



—
—

Projet régional de santé d'Alsace

2012 - 2016



2014 REVUE DU PRS A MI-PAROURS

Sommaire

Enjeux et genèse du PRS.....	Page 5
Les étapes d'élaboration.....	Page 5
- <i>Diagnostic du système de santé régional : une connaissance affinée et partagée.....</i>	<i>Page 5</i>
Focus : Etapes d'élaboration.....	Page 5
- <i>4 territoires de santé aux contours redessinés.....</i>	<i>Page 6</i>
- <i>Une large concertation avec les acteurs de la santé en Alsace.....</i>	<i>Page 6</i>
Les enjeux de santé en Alsace sur la période 2012-2016.....	Page 7
Les éléments constitutifs du PRS	Page 7
Gouvernance et acteurs du PRS.....	Page 8
Dispositif de mise en œuvre et de suivi du PRS au sein de l'agence.....	Page 8
Focus : Gouvernance du PRS.....	Page 8
Implication des acteurs de la santé dans la mise en œuvre des actions.....	Page 9
Focus : Une coordination institutionnelle renforcée pour une efficacité accrue.....	Page 9
Communication régulière sur l'actualité de la mise en œuvre des priorités d'action en santé.....	Page 9
Outils de mise en œuvre du PRS.....	Page 11
La planification, faire évoluer l'offre de santé.....	Page 11
- <i>Schéma régional d'organisation des soins</i>	<i>Page 11</i>
Focus : SROS Imagerie.....	Page 12
Focus : Permanence des soins et SROS Urgences.....	Page 13
Focus : SROS SSR (soins de suite et de réadaptation).....	Page 14
Focus : La recomposition de l'offre sanitaire : regroupements et coopérations.....	Page 15
- <i>Schéma régional d'organisation médico-sociale.....</i>	Page 17
Focus : PRIAC et procédures d'AAP.....	Page 17
- <i>Schéma régional de prévention.....</i>	Page 18
Focus : Education thérapeutique du patient, entre prévention et soins.....	Page 18
Focus : VAGUSAN : veille, alerte et gestion des urgences sanitaires.....	Page 18
La contractualisation, une démarche partenariale.....	Page 20
- <i>Contractualisation avec les opérateurs.....</i>	<i>Page 20</i>
Focus : CPOM établissements de santé – ARS.....	Page 20
- <i>Contractualisation avec les partenaires financeurs.....</i>	<i>Page 21</i>
Focus : Exemples d'actions mises en place dans le cadre des CLS.....	Page 21

Le financement : une évolution différenciée selon les secteurs.....	Page 22
Focus : Le Fonds d'intervention régional (FIR).....	Page 22
Focus : Les établissements publics et participant au service public.....	Page 23
Focus : Une évolution défavorable de la santé financière des établissements.....	Page 23
L'accompagnement à la performance.....	Page 24
Focus : Organisation de la biologie.....	Page 24
Focus : Programme PHARE.....	Page 25
Focus : Programme régional de gestion du risque (PRGDR).....	Page 26
Etat d'avancement des 15 priorités d'actions en santé.....	Page 27
Priorité 1 : Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents.....	Page 28
Priorité 2 : Prévenir et limiter les complications du diabète et de l'hypertension artérielle.....	Page 34
Priorité 3 : Améliorer la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires.....	Page 40
Priorité 4 : Mieux dépister et traiter les cancers.....	Page 46
Priorité 5 : Prévenir les conduites à risque chez les jeunes.....	Page 52
Priorité 6 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile.....	Page 60
Priorité 7 : Faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de PEC adaptées.....	Page 69
Priorité 8 : Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique.....	Page 76
Priorité 9 : Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.....	Page 84
Priorité 10 : Développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins.....	Page 90
Priorité 11 : Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé.....	Page 98
Priorité 12 : Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.....	Page 106
Priorité 13 : Promouvoir un recours efficient aux soins.....	Page 112
Priorité 14 : Anticiper dans l'organisation des soins les évolutions de la démographie et des modes d'exercice des professionnels de santé.....	Page 119
Priorité 15 : Développer le positionnement d'excellence de la région en matière d'activités de recours, de recherche et d'innovation.....	Page 125
Conclusions et perspectives.....	Page 132
Focus : 11 OBJECTIFS DU CPOM ETAT-ARS.....	Page 132

Fin janvier 2012, l'agence régionale de santé d'Alsace a arrêté, pour une durée de cinq ans le premier Projet régional de santé, après une concertation de plus de 18 mois.

