orientation, activer des expertises à la demande des médecins traitants ; ces plateformes ont vocation à terme à fédérer l'ensemble des acteurs de la coordination sur leur territoire d'intervention.

L'objectif poursuivi est de déployer les PTA dans un 1er temps sur des territoires de projet, soit le niveau de coordination opérationnelle des professionnels de proximité. Dans le cadre de **la responsabilité territoriale** qui leur est confiée, les PTA ont donc pour mission d'apporter une réponse polyvalente aux demandes d'appuis des professionnels de santé de ville, en incluant les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux tout en prenant en compte les transitions domicile – établissements.

La loi de modernisation du système de santé a introduit aussi, pour soutenir la mise en place de la médecine de parcours, **l'obligation d'une lettre de liaison remise au patient** et adressée par l'hôpital au médecin traitant le jour même de la sortie d'hospitalisation pour une meilleure collaboration.

Cette coopération entre professionnels induit également des pratiques s'appuyant sur des systèmes d'information de santé communicants et sécurisés. L'exercice coordonné et la collaboration entre les professionnels (de santé, médico-sociaux et sociaux) qui prennent en charge les patients dans le cadre des parcours seront favorisés par un large usage d'outils numériques permettant l'échange et le partage d'informations : le système de messageries électroniques MS Santé, le dossier médical partagé (DMP), le dossier de cancérologie communicant (DCC) et le répertoire opérationnel de ressources (ROR), notamment.

Axe stratégique n°4 - Résultats attendus à 10 ans

- *Un appui aux aidants renforcé et leur rôle reconnu ;*
 - *Des personnes âgées et des personnes en situation de handicap bénéficiant d'actions de prévention et de promotion de la santé adaptées à leur situation ;*
 - *Une offre médico-sociale répondant davantage à une logique de parcours, de gradation et d'inclusion, équilibrée entre l'institution et le domicile en s'appuyant notamment sur les nouvelles technologies ;*
 - *Des réponses coordonnées sur chaque territoire alliant les différents acteurs du parcours ;*
 - *Un accès aux soins des personnes en situation de handicap adapté, coordonné et généralisé à l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux avec une forte implication des professionnels libéraux ;*
 - *Des personnes en situation de handicap bénéficiant plus facilement d'une insertion professionnelle en milieu ordinaire ;*
 - *Une meilleure prise en compte des personnes en situation de fragilité par une coopération renforcée avec les acteurs du champ social ;*
 - *Un accès aux soins en santé mentale plus adapté en termes d'horaires aux personnes en activité et prenant mieux en compte les besoins spécifiques des personnes âgées, en particulier en EHPAD.*
-

Axe stratégique 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

Préserver l'autonomie des personnes âgées

L'approche centrée sur les parcours de vie et de santé des personnes âgées suppose de mettre l'accent sur la préservation de leur autonomie et le ralentissement de leur perte d'autonomie. Les plus de 60 ans sont un public hétérogène : public autonome, public « dit complexe » dont la prise en charge se complexifie à l'occasion d'un événement intercurrent, public vivant en EHPAD. Pour rappel, la majeure partie des plus de 60 ans vit à domicile. La demande de maintien et de soutien à domicile est de fait importante, dans une démarche inclusive, sollicitant donc particulièrement les structures d'aide à domicile.

Les actions à développer doivent tenir compte de la situation de la région Grand Est :

- Un vieillissement de la population se traduisant par un accroissement numérique de la population âgée, conjugué à une augmentation de la prévalence de la dépendance et du besoin en soins ;
- Une acculturation insuffisante des professionnels du champ de la gérontologie en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- Un morcellement et une dispersion de l'offre et des acteurs ;
- Un territoire fortement contrasté en termes de répartition de l'offre, ceci étant lié au poids historique des implantations : par exemple 852 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont implantés en Grand Est, le taux d'équipement correspondant variant dans les départements de 89,3 à 135,1 lits et places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans ;
- Un fort engagement au cours des dernières années au niveau des actions, outils et dispositifs suivants : développement des outils de coordination (PTA, couverture de tout le territoire régional par des MAIA, PAERPA du Grand Nancy...), conférence des financeurs dans chaque département, renforcement des services d'aide à domicile (SSIAD, SPASAD...) dans une logique d'accompagnement global des personnes, généralisation de la contractualisation en secteur médico-social et réforme de la tarification au profit d'une approche centrée sur les besoins des personnes, mise en place des groupements hospitaliers de territoire dotés de projets médicaux partagés intégrant la filière gériatrique, développement des outils de partage de données (Via trajectoire Grand Age), diffusion des recommandations de bonnes pratiques, développement de la e-santé et des outils issus des nouvelles technologies et innovations.

Les actions à développer devront également intégrer l'absence de nouveau plan national de création de places d'EHPAD, au-delà des opérations d'ores et déjà projetées jusqu'en 2019.

Dès lors, la préservation de l'autonomie des personnes âgées dans une logique inclusive supposera, à l'horizon 2027, d'obtenir des résultats en termes :

- **De développement d'actions de prévention et de promotion de la santé** dès le passage à la retraite afin de promouvoir les notions du bien vieillir (nutrition, sports adaptés, préservation du lien social...) sans oublier de déployer ces actions pour les publics complexes et pour ceux en EHPAD ;
- **D'appui aux aidants**, acteurs fondamentaux pour le soutien des personnes, notamment à domicile ; la préservation de leurs capacités à aider est fondamentale pour la réalisation de l'objectif d'autonomie des personnes, ce qui suppose l'information, la formation, le soutien et le conseil aux aidants, la reconnaissance de leur rôle et de leur expertise, et la structuration de l'offre de répit ;
- **D'évolution de l'offre globale pour répondre à une logique de parcours** alliant prévention, précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale, en cohérence avec les plans nationaux (notamment sur les maladies neurodégénératives) ; un rééquilibrage territorial de l'offre est à envisager lorsque cela est nécessaire ;
- **De passage à une logique de « prestations »** en prise avec la complexité des besoins, avec la construction de réponses graduées, inclusives, pluridimensionnelles et modulables dans le parcours de vie, et le soutien à la formation des acteurs la plus adaptée à l'objectif de préservation de l'autonomie des personnes âgées ; cela suppose une évaluation globale précise et évolutive des besoins des personnes ;
- **D'évolution de l'équilibre entre institutionnalisation et domicile**, dans l'optique de viser le maintien autant que possible au domicile ; la réflexion sur l'EHPAD de demain, en prise avec son territoire, tenant compte de l'évolution du profil des résidents et portant des actions de soutien à domicile, fait partie intégrante de cette évolution ;
- **De renforcement et de lisibilité des réponses coordonnées sur un territoire**, au plus près des lieux de vie (ce qui pose la question de l'habitat), associant les acteurs du parcours (décloisonnement de la prévention, du social, du médico-social, de la ville, des établissements de santé) ; l'enjeu du soutien à domicile est particulièrement exigeant à cet égard, notamment à certains moments charnières (par exemple en fin de vie, notamment si des soins palliatifs sont nécessaires) ;
- **De prévention des ruptures de parcours** pouvant accélérer la dégradation du niveau d'autonomie des personnes accompagnées, ce qui suppose notamment le repérage des fragilités et des réponses adaptées et évolutives ou la mobilisation des établissements et services, dans le cadre de leurs projets, sur la prévention de ces ruptures ;
- **De mobilisation de technologies adaptées** permettant le soutien à domicile (santé connectée, télémédecine, domotique, assistance à domicile, etc.).

Renforcer la prévention et l'éducation à la santé pour les personnes en situation de handicap

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, fondatrice et qu'il convient de garder à l'esprit lors de l'élaboration des politiques transversales de santé, rappelle la nécessité de mettre en œuvre des politiques notamment de prévention, de réduction et de compensation des handicaps « qui visent à créer les conditions collectives de limitation des causes du handicap, de la prévention des handicaps se surajoutant, du développement des capacités de la personne handicapée et de la recherche de la meilleure autonomie possible ». Les actions à mettre en œuvre peuvent s'adresser directement aux personnes en situation de handicap, mais également aux familles et aidants, aux professionnels de tous milieux (établissements et services, milieu scolaire, milieu professionnel), au grand public ; elles peuvent avoir une visée pédagogique, de soutien (notamment psychologique) ou d'amélioration du cadre de vie quel qu'il soit.

Les difficultés spécifiques des personnes en situation de handicap pour accéder aux raisonnements ou aux organisations soutenant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé génèrent au quotidien un déficit préventif de ces personnes, que l'on évoque les consultations médicales supplémentaires spécifiques de prévention, les vaccinations, la prévention de l'obésité, le dépistage et le traitement des problèmes bucco-dentaires, l'accès aux dépistages organisés.

Or, les personnes en situation de handicap constituent un public des plus vulnérables, qui doit sans conteste pouvoir bénéficier en premier de cette approche, comme tout autre citoyen.

Si on peut noter une vraie prise de conscience des besoins en termes de prévention, de promotion et d'éducation à la santé au sein des établissements et services médico-sociaux (prise de conscience suscitée et relayée par les appels à projets lancés et dont ces établissements et services sont également destinataires), notamment sur la prévention de l'obésité, du diabète, des complications cardio-vasculaires ou encore des addictions, les mesures d'accompagnement ne sont pas encore généralisées. Certaines thématiques se font jour comme majeures et pourtant encore balbutiantes du point de vue préventif (on peut penser par exemple à la prévention des troubles du comportement ou à la notion de santé sexuelle).

Or, éviter la maladie évitable (prévention primaire), dépister (prévention secondaire - il a pu être fait état du volume des tumeurs diagnostiquées chez les personnes handicapées, toujours plus tardivement que dans une population non handicapée) et prévenir les complications liées au handicap (prévention tertiaire notamment des problèmes liés à la sédentarité, aux troubles de l'alimentation, aux troubles du comportement pour les personnes n'étant pas en capacité de verbaliser leurs besoins, au vieillissement prématuré....) sont autant de moyens de lutter contre les inégalités d'accès à la santé.

C'est donc une obligation que de renforcer cet axe de prévention, promotion et éducation à la santé pour les personnes en situation de handicap, en adaptant les programmes à ce public spécifique, sur l'ensemble des thématiques de prévention.

Au-delà, la promotion de la santé qui permet à chacun d'être acteur, voire auteur de son parcours de santé est une dimension qui touche également les personnes en situation de handicap. Ce raisonnement est valable pour tous les comportements : hygiène alimentaire, activité physique, santé sexuelle, non dépendance aux addictions, comportement social...

Garantir l'accès aux soins des personnes handicapées

L'accès aux soins de santé des personnes en situation de handicap est un bon révélateur de la qualité de notre système de santé. Le handicap ne doit pas être un frein à cet accès et l'ARS, en tant que garant de l'accès à la santé pour tous, doit avoir une vigilance toute particulière pour cette population.

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap est une dimension fondamentale des droits de ces personnes, tels que soutenus depuis la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et de chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le rapport de Pascal Jacob d'avril 2013 (« Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement ») et les actions entreprises depuis dans la région Grand Est ont permis une prise de conscience et quelques avancées à cet égard. Les fédérations représentant les établissements sanitaires et médico-sociaux des deux territoires Lorraine et Champagne-Ardenne ont signé la charte « Romain Jacob ». Pour le territoire alsacien, des travaux ont été menés pour développer les consultations dédiées. Ainsi, les organismes gestionnaires, les établissements et services médico-sociaux et les établissements sanitaires se sont progressivement emparés de cette problématique de l'accès à la santé des personnes en situation de handicap par la multiplication de projets en faveur du repérage de la douleur, de l'acceptation des soins, de la prévention, de la formation du personnel médical et paramédical aux spécificités du handicap, par la mise en œuvre de dispositifs de consultations dédiées et par des initiatives en matière de nouvelles technologies. Pour autant, ces efforts multiples entrepris pour réduire les inégalités constatées dans le domaine de l'accès aux soins ne sont pas suffisants et les dix années à venir doivent pouvoir être celles de la maturité de la réflexion et de la mise en œuvre des actions susceptibles d'apporter un changement concret dans l'accès aux soins des personnes handicapées.

L'ARS s'attachera en particulier à promouvoir cet accès, dans le cadre de son action propre ou en partenariat, dans toutes les dimensions pour lesquelles elle disposera de leviers.

Il s'agit d'organiser l'accès aux soins au plus près du lieu de vie de la personne handicapée (soins courants), notamment dans le traitement des maladies chroniques ou au moment de la fin de vie. Se pose aussi le problème de la prévention des situations d'urgence, et d'organisation de la bonne prise en charge urgente lorsque celle-ci est nécessaire.

Accompagner le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive

Accompagner l'autonomie des personnes en situation de handicap fait partie intégrante des enjeux d'une approche centrée sur les parcours de vie et de santé des personnes accompagnées. La fluidité de ces parcours est largement déterminée par le niveau d'autonomie atteint par chaque personne en situation de handicap.

Les actions à développer doivent tenir compte des spécificités de la région Grand Est, c'est-à-dire :

- D'une moyenne d'âge des personnes en situation de handicap qui s'accroît, mettant l'accent sur certaines populations spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, accompagnement de la transition des jeunes adultes du secteur enfants vers le secteur adultes) ;
- Du morcellement et de la dispersion de l'offre médico-sociale et des acteurs, avec parfois une atomisation des actions, dont la conséquence ne saurait être la perte de chance des personnes en situation de handicap quant au développement de leur autonomie ; mais parallèlement sur le champ du handicap, la présence d'associations est une richesse à mobiliser pour co-construire les solutions de demain ;
- D'un territoire fortement contrasté en termes de répartition de l'offre, liée au poids historique des implantations ;
- Des taux d'équipement satisfaisants au regard des moyennes nationales mais avec un retard au niveau du développement des services en direction des adultes handicapés ;
- D'un fort engagement au cours des dernières années au niveau des actions, outils et dispositifs suivants : structuration régionale graduée de l'offre dans une logique de travail en réseau en particulier dans le champ de l'autisme et du handicap rare, renforcement des services, plateformes de services (notamment mise en place de plateformes de diagnostic autisme ainsi que de 10 pôles de compétences et de prestations externalisées), généralisation de la contractualisation en secteur médico-social et réforme de la tarification à venir au profit d'une approche centrée sur les besoins des personnes (SERAFIN-PH), démarche de réponse accompagnée pour tous, développement des outils de partage de données (Via trajectoire PH), diffusion des recommandations de bonnes pratiques, développement de la e-santé et des outils issus des nouvelles technologies et innovations.

Dès lors l'accompagnement du développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap dans une logique inclusive supposera, à l'horizon 2027, d'obtenir des résultats en termes :

- **D'appui aux aidants**, acteurs fondamentaux pour le soutien des personnes, notamment à domicile ; la préservation de leurs capacités à aider est fondamentale pour développer l'autonomie des personnes en situation de handicap, ce qui suppose l'information, la formation, le soutien et le conseil aux aidants, la reconnaissance de leur rôle et de leur expertise, et la structuration de l'offre de répit ; pour le champ de l'enfance handicapée, la prise en compte des besoins des parents (et notamment de l'équilibre entre leur vie personnelle autour de l'accompagnement de leur enfant et leur vie professionnelle) doit faire l'objet d'une attention spécifique (en lien avec l'équilibre à trouver entre domicile et institutions, et la fluidité du parcours entre ces deux pôles) ;
- **D'évolution de l'offre globale médico-sociale** pour répondre à une logique de parcours alliant prévention, précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale, en cohérence avec la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale et les plans nationaux (notamment sur l'autisme ou les maladies neurodégénératives) ; un rééquilibrage territorial de l'offre est à envisager lorsque cela est nécessaire ;
- **De passage à une logique de « prestations »** en prise avec la complexité des besoins, avec la construction de réponses graduées, inclusives, pluridimensionnelles et modulables dans le parcours de vie, et le soutien à la formation des acteurs la plus adaptée au développement de l'autonomie ; cela suppose une évaluation globale précise et évolutive des besoins réels des personnes ;
- **D'évolution de l'équilibre entre institutionnalisation et domicile**, dans l'optique de viser le maintien en priorité au domicile ou dans le lieu de vie ordinaire, ce qui suppose l'accès aux dispositifs de droit commun tout en préservant l'accès aux dispositifs spécialisés dès lors que le milieu ordinaire n'est plus adapté, ainsi que des actions en termes d'habitat inclusif ;

- **De renforcement des réponses coordonnées sur un territoire**, au plus près des lieux de vie, associant les acteurs du parcours (décloisonnement de la prévention, du social, du médico-social, de la ville, des établissements de santé) ;
- **De prévention des ruptures de parcours** pouvant accélérer la dégradation du niveau d'autonomie des personnes accompagnées, ce qui suppose notamment la prévention, le repérage et la construction de réponses adaptées et évolutives pour les situations complexes ou la mobilisation des établissements et services, dans le cadre de leurs projets, sur la prévention de ces ruptures (notamment aux points de passage que peuvent être l'entrée dans l'âge adulte ou le vieillissement du travailleur handicapé) ;
- De développement de l'accès aux soins et à la santé, y compris à l'éducation à la santé ;
- **D'accès et de soutien à l'emploi des travailleurs handicapés** (en ESAT, ou en milieu ordinaire via un dispositif d'emploi accompagné) ;
- **De mobilisation de technologies adaptées** permettant le soutien à domicile (santé connectée, télémédecine, domotique, assistance à domicile, etc.) (cf. axe stratégique n°7).