Mi 2014, ce projet est donc à mi-parcours de sa réalisation. Il apparaissait essentiel pour l'ARS de rendre compte de son action dans cette période, de vérifier la pertinence des objectifs fixés et d'évaluer les actions mises en œuvre pour les atteindre, en mettant en évidence les réussites et les difficultés.

Il s'agit aussi pour l'agence de renforcer la cohérence et l'efficacité de son action dans le deuxième temps d'application du PRS et de clarifier ses objectifs auprès des opérateurs en santé et de l'ensemble de ses partenaires.

Ce bilan s'attache à illustrer les outils de régulation que l'agence et ses partenaires emploient au service de la mise en œuvre du PRS avant de détailler un état d'avancement des 15 priorités d'action du PSRS.

Réalisé sous la seule responsabilité de l'ARS, il est destiné à être soumis à la réflexion et la critique des instances de la démocratie sanitaire, qui débutent leur mandat renouvelé en septembre 2014 et qui trouveront matière à l'enrichir et à alimenter leurs échanges. Il doit servir également à préparer l'évaluation finale du projet régional de santé qui interviendra au cours du deuxième semestre 2015.

Enjeux et genèse du PRS

La loi du 21 juillet 2009 «Hôpital, patient, santé et territoires » a confié aux agences régionales de santé la mission d'élaborer un projet régional de santé ; il définit, dans chaque région, les orientations stratégiques et l'organisation de la santé. Il a pour ambition de déterminer les priorités des politiques de santé en région, dans les différents champs sanitaire, ambulatoire, médico-social et de prévention, au plus près des besoins des citoyens et donc dans une logique territoriale.

Les étapes d'élaboration

Pour élaborer le PRS, l'ARS s'est appuyée sur un diagnostic et sur la mise en œuvre de quatre valeurs essentielles : l'ancrage territorial, l'examen global des réponses sanitaires à apporter, quel que soit le secteur de l'offre concerné, la promotion des démarches de prévention, la concertation.

Les travaux liés à l'élaboration du projet régional de santé ont débuté dès la création de l'agence régionale de santé en avril 2010.

Diagnostic du système de santé régional : une connaissance affinée et partagée

L'état des lieux de la situation sanitaire et médico-sociale d'Alsace a été élaboré par l'ARS à partir d'études et de contributions ayant associé les partenaires et experts en région. Élément du débat sur la stratégie régionale de santé, l'état des lieux traite des parcours de prise en charge des patients dans leur globalité, depuis la prévention jusqu'aux soins ambulatoires et hospitaliers et l'accompagnement médico-social.

Le document a fait l'objet d'une large diffusion.

FOCUS

Étapes d'élaboration

La première phase, d'avril à octobre 2010, a été dédiée à la réflexion sur les territoires de santé et les zones de proximité, et à un état des lieux de la situation sanitaire de la population, et de l'organisation et de l'activité du système de santé en Alsace.

De novembre 2010 à avril 2011, l'agence a élaboré le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), puis les schémas et programmes d'application jusqu'en octobre 2011.

La dernière phase, de novembre 2011 à janvier 2012, a consisté à consulter les acteurs de la santé en Alsace sur l'ensemble des éléments constitutifs du PRS et à intégrer les observations en vue de la publication du PRS le 30 janvier 2012.

4 territoires de santé aux contours redessinés

A l'issue de quatre mois de travaux et d'échanges avec les professionnels et partenaires, les nouveaux contours des quatre territoires de santé d'Alsace ont été redéfinis par le directeur général de l'ARS par arrêté du 7 octobre 2010.

Leur vocation est double : à titre principal, constituer le cadre de l'organisation de l'offre de santé – le territoire de santé représentant l'espace de référence pour l'analyse des besoins et l'organisation graduée des moyens dédiés à la santé (actions de santé publique, établissements de santé et équipements des soins, prise en charge et accompagnement médico-social) ; à titre complémentaire, permettre l'organisation de la concertation, au travers des conférences de territoire, pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet régional de santé.

Les territoires de santé préexistants, organisés autour des centres hospitaliers de référence d'Haguenau, Strasbourg, Colmar et Mulhouse ont été maintenus, ayant fait preuve de leur caractère structurant en matière d'offre de soins hospitaliers et de santé publique. La redéfinition de leurs « frontières » a été motivée par la prise en compte de l'évolution des flux des patients, des consommations de soins, des données démographiques, et la volonté de rapprocher les territoires de santé des zones d'intervention des conseils généraux pour une meilleure cohérence des actions menées dans ce domaine partagé des compétences médico-sociales.