Ces résultats devront être obtenus territoire par territoire, en fonction du diagnostic posé finement sur les besoins.

Ils s'appliquent également à la population atteinte de troubles du spectre autistique. Dans ce cadre, des progrès ont été réalisés à la suite de la mise en œuvre du 3ème plan national autisme, notamment en termes de structuration et de gradation des interventions à l'intention des enfants : mise en place du triptyque repérage/diagnostic/intervention précoces, mais aussi déploiement d'une offre adaptée (par exemple mise en place d'unités d'enseignement en maternelle ou développement de l'offre en SESSAD).

Forte de ces premiers résultats, la politique régionale s'inscrira résolument dans les axes à venir du 4ème plan autisme, avec une accentuation de l'approche parcours et inclusive tant pour les enfants et adolescents (inclusion scolaire et sociale, formation professionnelle) que pour les adultes, toute leur place étant donnée aux actions en direction de ce dernier public (repérage, intégration dans la cité, renforcement de l'accès à l'emploi). La place des familles et aidants, ainsi que leur expertise, devront être soutenus et valorisés.

Porter une attention particulière aux populations en situation de fragilité sociale

De multiples raisons conduisent les populations en situation de précarité et ou de pauvreté à différer un recours aux soins voire à y renoncer.

L'accessibilité géographique constitue une cause de renoncement à la prévention et aux soins. Pour ces populations, les problèmes d'accessibilité géographique peuvent constituer une cause supplémentaire de renoncement à la prévention et aux soins, notamment pour les personnes qui ne disposent pas de voiture, surtout en milieu rural. Et, autant que l'accessibilité géographique, la disponibilité du praticien, sa présence même sur le territoire et sa capacité à prendre de nouveaux patients sont déterminants. Le manque de connaissances sur le système de santé, d'autant plus important que ce système est d'une grande complexité, peut conduire à mal l'utiliser. L'utilisation grandissante du numérique, qui facilite les démarches administratives, peut aussi représenter un frein majeur pour une personne en situation de précarité.

L'origine du non recours aux soins peut être inscrite plus profondément dans la trajectoire de vie d'une personne, ce recours à des soins, ou à une pratique préventive comme un dépistage par exemple, ne lui apparaissant pas comme prioritaire. Lorsque la situation est trop détériorée, le recours aux urgences est souvent inévitable, et la prise en charge en général beaucoup plus lourde.

Enfin, le renoncement pour raison financière, qui touche tous les individus, est plus prononcé chez les plus modestes pour lesquels il concerne les soins de premier recours. Le facteur décisif est l'existence d'une assurance complémentaire et son degré de couverture.

Selon le constat établi en juin 2016 dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPIS), près d'un habitant sur 7 de la région Grand Est se trouve en situation de pauvreté. Cependant, la situation régionale est très contrastée et il est nécessaire de prendre en compte des spécificités territoriales. Quatre zones de fragilité peuvent ainsi être distinguées, pour lesquelles les indicateurs en matière de mortalité générale, mortalité prématurée et défaveur sociale sont les plus marqués : le nord des Ardennes, un espace situé à la frontière de la Meuse, de la Haute-Marne et des Vosges, le territoire de Saint-Dié des Vosges ainsi que le cœur des grandes agglomérations (ex : quartiers « politique de la ville », centre-ville).

Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), maintenu comme programme spécifique du PRS et intégré au schéma régional de santé 2018-2023, a pour principal enjeu de réduire ces inégalités sociales de santé et agir auprès des personnes les plus éloignées du système de santé, à travers trois grands axes :

- Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à des parcours de santé coordonnés, à commencer par la déclaration d'un médecin traitant ;
- Proposer des dispositifs spécifiques d'accès aux soins pour les personnes démunies ou en précarité. Dans cette optique, les démarches transversales « d'aller-vers » et d'accompagnement spécifiques sont autant d'outils pour la réduction des inégalités sociales de santé. Les actions à mener doivent faciliter l'accès des personnes les plus démunies à des parcours de santé coordonnés, privilégiant les prises en charge dans le cadre du droit commun et au plus près des personnes. Une attention particulière doit être portée sur la nécessité de responsabiliser les personnes, de les accompagner, de renforcer leurs compétences, faire « avec » eux, pour ne pas les déposséder de leur rôle d'acteur dans leur propre santé/vie ;
- Mettre en synergie les différentes politiques publiques. Cet enjeu majeur et structurant se traduira par un conventionnement avec les autres administrations concernées, (cohésion sociale, assurance maladie, allocations familiales, collectivités territoriales...) établissant la contribution de chacun dans la mise en œuvre et le suivi du PRAPS au niveau régional.

L'accès aux soins en santé mentale se révèle parfois difficile : l'accessibilité au CMP peut être empêchée par les horaires d'accueil qui ne sont pas toujours adaptés aux personnes qui travaillent ou qui sont en formation. Ensuite, les délais d'attente, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont parfois supérieurs à 6 mois. Des aménagements d'horaire, voire de jour d'ouverture devraient rendre ces structures accessibles aux usagers, au regard de leurs organisation professionnelle ou scolaire. La mise en place de plages d'accueil non programmé pourrait permettre d'apporter une première réponse rapide aux sollicitations des usagers.

Pour les personnes âgées, les difficultés d'accès aux soins concernent d'une part, la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques connus, d'autre part, l'accompagnement et la prise en charge de personnes ayant des troubles du comportement et des troubles cognitifs survenus avec l'avancée en âge. Pour les uns, l'accès à une consultation de psychiatrie de secteur pour mettre en place un suivi adapté est jugé difficile (voire impossible) par les professionnels. Pour les autres, les EHPAD hébergeant en majorité des personnes âgées avec troubles cognitifs, l'appui régulier d'équipes spécialisées en santé mentale est à développer dans les années qui viennent, pour désamorcer les situations difficiles et accompagner les personnes et les équipes. Toutefois, les mêmes difficultés peuvent se rencontrer pour des personnes restées à leur domicile.

Axe stratégique n°5 - Résultats attendus à 10 ans

- ***Une culture partagée de la mesure de l'efficienne des organisations internes ;***
 - ***Une meilleure appropriation des référentiels de bonne pratique ;***
 - ***Un niveau de qualité et de sécurité des soins optimal ;***
 - ***La déclaration systématique des évènements indésirables graves (EIG) et la diffusion de la culture positive de l'erreur ;***
 - ***La mise en place de la structure régionale d'appui (SRA) ;***
 - ***L'hôpital davantage orienté sur les soins lourds, techniques, sollicitant un niveau d'expertise.***
-

Axe stratégique 6. DÉVELOPPER LES ACTIONS DE QUALITÉ, DE PERTINENCE ET D'EFFICIENCE DES SOINS

Poursuivre la politique en faveur de la qualité et la sécurité des soins

Les démarches qualité ont pour objectif premier d'améliorer de manière constante et systémique les organisations et les performances des différentes structures et secteurs : sanitaire, médico-social et ambulatoire, avec le dessein de rassembler les acteurs du système de santé autour de projets communs et de démontrer un niveau optimal de qualité et de sécurité des soins.

Au regard des travaux antérieurs conduits en partenariat avec les acteurs en santé et des évolutions réglementaires, la mise en place d'une structure régionale d'appui (SRA) à la qualité des soins et à la sécurité des patients constitue un axe stratégique prioritaire.

La SRA doit insuffler et promouvoir la culture de qualité et sécurité des soins auprès des professionnels de l'ensemble des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire, notamment en les accompagnant dans l'analyse des événements indésirables associés à des soins (EIAS) auxquels ils peuvent être confrontés.

Conformément au cadre réglementaire, la SRA apportera un soutien méthodologique, à leur demande, aux professionnels de santé, aux établissements de santé, aux établissements ou services médico-sociaux ou à l'ARS en cas de survenue d'un événement indésirable grave.

La SRA répondra aux demandes d'appui pour l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients. Elle apportera un soutien méthodologique notamment pour définir un programme ou actions de gestion des risques associés aux soins et de prévention des EIAS en impliquant l'ensemble des professionnels et structures concernés tout au long du parcours de la prise en charge du patient puis à mettre en œuvre ce programme.

La SRA organisera et portera des actions de formation et de sensibilisation sur la qualité des soins et la sécurité des patients en région.

Son action et ses travaux seront coordonnés avec ceux des structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA), et seront intégrées dans une animation en réseau au sein du réseau régional des vigilances (RREVA).

L'appui de l'ARS doit être également en ligne directe avec les établissements de santé et les professionnels de santé et peut se situer à différents niveaux :

- par le prisme de la certification : notamment par la procédure d'accompagnement graduée (accompagnement individuel) ;
- par les évaluations internes et externes des établissements et services médico-sociaux ;
- par la mise en place d'expérimentations ;
- par l'impulsion d'actions de communication et de partage d'expériences ;
- par la contractualisation.

Développer une politique volontariste en faveur de la pertinence des soins

Depuis des décennies, les évidences démontrant une proportion importante de soins non pertinents se sont accumulées : prescriptions inappropriées (dans les indications, la posologie et/ou la durée), actes diagnostiques inutiles, actes thérapeutiques dits de faible valeur, etc. Un récent rapport de l'OCDE parle à ce propos de gaspillage²¹, ciblant certaines situations comme le recours excessif ou prématuré à l'imagerie pour les douleurs lombaires, les césariennes non justifiées, l'arthroscopie du genou en cas d'ostéoarthrite, l'hospitalisation d'un patient alors que son cas devrait être pris en charge en ambulatoire, les antibiothérapies excessives, l'oxygénothérapie hyperbare pour divers problèmes de santé, etc.

Ces problèmes, qui se manifestent par exemple par l'observation de disparités géographiques dans le taux de recours à tel ou tel acte, doivent trouver une réponse dans une politique résolue en faveur de la pertinence des soins.

Dans cet objectif, l'ARS a co-construit avec les acteurs en santé et représentants d'usagers **un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins** (PAPRAPS), dont l'objectif est de favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles et des organisations, en optimisant leur niveau de pertinence, notamment en poursuivant le développement des prises en charge en ambulatoire.

Ce plan gradué place les professionnels de santé au cœur de la démarche. Il prévoit des actions d'accompagnement (partage de données, rencontres avec praticiens, avec les établissements, mise à disposition d'outils, mise sous accord préalable,...) voire de contractualisation tripartite (entre les établissements de santé, l'ARS et l'assurance maladie), mais également des actions de communication, de sensibilisation, tant auprès des professionnels de santé que des usagers.

Ces démarches s'appuient sur la mobilisation des bases de données disponibles : le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information = données des établissements de santé), les données de consommation de soins de ville, de décès, d'ALD (Affections de Longue durée),... du SNIIRAM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie), accessibles désormais via le Système National des Données de Santé (SNDS) ; ces données, chaînables entre elles, permettent d'éclairer les parcours de soins (dans le respect des règles CNIL relatives à l'anonymat) et les pratiques de prise en charge.

Impulser les actions visant à améliorer l'efficacité de l'organisation des soins

Les défis auxquels le système de soins est confronté imposent de revoir fondamentalement les organisations qui ont prévalu jusqu'à présent.

Le système sanitaire public est confronté au tout premier chef par cette évolution dans le cadre de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Ceux-ci doivent permettre de promouvoir une efficacité à la fois interne et externe.

L'amélioration de l'efficacité interne passe par la mutualisation de certaines fonctions, au titre desquelles les achats, le système d'information, le département d'information médicale, les pharmacies...

²¹ Lutter contre le gaspillage des dépenses de santé, Synthèse, rapport OCDE, 2017.

L'ARS veillera à déployer et à adapter des outils de pilotage de manière individuelle et de manière territorialisée pour mettre en exergue les marges de manœuvre au sein du regroupement. Les outils de pilotage permettront le parangonnage des données financières et organisationnelles, point de départ de l'écriture d'un plan d'actions d'accompagnement adapté aux besoins. L'accompagnement des structures concernées devra faire l'objet de communications régulières et de partage des expériences pour faciliter l'évolution collective des pratiques. Ce partage d'expérience pourra se caractériser par la mise en place de réseaux d'expertises animés par l'agence.

L'amélioration de l'efficacité externe suppose l'organisation de parcours gradués permettant au sein d'un territoire de proposer l'organisation de prises en charge complexes, pour lesquelles la plupart des établissements ne peuvent plus organiser seuls les soins : recours à un plateau technique spécialisé ou sollicitation d'une compétence rare. Cela suppose le développement de logiques de filières au sein des GHT mais également de partenariats entre structures publiques et privées en complémentarité là où l'offre doit être préservée en complémentarité. L'enjeu est de pouvoir offrir l'accès au meilleur soin, notamment pour les pathologies lourdes nécessitant un plateau technique de pointe en s'appuyant sur la fluidité des relais au sein d'un territoire.

Les GHT donnent de plus un cadre dans lequel des équipes médicales de territoire peuvent se mettre en place, afin de maintenir un accès à certaines spécialités, fortement touchées par les tensions en termes de démographie médicale, dans des établissements qui sinon ne seraient pas en mesure de maintenir une équipe complète.

Au-delà des seuls établissements sanitaires, la promotion d'une organisation territoriale des soins au service de parcours coordonnés doit être portée en associant tous les acteurs : professionnels libéraux, établissements sanitaires et médico-sociaux, publics et privés.

Le secteur médico-social est partie prenante de la recherche continue de l'efficacité des accompagnements proposés. Des projets structurants, tels la généralisation de la contractualisation (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) ou la réforme de la tarification (mise en place notamment du système EPRD – État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) dans ce secteur soutiennent les évolutions nécessaires de l'offre en prise avec les orientations stratégiques du PRS, tout en soutenant l'efficacité de la dépense.

Poursuivre le virage ambulatoire

Les progrès de la médecine (techniques moins invasives, évolution de l'anesthésie et plus largement des techniques médicamenteuses) cumulés avec l'évolution des aspirations de la société (refus d'hospitalisations longues, souhait de ne pas interrompre sa vie professionnelle...) permettent le développement des prises en charge hospitalières en ambulatoire.

Pour autant, le taux de recours à de telles prises en charge reste insuffisant ; le taux de chirurgie ambulatoire en France reste bas : 50% contre 80% dans certains pays, malgré la mise en œuvre d'une politique volontariste portée par les pouvoirs publics :

- En chirurgie, application de tarifs « désincitatifs » à une prise en charge en hospitalisation complète pour plusieurs actes (canal carpien, cataracte...); politique d'entente préalable menée par l'assurance maladie, etc. ;
- Dans le cadre du plan triennal 2015-2017, des efforts importants ont été ciblés sur le bloc « virage ambulatoire » avec un impact fort attendu en termes capacitaires.

L'obligation de performance du secteur hospitalier impose de poursuivre le virage ambulatoire et, dans le cadre d'une démarche d'efficacité, de ne mobiliser pour chaque prise en charge que les justes moyens nécessaires. Toutes les disciplines sont concernées par ce mouvement : la chirurgie, mais également la médecine, la psychiatrie ou le SSR.

De ce fait, l'organisation hospitalière à venir s'articulera autour de plateaux techniques ultra-performants, concentrant les compétences humaines et technologiques et le recours à l'hospitalisation complète devra par conséquent être réservée aux patients et pathologies le requérant de manière impérative. Même dans ces cas, les durées moyennes de séjour pourront encore être abaissées, avec notamment le déploiement des techniques de récupération améliorée après intervention chirurgicale.

Ainsi, les prises en charge les moins lourdes, justifiant la mise en œuvre d'un minimum de moyens spécialisés, devront s'organiser en sollicitant le plus justement la structure hospitalière. Une structuration des soins de proximité est indispensable pour mener à bien cette politique de recentrage sur la ville des situations pathologiques ne nécessitant pas un recours à l'hôpital.

Ces facteurs poussent à une adaptation majeure d'un système hospitalo-centré vers d'autres formes de prises en charge dans une logique de parcours plus exigeante sur l'articulation des acteurs de santé qui contribuent à la prise en charge des besoins des patients sur un territoire donné. L'hôpital fort de ses séjours doit évoluer vers un hôpital facilitateur de parcours.

Il n'est pas question de définir un modèle unique alors que notamment en Grand Est, les besoins des territoires sont différents et que les organisations existantes doivent être prises en compte dans les facteurs d'évolution de l'offre de soins. En revanche, il importe de pouvoir partager un sens commun afin de soutenir les acteurs dans leurs initiatives et permettre ainsi de rendre le système lisible et compréhensible.