Une large concertation avec les acteurs de la santé en Alsace

La loi HPST a rénové le dispositif de concertation autour du projet régional de santé qui a donc fait l'objet d'un recueil préalable de l'avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux, ainsi que de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

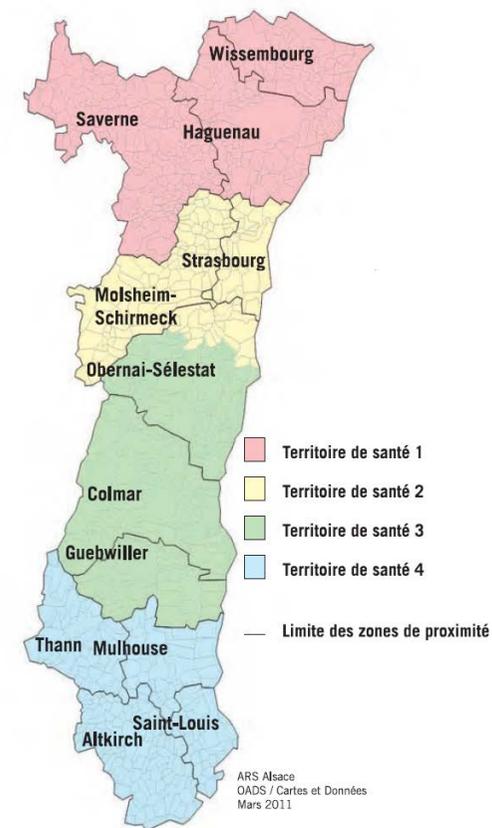
Le législateur a également confié à la CRSA la mission de participer, par ses avis, à la définition et au suivi des orientations de la politique régionale de santé. Elle dispose d'une commission permanente et de commissions spécialisées. La CRSA comprend 93 membres issus de 8 collèges assurant la représentation des collectivités territoriales, des usagers, des conférences de territoire, des partenaires sociaux, des acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale, des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, des offreurs des services de santé et du secteur médico-social et des personnalités qualifiées.

Ont été également mises en place deux commissions de coordination des politiques publiques de santé compétentes l'une dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, et l'autre en matière de prévention, santé scolaire, santé au travail et protection maternelle et infantile, sur le schéma de prévention.

Dans chacun des territoires de santé, le directeur de l'ARS a constitué enfin une conférence de territoire.

Au-delà de ce dispositif, c'est au travers de leur participation aux groupes de travail mis en place par l'agence, que la voix et la réflexion des partenaires ont été prises en compte et qu'une démarche participative a été mise en œuvre. A noter que, pour la première fois en Alsace, une consultation du grand public a été organisée sur les attentes en matière de santé.

Territoires de santé - Zones de proximité



Les enjeux de santé en Alsace sur la période 2012-2016

Sur la base de l'état des lieux et des échanges avec nos partenaires, l'ARS a établi 15 axes prioritaires d'action en santé regroupés en quatre axes stratégiques constitutifs du **Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)**. Ces priorités constituent, encore aujourd'hui, les enjeux stratégiques majeurs auxquels doit répondre le système de santé alsacien à horizon 2016. Elles sont précisément décrites dans la partie dédiée à leur état d'avancement *page 27*.

Ces enjeux tiennent d'abord à la **prévalence élevée de pathologies qui pèsent sur les performances sanitaires globales de la région** : maladies cardiovasculaires, diabète, surpoids et obésité, cancer, s'y ajoute la nécessité de prévenir les comportements à risque et leurs conséquences sur la santé, en particulier celle des adolescents et jeunes adultes.

Enjeu également, la **capacité du système de santé à adapter ses modes de prise en charge** pour répondre aux objectifs à la fois sanitaires et sociaux que sont l'autonomie des personnes handicapées, l'insertion dans la cité des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique, l'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité et le maintien à domicile des personnes âgées dans un contexte d'augmentation rapide du nombre des personnes de plus de 85 ans.

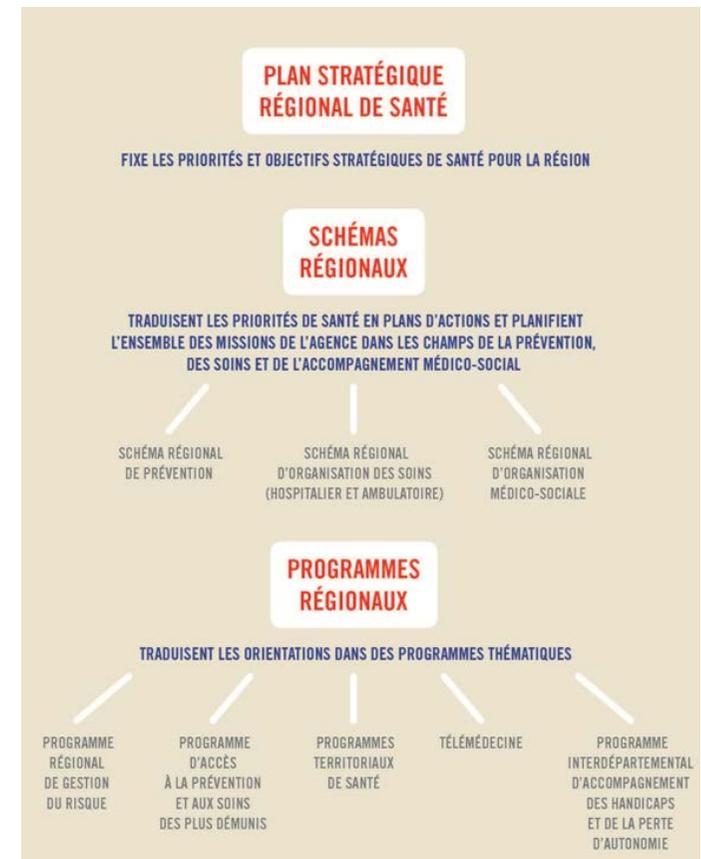
Enjeu ensuite, la **continuité du parcours de soins des personnes**, âgées ou souffrant de maladies chroniques, qui sollicitent aussi bien des soins hospitaliers que des soins de proximité et pour certaines une prise en charge médico-sociale. L'organisation des soins doit être graduée et coordonnée. Les **systèmes d'information en santé** partagés sont un atout essentiel pour améliorer nos organisations.

Enjeu enfin, la **performance du système de santé** : la quête permanente de la qualité, l'objectif d'efficacité et d'une bonne utilisation des ressources de la solidarité nationale, l'accès au progrès médical et la bonne répartition sur le territoire régional des professionnels de santé.

Les éléments constitutifs du PRS

Les 15 priorités du PSRS ont été le point de référence dans la construction des **schémas**, de prévention (SRP), d'organisation des soins (SROS) et d'organisation médico-sociale (SROMS) dont la vocation est de définir, cette fois-ci de façon exhaustive, l'organisation, sur le territoire régional, du système de soins, hospitalier et ambulatoire, des établissements et services médico-sociaux et des actions de prévention. De nombreux professionnels de la région, issus de ces trois secteurs d'activité, ont participé aux travaux liés à leur élaboration, en concertation avec les commissions permanente et spécialisées de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Les **programmes** de mise en œuvre de ces schémas – programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), programme régional de télémédecine (PRT), programme pluriannuel de gestion du risque (PRGDR) – ont été établis selon les mêmes modalités de concertation et d'échanges. (Cf. encadré-contre).



Le projet régional de santé

Gouvernance et acteurs du PRS

La première phase de mise en œuvre du PRS est riche d'apports et d'enseignements de méthode. Elle a d'abord conduit à organiser de façon différente le travail au sein de l'agence en faisant prévaloir une **démarche de projets**.

Dispositif de mise en œuvre et de suivi du PRS au sein de l'agence

Afin de consolider sa capacité à faire et de garantir l'atteinte des objectifs d'ici 2016, l'agence a adapté son organisation pour privilégier une logique de projets.

La **gestion de projet exige une structuration très forte** de la méthode, des échéances, des livrables. Il a donc été nécessaire d'« outiller » les agents chargés de projets concourant à la mise en œuvre du PRS.

Dans un premier temps, une **cartographie du PRS** a été réalisée ; elle permet d'identifier l'ensemble des projets par schéma et par volets, de les planifier sur la durée du PRS (macro-planning jusqu'à 2016) et de positionner les porteurs de projets ainsi que les autres fonctions projet identifiées. Ensuite, la **gouvernance du PRS** a été installée avec la mise en place d'un comité de pilotage transversal qui se réunit mensuellement pour suivre l'évolution de l'avancée des projets. En support, le pôle PRS et démocratie sanitaire, en charge de cette thématique, a produit des **outils** à disposition des porteurs de projet et réalisé des **formations** spécifiques.