Axe stratégique n°6 - Résultats attendus à 10 ans

- **Une information et une formation tant des professionnels que des aidants renforcées sur le repérage de la fragilité, sur les troubles neuro-développementaux et sur les troubles sévères du comportement ;**
 - **Une coordination pédagogique des Instituts de formation paramédicaux garantie dans chaque territoire de GHT ;**
 - **Une offre de formation continue adaptée permettant de répondre aux besoins de la population vieillissante et à la prise en charge des maladies chroniques ;**
 - **Une fluidité dans le parcours patient par l'intégration des métiers et/ou compétences définies et appliquées en lien avec l'universitarisation ;**
 - **Une réforme du 3ème cycle des études médicales réussie ;**
 - **Un suivi rigoureux des professionnels de santé au sein de chacun des territoires ;**
 - **Un maintien de professionnels de 1er recours dans les zones fragiles grâce aux actions d'accompagnement et de formation proposées et mises en place ;**
 - **Une démarche d'efficience « Ressources humaines », impulsée par l'ARS et intégrée au sein des établissements de santé publics.**
-

Axe stratégique 7. DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'INNOVATION ACCOMPAGNANT LES TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les progrès technologiques, thérapeutiques et organisationnels modifient en profondeur les pratiques des professionnels de santé. L'innovation en santé dessine la médecine de demain et place l'utilisateur au cœur des actions. Il appartient à l'autorité publique :

- de promouvoir une recherche de pointe au profit de tous les usagers du système de santé ;
- de donner un cadre facilitant le développement de l'innovation et son intégration de manière sécurisée dans le système de santé ;
- d'encourager les expérimentations et initiatives locales ;
- de permettre aux patients, usagers et associations de patients de prendre part à ces évolutions aux côtés des industriels, professionnels de santé, chercheurs...

L'importance de l'innovation se décline sur plusieurs plans, devant permettre de :

- rendre le système de santé plus juste et plus efficace ;
- faire évoluer l'organisation des prises en charge, en passant d'un système cloisonné, trop centré sur l'hôpital, à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour de l'utilisateur ;
- Innover en matière de prévention, en permettant aux citoyens de mieux protéger leur santé ;
- Innover en matière de démocratie en santé, en permettant à tous de s'informer, de décider, de se défendre.

Cet engagement n'a de véritable effet que s'il est conduit dans un esprit de partenariat et de coopération efficaces et dans une logique de responsabilité populationnelle.

Poursuivre la promotion des outils et usages du numérique en santé

Les technologies numériques réinventent notre société en investissant progressivement tous les domaines de notre vie quotidienne et tous les secteurs de l'économie, et révolutionnent nos manières de produire et d'interagir avec notre environnement.

Dans la santé, **le numérique constitue un levier majeur de modernisation en termes d'organisation**, d'information des patients et de collaboration des professionnels et organismes de santé.

À un premier niveau, les technologies numériques permettent d'automatiser des tâches, d'améliorer des flux d'information en les formalisant, de permettre de s'affranchir des distances tout en assurant la traçabilité, c'est-à-dire d'optimiser un modèle existant.

À un second niveau, les technologies numériques sont un formidable levier de transformation du modèle d'activité en contribuant à faciliter :

- la déclinaison de nouveaux modèles de prise en charge via une approche plus collaborative et partagée de l'exercice et des pratiques ;
- la mise en œuvre effective des parcours centrés sur le patient grâce à l'échange et au partage des informations collectées ;
- la transformation des métiers des professionnels de santé par une promotion opérationnelle des bonnes pratiques numériques dans leur quotidien et l'assistance des outils numériques à leur activité ;
- la participation du patient à ses soins et surtout son implication dans son projet de vie, en relation avec l'équipe soignante.

De nombreux services numériques existent, sont déployés ou sont émergents. Pour autant le numérique ne prendra toute sa place dans le système de santé que si les professionnels de santé, mais également les patients, s'approprient ces services et leurs usages.

Favoriser l'appropriation des outils et usages par les professionnels et les usagers

Malgré l'existence de nombreux services numériques nationaux, régionaux et locaux, pour la production de soins, pour la coordination et de parcours, pour l'orientation, pour l'éducation et la prévention, l'accompagnement,... les usages par les professionnels et les usagers restent faibles au regard de leur potentiel.

Par ailleurs, par faute d'avoir accès aux services numériques adéquats (par méconnaissance des services existants, pour des raisons de coûts, par inadéquation des services proposés à la pratique, par défaut de services, ...), il est constaté des mésusages du numérique générant des risques tant pour l'exercice des professionnels que pour la sécurité et la confidentialité des données des patients et in fine pour leur prise en charge.

L'appropriation des services et usages du numérique par les professionnels et les patients repose sur 4 principes :

- **L'appropriation par les acteurs concernés des prérequis techniques, réglementaires et sécuritaires** nécessaires au bon usage des bons services et ce dans le cadre des dispositions instituant la confiance numérique. Ces éléments sont difficilement accessibles aux professionnels n'exerçant pas dans une organisation disposant des compétences en la matière ;
- **La mise à disposition auprès des professionnels et des usagers de services utiles, utilisables et utilisés**, notions détaillées ci-après ;
- **L'intégration des services et des données utiles dans des environnements cohérents et facilement accessibles par les professionnels** (voir ci-après) ;
- **La communication pédagogique sur la valeur ajoutée des services numériques** et leurs appropriations. En effet le numérique reste considéré par nombre de professionnels comme une contrainte supplémentaire qui leur est imposée et non comme un facilitateur et une valeur ajoutée dans leur pratique, dans la coordination avec les autres acteurs et au service de la prise en charge ou l'accompagnement global de l'utilisateur.

Ces principes doivent être appliqués en priorité aux populations fragiles et en particulier aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées.

Des services utiles, utilisables et utilisés

Des services utiles sont des services qui sont construits avec les utilisateurs à partir de leurs besoins et de leurs pratiques et permettant entre autres d'identifier précisément : les difficultés d'usage du numérique, les points de rupture dans les processus de prise en charge et d'accompagnement, les éléments de transformation des modèles et des pratiques.

Des services utilisables sont des services qui prennent en compte :

- L'environnement des utilisateurs (environnement technique, ergonomique...);
- Les pratiques existantes (ne pas alourdir la pratique, ne pas poser de contraintes supplémentaires qui ne soient pas pleinement justifiées par des éléments de sécurisation et de qualité de prise en charge).

Des services utilisés sont des services sur lesquels s'engagent fortement, personnellement et collectivement, les utilisateurs dans la mesure où les services concernés sont utiles et utilisables.

Afin de garantir au mieux le déploiement de services utiles, utilisables et utilisés, que ce soit pour l'évolution des services existants ou la création de nouveaux services, la co-construction avec les utilisateurs est une modalité incontournable.

La bonne appropriation de l'usage du numérique en santé passe aussi par la confiance de chacun dans le système numérique (identification du patient, annuaire des professionnels, sécurité et confidentialité des données, responsabilités des acteurs ...).

Mettre en place un environnement de travail intégré pour les professionnels de santé

L'appropriation et le bon usage du numérique en santé passent par une facilité d'accès aux services et aux données et une parfaite intégration dans l'environnement de travail de chaque professionnel, ce qui n'est pas aisé à atteindre au regard de l'hétérogénéité actuel du parc logiciel des praticiens.

Ainsi, les professionnels de santé devraient avoir à travers leur environnement un accès simple, sécurisé et unifié à l'ensemble des services qu'ils soient nationaux, régionaux et locaux ainsi qu'aux données patient utiles à sa prise en charge. Ils doivent par ailleurs pouvoir accéder à cet environnement quel que soit leur lieu d'exercice (en structure, en cabinet, à domicile, ...).

En complément des prérequis essentiels (l'identification unique du patient, l'interopérabilité des outils numériques et l'appui sur des référentiels partagés), cet accès doit s'engager autour des modalités suivantes :

- **La mise en place d'un accès unifié aux services régionaux** (orientation, coordination, télé-médecine, ...) autour d'une base unique de patients, dans des conditions rigoureuses de sécurité dans l'accès aux données ;
- **L'accès direct aux données structurées du patient** en privilégiant les véhicules de partage et d'échanges que sont le Dossier médical partagé (DMP) et la Messagerie sécurisée en santé (MS Santé) de par leur intégration dans les services régionaux et les logiciels métiers, sous réserve du respect des délais de déploiement de ces projets nationaux ;
- **L'intégration entre les services régionaux et les logiciels métiers** afin d'assurer l'échange et le partage de données ;
- **À terme, la déclinaison de ces environnements de travail (régional et local) en mobilité.**

À l'avenir, il s'agirait d'unifier ces deux environnements de travail. Chaque professionnel devrait pouvoir accéder à partir de son environnement et de manière indifférenciée aux fonctions et données portées par son logiciel métier, les services régionaux et les services nationaux.