L'élaboration du présent document a pu ainsi s'appuyer sur les états d'avancement actualisés de manière régulière dans le cadre du suivi du PRS.

FOCUS

Gouvernance du PRS

La réalisation des actions est portée par les *chefs de projet* : ces derniers ont pour rôle de mener leur projet conformément aux principes de gestion de projet retenus en planifiant et réalisant les actions prévues et en rendant compte de leur avancement.

La coordination est portée par les *responsables de volet* qui supervisent la réalisation des actions en s'assurant de la qualité des résultats produits par projet. Ils assurent l'animation entre les projets d'un volet ou entre plusieurs volets (synergie, points d'adhérence).

Le pilotage de chaque schéma est porté par les *commanditaires métier*, directeurs au sein de l'ARS et missionnés à cette fin par le directeur général.

Implication des acteurs de la santé dans la mise en œuvre des actions

Cette première phase de mise en œuvre du PRS a permis également de structurer le cadre d'un **travail partenarial efficace**, condition essentielle de la réussite de beaucoup des actions entreprises. On doit signaler particulièrement la qualité des échanges stratégiques et opérationnels avec les conseils généraux, la construction progressive d'une politique coordonnée dans le domaine de la prévention (incluse la coordination de la communication dans ce domaine), l'intérêt des démarches de contrats locaux de santé (CLS) menées avec les collectivités territoriales, les apports d'une action conjointe de gestion du risque avec l'assurance maladie. Certains outils doivent être mieux utilisés : ainsi les CPOM avec les établissements de santé couvrent-ils un périmètre probablement trop large pour constituer un relais vraiment efficace des orientations du PRS.

La conduite des projets met en évidence également **l'importance du travail de conviction** nécessaire pour faire évoluer les organisations, et plus encore les comportements. Ce travail de conviction concerne d'abord les opérateurs et les professionnels de santé, notamment pour faire évoluer l'organisation du premier recours. Il est plus nécessaire encore pour faire évoluer les comportements des patients au regard de leur santé ; il convient dès lors de renforcer la capacité de l'agence, des opérateurs et des instances de la démocratie sanitaire à mener des stratégies de communication efficaces et de pouvoir en mesurer l'impact.

Communication régulière sur l'actualité de la mise en œuvre des priorités d'action en santé

Dans le prolongement de l'accompagnement en communication mis en place à toutes les étapes de l'élaboration du Projet régional de santé, un dispositif de communication régulière a été instauré autour de la mise en œuvre des priorités d'action en santé.

Depuis le mois d'octobre 2012, sont organisées tous les deux mois des **rencontres santé** à l'attention des médias. Traitant de 3 thèmes d'actualité de la santé en région, ce rendez-vous régulier avec la presse régionale réserve une place importante aux sujets ayant trait aux priorités d'action en santé. Il permet de sensibiliser le grand public et les acteurs de la santé aux enjeux de la santé en Alsace, de favoriser l'évolution des comportements en santé, et de mieux faire connaître la politique menée par l'ARS pour adapter l'offre de santé aux besoins de la population. Parmi les thèmes traités : les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, le surpoids et l'obésité des enfants, les addictions, le dépistage précoce du handicap de l'enfant, la télémédecine...

Une coordination institutionnelle renforcée pour une efficacité accrue

Au-delà de l'ARS, de nombreux autres acteurs contribuent à la promotion de la santé, de manière plus ou moins directe.

Aussi, pour faire émerger des axes de travail partagés et développer une approche intersectorielle et interministérielle, l'ARS Alsace s'est employée en premier lieu à établir des liens conventionnels avec les acteurs institutionnels (Protocole de collaboration du 30 mai 2012 entre la DRJSCS et l'ARS Alsace ; Convention de partenariat du 12 septembre 2013 entre l'Académie de Strasbourg et l'ARS Alsace ; et dernièrement Feuille de route de collaboration du 24 Février 2014 entre la DRAAF d'Alsace et l'ARS Alsace).

Par ailleurs, l'ARS a fait en sorte que la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile (CCPP) soit une réelle instance de concertation, par la fréquence de ses réunions (une par trimestre), l'ouverture à la commission spécialisée de la conférence régionale de santé (CRSA) et enfin par la création de quatre comités regroupant les partenaires travaillant sur les thématiques suivantes : santé-précarité, communication, évaluation et vaccination.

Parallèlement, une **lettre d'information externe** est diffusée, six fois par an et par voie électronique, à un large public de partenaires de l'agence régionale de santé : institutionnels, professionnels de santé, représentants de collectivités territoriales, ... Il s'agit de donner de la visibilité aux actions impulsées par l'ARS dans ses différents domaines de compétences, en particulier autour des priorités d'action en santé : la rubrique principale de la lettre d'information leur est systématiquement consacrée, complétée par l'interview d'un partenaire de l'agence particulièrement investi dans la problématique traitée. Parmi les sujets retenus : la mise en œuvre du plan Alzheimer, le dépistage du cancer colorectal, le plan autisme, les systèmes d'information en santé...

Le **site internet** de l'agence constitue également un vecteur d'information sur les actions menées au plan régional : la refonte complète du site, en octobre 2014, permet de dédier un espace spécifique à chacune des 15 priorités d'action en santé, qui sera alimenté au fur et à mesure des réalisations et évolutions enregistrées.

Outils de mise en œuvre du PRS

Pour mener à bien la feuille de route que constituent les orientations du PRS, l'ARS mobilise l'ensemble des outils de la régulation du système de santé qui relève de son champ d'attributions : la planification, qui organise l'évolution de l'offre en santé ; la contractualisation, levier partenarial essentiel ; la mobilisation des moyens de financement au service des projets régionaux et enfin l'accompagnement à la performance des opérateurs.

La planification, faire évoluer l'offre de santé

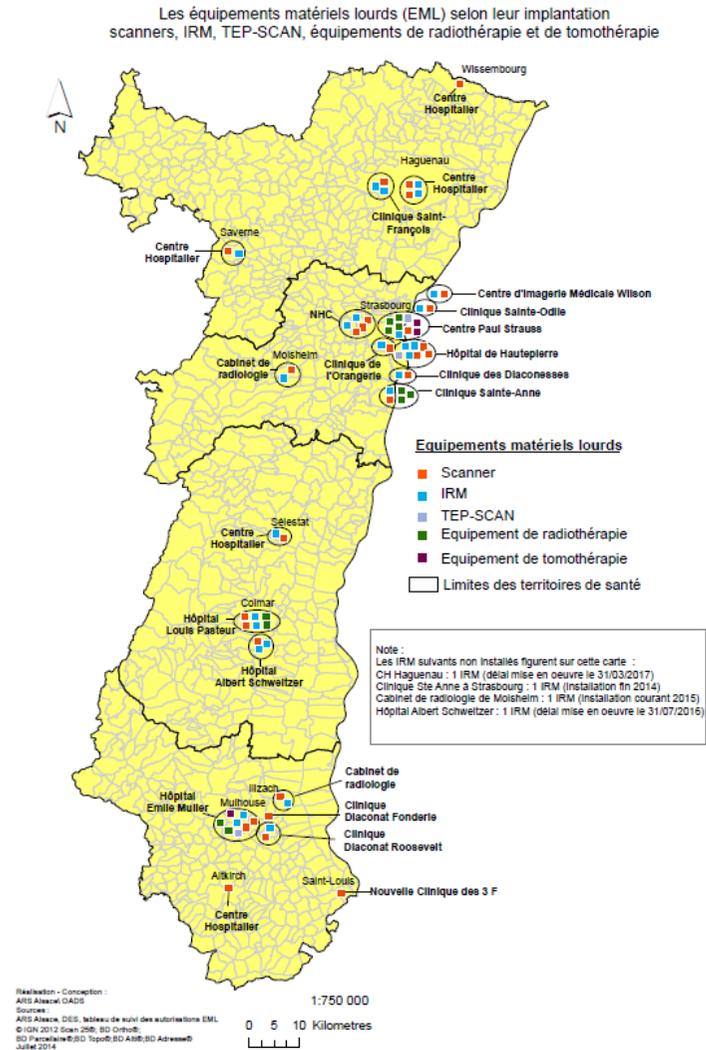
Les schémas d'organisation de l'offre de santé (schéma régional d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale, schéma régional de prévention) planifient l'évolution de l'offre au regard de l'évolution des besoins et conformément aux priorités stratégiques. Ils sont le fondement des autorisations délivrées par l'ARS et déterminent également la programmation de moyens financiers nouveaux et la création de places ou l'ouverture de services.