Au-delà de la mise à disposition de services et de données, le numérique offre des possibilités d'analyse et d'expertise qui doivent être développées au profit direct de chaque professionnel de santé.

In fine, tout en facilitant l'exercice de chaque professionnel, l'environnement de travail unifié doit être à même de faciliter le lien entre les professionnels, de créer des habitudes d'échange et de collaboration, de créer un sentiment d'appartenance au système régional de santé et ainsi de mettre en place les éléments d'une culture commune.

Encourager le développement de la télémédecine

La télémédecine constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles et permet de plus une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients. Elle contribue en outre à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé. Elle peut aussi leur donner une capacité d'agir plus vite et/ou plus tôt. Elle constitue un facteur d'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie. La télémédecine est donc une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours du patient.

Bien que des établissements sanitaires, médico-sociaux et des professionnels soient aujourd'hui porteurs de projets en ce sens, leur nombre reste faible avec une grande disparité géographique.

Afin d'encourager le développement de la télémédecine, l'ARS et ses partenaires doivent pouvoir pleinement jouer leur rôle de pilotage mais aussi de facilitateur. Il faut pour cela renforcer la communication et la pédagogie vers les acteurs de terrain afin de pouvoir les accompagner au mieux et de relayer les questionnements vers les instances idoines.

Il faut aussi laisser à tous les acteurs la liberté de développer les nouveaux usages tout en privilégiant la coordination et la mutualisation à chaque fois qu'un projet de télémédecine le justifie.

La poursuite du développement de la télémédecine passe principalement par les modalités suivantes :

- **Permettre à tous les professionnels concernés de s'approprier les cadres existants** et à venir de la télémédecine (article 36 de la LFSS2014, article 91 de la LFSS2017, convention médicale entre médecins libéraux et l'assurance maladie) et ce en lien avec les représentations des professionnels et l'assurance maladie ;
- **Poursuivre l'accompagnement des programmes nationaux prioritaires** : télé-AVC, maladies chroniques, santé des détenus, téléradiologie ;
- **Mettre en place une organisation hospitalière et libérale de l'offre par spécialités** (dermatologie, psychiatrie, gériatrie, anesthésie, ...) sur l'ensemble de la région Grand Est, au profit des territoires et des parcours tout en rendant cette offre lisible et accessible au plus grand nombre ;
- **Faciliter le déploiement de la télémédecine au domicile des patients**, ou au plus proche de leur domicile (MSP, EHPAD, ...) et en particulier de la télésurveillance (cardiologie, insuffisance rénale ...)
- **Garantir que les activités de télémédecine développées dans la région Grand Est soient pérennes** et en adéquation avec les besoins des professionnels et des patients en assurant un accompagnement et une instruction des projets via un guichet intégré piloté par l'ARS ;
- **Accompagner les initiatives du terrain** afin de mieux juger de leur intérêt et le cas échéant de leur déploiement.

Au-delà d'encourager son développement, ces modalités doivent permettre à la télémédecine de s'inscrire naturellement dans les pratiques professionnelles et les organisations.

Faire émerger, soutenir et diffuser l'innovation en santé, les initiatives et pratiques innovantes des territoires de la région

Organismes de recherche, pôles de compétitivité, institut hospitalo-universitaire, centres hospitaliers universitaires, universités, structures de transfert de technologie, incubateurs, ... la région est forte d'un riche écosystème de la recherche et de l'innovation. Elle dispose d'un outil de recherche académique et industriel très fort notamment dans le domaine de la santé. Frontalière avec quatre pays (Allemagne, Suisse, Luxembourg, Belgique), elle bénéficie aussi de l'émulation scientifique et technique et de programmes transfrontaliers Interreg. Les enjeux principaux sont :

- rendre davantage lisible l'activité de recherche, ses acteurs, et les dispositifs de soutien à l'innovation par la mise à disposition d'une information adaptée et structurée ;
- développer l'activité de recherche clinique ;
- mobiliser la recherche en sciences humaines et sociales dans la connaissance des leviers de réduction des inégalités de santé.

Par ailleurs, les initiatives sont nombreuses dans les territoires, en matière d'innovation organisationnelle, souvent freinées par le manque de soutien institutionnel et le manque de financement pérenne. Il est nécessaire de valoriser largement ces démarches et de créer des conditions pour que de nombreux acteurs d'horizon différents deviennent des innovateurs en santé²². Il s'agit :

- d'encourager et de rendre visibles les initiatives et pratiques innovantes des territoires : l'innovation et sa diffusion sont bien souvent liées à des rencontres, à des échanges, à un partage d'expériences, à une mutualisation de compétences et de croisement d'approches entre des acteurs de culture et de métiers différents. Les pouvoirs publics, et plus particulièrement l'ARS, doivent être des facilitateurs en organisant des événements, en animant des réseaux d'acteurs, en diffusant l'information permettant de rendre visibles et de valoriser les démarches innovantes des territoires. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, dans son rapport de 2016, précise : « Le développement de cette culture de l'innovation peut s'appuyer sur une grande diversité d'instruments, certains classiques (comme évoqués précédemment), d'autres eux-mêmes innovants. À ce titre, les living-labs, ou encore les hackathons²³, présentent l'intérêt de sensibiliser les citoyens à l'innovation, d'impliquer les patients ou les usagers, tout en étant par eux-mêmes des instruments de production d'innovations. Leur développement dans le secteur de la santé doit être encouragé. » ;
- d'anticiper et d'accompagner le développement de solutions innovantes et de leurs expérimentations répondant aux besoins des territoires et des usagers en s'assurant de l'engagement des acteurs dans une démarche évaluative, de la portée régionale des projets portés par les opérateurs, et de la mise en œuvre d'une démarche participative.

²² Innovation et système de santé, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, rapport 2016

²³ Les living-labs regroupent différents acteurs (publics et privés, entreprises, associations, centres de recherche, individus), dans l'objectif de tester en vie réelle des services, des outils ou des usages nouveaux. Cette méthodologie est centrée sur l'implication des usagers ou utilisateurs dans la conception et le développement d'innovations dès le début du projet, dans une perspective d'innovation ouverte.

Les hackathons réunissent sur un temps court des professionnels ou des individus d'horizons différents, développeurs informatiques, entrepreneurs, usagers, consommateurs, designers, etc., organisés en équipes concurrentes pour concevoir un prototype d'un service ou d'une application innovant sur un sujet donné.

Axe stratégique n°7 - Résultats attendus à 10 ans

- *La capacité pour chaque acteur de santé et pour l'utilisateur d'avoir accès à la bonne information, au bon moment ;*
 - *La capacité pour tous les acteurs de santé de se coordonner et de se concerter de manière simple et efficiente ;*
 - *La capacité pour tous les acteurs de santé d'avoir une vision globale, exhaustive, adaptée et dans le temps de la prise en charge d'un patient ;*
 - *La capacité donnée à l'utilisateur d'agir de manière éclairée sur sa prise en charge ;*
 - *La télémédecine comme une modalité naturelle et organisée de l'exercice médical ;*
 - *Une région expérimentatrice et porteuse d'innovations et de pratiques innovantes en santé répondant aux besoins des territoires et des usagers ;*
 - *Un égal accès aux protocoles de recherche pour tout patient le nécessitant.*
-

Axe stratégique 8. AXE TRANSVERSAL : DÉVELOPPER LES PARTENARIATS ET LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Renforcer et élargir les partenariats dans une logique de responsabilité populationnelle

La santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. Le concept de responsabilité populationnelle, développé au Québec depuis le milieu des années 2000, a un double objectif : améliorer la santé de la population par une action sur les déterminants de santé, et proposer une offre de services accessibles, continus, globaux et de qualité.

L'ensemble des acteurs régionaux et locaux ont ainsi une responsabilité vis-à-vis de la santé des individus de leur territoire, particulièrement en ce qui a trait :

- à l'accessibilité à l'ensemble des services de santé et services sociaux pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;
- à l'efficacité et à l'efficience des interventions et des actions ;
- à l'action en amont sur les déterminants de la santé, dans les différents milieux de vie des personnes.

Ainsi, l'Agence régionale de santé s'attachera particulièrement à :

» La généralisation des diagnostics partagés en préalable du développement des actions de santé

Le développement des modalités de **diagnostics partagés au niveau local** est identifié comme un facteur clé de succès de l'élaboration et du déploiement des actions par les acteurs de santé et partenaires de l'ARS. Ces diagnostics permettent d'engager les professionnels de santé, élus, représentants associatifs et acteurs sociaux d'un territoire dans une même réflexion sur les besoins de leur territoire d'appartenance.

» La contractualisation avec les acteurs de terrain

Le principal dispositif utilisé pour développer des actions de santé en proximité lors de la mise en œuvre des PRS de 1^{ère} génération a été **le contrat local de santé**. Ce dispositif, animé par les ARS et principalement implanté sur les territoires en difficultés des ex-régions Grand Est, permet d'élaborer des projets répondant à des besoins de santé locaux, autour de partenariats construits entre les collectivités locales, les services de l'État, les conseils départementaux, le conseil régional, les organismes d'assurance maladie, et plus ponctuellement d'autres partenaires. Cet outil est plébiscité par la majorité des acteurs de terrain dans la mesure où il permet à ces derniers d'être associés au diagnostic du territoire ainsi qu'à la définition des objectifs et actions correspondantes. En ce sens, il incite les acteurs à se saisir des problématiques identifiées sur leurs territoires en termes d'inégalités d'accès à la santé pour proposer des solutions, parfois innovantes, adaptées à la population. En 2017, la région Grand Est compte 20 contrats locaux de santé en vigueur. Ce dispositif de contractualisation constituera un des outils privilégiés de mise en œuvre de la politique régionale de santé 2018-2028.

La loi santé de 2016 introduit deux nouveaux contrats dans ce même esprit :

- **Le contrat territorial de santé** : conclu avec les professionnels de santé, qui se sont constitués en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), il est établi sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des CPTS et pourra comporter des actions de promotion de la santé, de prévention et toute autre action destinée à améliorer l'offre de soins de proximité ;
- **Le contrat territorial de santé mentale** : conclu avec les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre des actions du projet territorial de santé mentale. Ce dernier organise les conditions d'accès à la prévention, aux soins, à l'insertion sociale ;
- Enfin, la mise en œuvre de la politique régionale de santé se traduira également par des actions inscrites dans **les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** conclus entre l'ARS et chaque établissement de santé d'une part, et établissement médico-social d'autre part.

» L'animation territoriale

La multiplicité des différents niveaux de découpage territorial est vécue comme un facteur de complexification du développement et déploiement des actions par les acteurs de terrain. Le rôle de l'animation territoriale est ainsi d'offrir à ces acteurs une vision coordonnée du déploiement des actions, de l'aménagement du système de santé et de l'évolution de la démographie des professionnels de santé. L'animation territoriale est indispensable pour favoriser l'implication des acteurs de santé dans les problématiques liées à leurs territoires. Cela doit d'autant plus être réalisé que l'enjeu à l'échelle de la région Grand Est est de **permettre la valorisation des innovations locales et de participer au partage des bonnes pratiques induites ou à leur généralisation**.

» L'articulation avec les autres politiques publiques

L'articulation de la politique de santé avec les autres politiques publiques est essentielle dès lors que les interventions sont inscrites dans une perspective de réduction des inégalités de santé et qu'est visée l'amélioration de l'accès à la santé des populations qui en sont le plus éloignées.

La logique de partenariat permet de définir conjointement les priorités, de mieux cibler les actions et de les rendre plus efficaces. Tout en restant mobilisés sur leur domaine de compétences, les partenaires peuvent développer des stratégies convergentes et mettre en œuvre de manière concertée et complémentaire des moyens, notamment en matière de financements.

Les démarches partenariales permettent de prendre en compte l'impact sur la santé des politiques hors du champ sanitaire : transports, aménagement du territoire, habitat, environnement, éducation, emploi... Elles permettent d'agir sur les conditions de vie des habitants et de développer des environnements favorables à la santé, comme par exemple à l'école, au travail, dans la communauté / le quartier.

Le développement de **l'évaluation d'impact en santé (EIS)** entre dans cette logique, de même que la mise en œuvre de programmes intersectoriels comme le programme régional santé environnement.

Les politiques concertées mettent de la cohérence entre les politiques et programmes menés par les différentes institutions. L'articulation peut se faire à différents niveaux, entre politiques menées à différents échelons du territoire (régional, départemental et local) et/ou entre les différentes institutions (État, Assurance maladie, Éducation nationale, collectivités territoriales).

La coordination des politiques publiques peut prendre appui sur différents dispositifs institutionnels tels que :

- **Les commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP)** mises en place par l'ARS, l'une dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, l'autre dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux ;
- **Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées** (issues de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement) qui ont pour objectif de coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune.

Comme pour son élaboration, la mise en œuvre du projet régional de santé 2018/2027 prendra en compte les actions développées dans le cadre :

- **des schémas pilotés par le Conseil régional** : schéma régional des formations des professionnels sanitaires et sociales, schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII) ;
- des schémas départementaux de l'autonomie, pilotés par les Conseils départementaux ;
- des schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité aux services publics pilotés par les Préfectures et les Conseils départementaux ;
- **du projet régional santé environnement**, piloté par le Conseil régional, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et l'ARS ;
- **du plan santé au travail**, piloté par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ;
- **du Plan pluriannuel contre la Pauvreté et pour l'Inclusion sociale**, piloté par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- **des protocoles d'actions en commun**, cadres d'actions concertées avec l'Éducation nationale, notamment dans le cadre du Programme de réussite éducative (PRE).

La réforme territoriale ayant modifié le champ des acteurs dans de nombreux domaines, les partenariats noués par les ARS dans le cadre des ante-régions doivent être revisités.

» La coordination avec l'Assurance maladie

Le partenariat entre l'ARS Grand Est et les organismes d'Assurance maladie s'inscrit dans une logique de complémentarité au service d'une politique de santé efficiente de qualité dans la région Grand Est²⁴.

La loi 2016 de modernisation du système de santé en ses articles 158 et 162 vise à renforcer l'alignement stratégique et la complémentarité entre l'État et les différents régimes d'Assurance maladie.

²⁴ Décret n° 2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des ARS et des organismes de sécurité sociale

La Commission régionale de coordination des actions de l'Agence régionale de santé et de l'Assurance maladie traite de l'ensemble des sujets communs. Les domaines concernés par ce partenariat régional sont :

- La prévention ;
- L'offre sanitaire et médico-sociale ;
- L'accès à la santé ;
- La mise en œuvre des parcours de santé ;
- La mise en œuvre d'expérimentations régionales d'organisation et de financement ;
- La gestion du risque et l'efficacité du système de soins ;
- L'analyse des données et des dépenses régionales.

Deux conventions décrivent les modalités de travail en commun et de collaboration entre l'ARS et les organismes d'Assurance maladie :

- **Une convention** portant sur l'ensemble des domaines de leur collaboration est conclue entre les 2 partenaires pour une durée de 5 ans ;
- Un nouveau contrat, **le Plan Pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PPRGRESS)**, définit pour une durée de 2 ans les objectifs pluriannuels de gestion du risque ainsi que les objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins. La finalité est de développer le juste soin au juste coût dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins, en accompagnant les offreurs de soins, les établissements de santé dans l'évolution de l'organisation des prises en charge.

Les programmes à déclinaison régionale partagée entre l'ARS et l'Assurance maladie portent sur 4 axes de travail : les produits de santé prescrits à l'hôpital, les transports de patients prescrits en établissement, le virage ambulatoire et l'optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète et la pertinence.

S'agissant de la pertinence des actes, prestations et prescriptions, **le Plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)** regroupe l'ensemble des actions relatives à la pertinence des soins du PPRGRESS.

C'est donc l'ensemble de la performance de notre système régional de santé qui est piloté en commun.

» Des relations renforcées entre l'Agence régionale de santé et le service de santé des armées

Depuis la publication du « Projet SSA 2020 », le service de santé des armées (SSA) a engagé une politique d'ouverture à la santé publique qui en fait désormais un acteur à part entière du service public de santé sur l'ensemble du territoire national, y compris ultra-marin.

Dans ce contexte, les PRS doivent prendre en compte les expertises et savoir-faire spécifiques du SSA utiles à la santé publique, tout en tenant compte des impératifs et des missions de défense de cette institution militaire.