Schéma régional d'organisation des soins (SROS)

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) complété par un schéma interrégional, arrêté le 1^{er} janvier 2014, pour certaines activités spécifiques, organise les soins, leur répartition géographique et leur qualification. Le SROS actuel est le 4^{ème} en 20 ans et s'appuie donc sur un socle de principes et de réalisations conséquent. Il est opposable aux opérateurs pour les dispositions qui ont trait à des activités soumises à autorisations, c'est à dire la quasi-totalité des activités en établissement de santé. Il couvre donc un périmètre très large, mais promeut une organisation bâtie autour de principes communs à ces activités, au premier chef desquels l'organisation par **territoire de santé** autour du **centre hospitalier de référence**. Ce principe essentiel dans l'organisation des soins en région Alsace structure le SROS, quelles que soient les activités de soin, et trouve une illustration dans la distinction, au sein de chaque territoire, entre le niveau de proximité et le niveau de recours de l'offre hospitalière. Le territoire de santé est également le cadre des communautés hospitalières de territoires constituées sur deux des quatre territoires et en cours sur un troisième. Cette organisation territoriale se trouve confortée par les dispositions du projet de loi portant la stratégie nationale de santé qui prévoit la mise en place de groupements hospitaliers de territoire.

Les quatre focus ci-après illustrent, pour les trois premiers d'entre eux, l'évolution de l'offre intervenue dans une discipline particulière du soin (imagerie, urgences et permanence des soins, soins de suite) et pour le dernier, la recomposition de l'offre en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

SROS Imagerie



Le volet imagerie du SROS a pour objectifs l’adaptation du nombre d’équipements aux besoins prioritaires de la population, le développement de la qualité et la sécurité des soins, l’efficacité des plateaux d’imagerie et l’organisation de la permanence des soins en radiologie et radiologie interventionnelle.

L’évolution attendue de l’offre concerne essentiellement les IRM, pour répondre en particulier à la demande croissante d’examen en cancérologie et dans la prise en charge des AVC et améliorer la réponse aux besoins en pédiatrie. Tant le nombre des appareils installés que celui des appareils autorisés ont effectivement augmenté dans des proportions significatives : **le nombre des appareils installés a progressé de 18 au 1^{er} janvier 2012 à 22 au 1^{er} septembre 2014 (+22%)** ; le nombre des autorisations atteint à ce jour 26 appareils. Ainsi la région dispose-t-elle d’un nombre d’autorisations de 14,08 IRM par million d’habitants et d’un taux d’installation de 11,91 IRM par million d’habitants (le plan cancer 2 préconisait un taux de 12 IRM par million d’habitants). Au plus tard au premier semestre 2015 par ailleurs, 4 nouveaux appareils seront autorisés, **portant le total des autorisations au nombre maximum prévu par le SROS.**

S’agissant plus spécifiquement des IRM ostéoarticulaires, on peut souligner que l’objectif fixé par le SROS d’autoriser l’implantation d’au moins une IRM ostéoarticulaire par territoire d’ici 2016 sera atteint et même dépassé.

Si le nombre d’équipements croît donc fortement, il faut souligner que des disparités fortes d’équipement entre les territoires persistent, notamment entre le T2 et T4 (avec des taux rapportés à la population respectivement de 15,81 et 8,37 par million d’habitants). Par ailleurs, on constate une discordance entre un taux d’équipement d’IRM comparable aux taux national et des **délais de rendez-vous**, mesurés par diverses enquêtes, qui semblent élevés, ce qui pose la question de l’organisation des plateaux techniques. Une mission d’analyse de l’efficacité des organisations en IRM a été lancée fin février 2014. L’ensemble des structures a été rencontré et des préconisations ont été formulées lors d’un constat partagé proposant un accompagnement des structures.

Permanence des soins et SROS Urgences

L'organisation de la prise en charge des soins non programmés est une composante importante du SROS. Elle englobe le fonctionnement des urgences et du SAMU/ SMUR et le dispositif de permanence des soins, en établissements de santé ou ambulatoire. L'objectif est d'abord **d'assurer la sécurité de la réponse aux besoins de soins** et sa permanence dans le temps, ensuite, dans un souci d'efficience et en application du principe de subsidiarité, de **mobiliser des moyens strictement adaptés aux besoins**.