Depuis cinq ans, la complémentarité et l'ouverture du SSA à la santé publique se traduisent de multiples façons, qu'il s'agisse de ses apports à la résilience de la Nation lors de l'épidémie à virus EBOLA ou des récents attentats, ou des nombreux partenariats tissés avec les acteurs civils de santé. Cette évolution est désormais consacrée dans des textes majeurs tels que la loi du 26 janvier 2016, protocole interministériel signé par les ministres de la santé et de la défense le 6 avril 2017 et, plus récemment encore, par l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018, prise en application de l'article 222 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Ces deux textes de loi consacrent l'inscription du SSA dans les territoires de santé en conférant au SSA et à tous les acteurs de santé un ensemble d'outils juridiques très conséquent. Ils permettent, par exemple, à toute structure du SSA dont les hôpitaux d'instruction des armées (HIA), tel que celui de Metz (HIA Legouest), d'être associés aux GHT. Par ailleurs, ces textes renforcent considérablement les relations entre les ARS et le SSA en favorisant leurs contributions réciproques et en prévoyant une contractualisation des relations dans des contrats spécifiques, proches des CPOM classiques, mais prenant en compte les besoins et les impératifs de défense.

Dans la région Grand Est, le SSA apporte un soutien à 66000 militaires et à leurs familles, ainsi qu'aux patients civils à l'HIA Legouest à Metz qui a noué, dans le cadre de la mise en place d'un ensemble hospitalier civil et militaire (EHCM), une coopération très étroite avec le CHR Metz-Thionville et d'autres établissements de santé en étant associé au groupement hospitalier de territoire Lorraine-Nord. Par ailleurs, trois centres médicaux des armées et plus de trente antennes médicales sont également implantés dans la région, avec lesquels les centres hospitaliers ont pu nouer des liens privilégiés, l'intérêt majeur étant pour les praticiens du SSA d'optimiser leurs compétences pour remplir leur mission première, à savoir le soutien des Forces en tout temps, en tout lieu et en toutes circonstances et, pour les établissements civils de bénéficier de praticiens qualifiés en renfort. De plus, toutes ces entités concourent également à la formation des élèves paramédicaux et des internes en qualité de lieux de stage.

Fort de cette nouvelle dynamique d'ouverture du SSA, il sera nécessaire, dans le cadre de la déclinaison de la politique régionale de santé, de poursuivre les actions de coopération existantes, d'en promouvoir de nouvelles et de les formaliser dans un contrat spécifique régional, reconnaissant une place à part entière aux structures militaires qui participent à l'offre de soins du territoire (participation à la PDSES, proposition d'une offre spécialisée, etc.) et associant les structures civiles à l'effort de défense (proposition d'une offre spécialisée aux militaires blessés ou aux victimes d'attentats, etc.). La promotion de la réserve ainsi que la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, quelles que soient leurs causes, s'inscrivent aussi pleinement dans ces coopérations. De plus, à côté des soins, il est important de souligner l'intérêt de ces coopérations dans le cadre de l'enseignement et de la recherche.

Poursuivre le développement de la promotion et du respect des droits des usagers et favoriser l'expression des instances de démocratie en santé

La question des droits des usagers dans le système de santé est une préoccupation ancienne et constante. Aujourd'hui, dans tous les secteurs de la santé, les droits des usagers existent et sont reconnus par le législateur. La connaissance de ces droits et le respect de ces derniers demeurent cependant encore insuffisants.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées et la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ont mis en place un corpus important visant à promouvoir les droits des usagers dans tous les secteurs de la santé et du médico-social.

Il convient de rappeler que les associations ont été à la base de la création et de la gestion de la plupart des établissements sociaux et médico-sociaux. Elles restent aujourd'hui des acteurs essentiels de la réponse aux nouveaux besoins. Il convient ainsi de maintenir autant que possible ce tissu associatif médico-social de proximité, garant d'une réponse adaptée aux besoins des territoires.

Par ailleurs, à travers le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), les retraités, usagers des secteurs « personnes âgées » et « handicap » sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques les concernant.

L'Agence régionale de santé et les instances de démocratie en santé de la région Grand Est (Conférence régionale de santé et de l'autonomie, conseils territoriaux de santé) veilleront, dans les 10 ans à venir, au respect de ces engagements par l'ensemble des acteurs du système de santé.

Elles poursuivront voire intensifieront les débats publics, déploieront toute action propre à favoriser l'expression et la participation citoyenne aux enjeux de santé publique de la région Grand Est, et plus particulièrement des actions propres à :

» Développer la connaissance des droits des usagers par tous les acteurs et bénéficiaires du système de santé

De multiples dispositifs visant à garantir les droits des usagers existent. Il est essentiel que chacun les connaisse pour pouvoir les respecter et les faire respecter. Afin de garantir, dans la durée, la diffusion et l'appropriation de ces connaissances, des démarches concrètes sont mises en œuvre à destination d'une part des usagers, d'autre part des professionnels de santé.

» Faciliter les démarches des usagers et leur information

Le secteur de la santé englobe une multitude de champs d'intervention, de spécialités, de modalités de prise en charge. Son animation mobilise également différents acteurs institutionnels avec des responsabilités interdépendantes. Cet environnement participe de la complexité de lecture que peut avoir l'utilisateur du système de santé. La recherche de l'information peut se révéler rapidement complexe.

L'Agence régionale de santé s'est ainsi portée candidate pour expérimenter, dès 2017, le portail « sante.fr ». Il vise à :

- garantir la cohérence de l'action publique autour de l'information en santé ;
- améliorer l'accès des citoyens à une information de référence ;
- élaborer des outils favorisant l'implication des usagers dans l'amélioration du système de santé.

L'enjeu est de guider l'internaute dans ses recherches d'information sur la santé et de l'orienter vers des informations fiables et de qualité, issues des différents sites Internet des institutions publiques et/ou scientifiques.

» Accompagner le tissu associatif œuvrant pour le respect des droits des usagers

Les associations jouent un rôle majeur dans la promotion et la défense des droits des usagers. Toutes les initiatives visant à accomplir cette mission sont encouragées par l'Agence au travers par exemple de rencontres régionales d'échanges d'expériences, d'un dispositif de suivi des projets labellisés²⁵, d'accompagnements des associations dans leurs démarches.

²⁵ Le label « Droits des usagers de la santé » a été initié dans le cadre du dispositif « 2011, année des patients et de leurs droits ». Il a pour objectifs de valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants en matière de promotion des droits des usagers et de faire connaître les actions menées sur le terrain par les acteurs locaux. L'octroi du label a été confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) avec l'appui des commissions spécialisées « Droits des usagers » des Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA), sur la base d'un cahier des charges national élaboré par le ministère.

» **Veiller au bon fonctionnement des commissions des usagers, installés au sein des établissements sanitaires et des établissements et services médico-sociaux ainsi que des Conseils territoriaux de santé**

La Commission des usagers (CDU) a été instaurée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 complétée par le décret n°2016-726 du 1er juin 2016. La CDU remplace la CRUQPC, créée en 2005. Au-delà du changement de dénomination, la loi renforce le rôle de cette commission. Ses attributions sont élargies et la place des représentants des usagers y est renforcée.

L'Agence s'assure que ces instances sont constituées au sein de chaque établissement et accomplissent leurs missions dans le respect de la réglementation. Les représentants des usagers seront par ailleurs accompagnés au mieux pour accomplir leur rôle, notamment par la mise en place de formation obligatoire instaurée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Le Conseil de la vie sociale (CVS) favorise la participation et l'expression des personnes accueillies dans un établissement ou service médico-social ainsi que celles de leur famille ou tuteur et les associe à l'élaboration et à la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.

Enfin, la mise en place de commissions d'usagers au sein des conseils territoriaux de santé et l'expérimentation permettant à ces derniers d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations (*cf. arrêté du 5 mai 2017*), constituent un levier pour renforcer en infra régional le respect des droits des usagers.

Axe transversal - Résultats attendus à 10 ans

- ***Des acteurs engagés dans l'exercice de responsabilité populationnelle permettant de garantir le bien-être et la santé des populations ;***
 - ***Une meilleure prise en compte de l'impact sur la santé des politiques publiques menées sur les territoires ;***
 - ***Des partenariats / coopérations renforcés ;***
 - ***Des droits des usagers renforcés et respectés par l'ensemble des acteurs ;***
 - ***Des instances de démocratie en santé et des citoyens partie prenante des politiques publiques mises en œuvre sur le territoire ;***
 - ***Un accès au système de santé facilité pour les usagers ;***
 - ***Des usagers connaissant mieux leurs droits.***
-

/// ARS Grand Est

Siege régional : 3 boulevard Joffre – CS
80071
54036 Nancy Cedex
Standard régional : 03 83 39 30 30

www.grand-est.ars.sante.fr