De façon liminaire, il faut souligner le progrès que constitue, pour la connaissance fine de l'activité et des motifs de recours aux urgences, la **généralisation progressive** au cours des deux dernières années du traitement et de la collecte **des résumés de passages aux urgences (RPU)**, qui alimentent le dispositif national de veille sanitaire et ont vocation à être analysés en région par le réseau RESURAL.

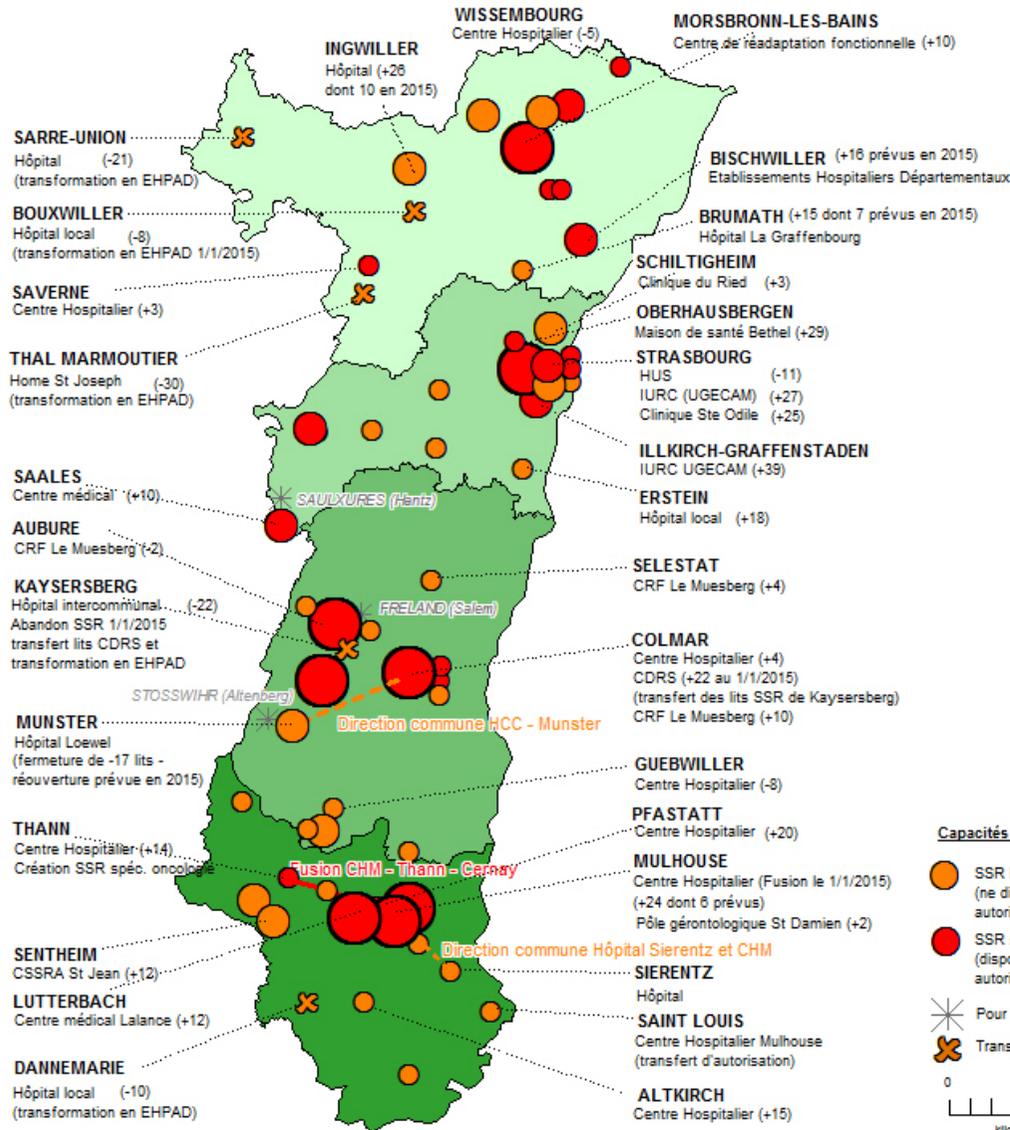
On peut constater que **le recours aux services d'urgence** a continué à croître en région, mais de façon modérée et avec de fortes disparités entre territoires. Entre 2011 et 2013, l'augmentation du nombre de passages est de 2,7%, essentiellement tiré par la montée en charge des urgences de la clinique Sainte Anne à Strasbourg (sans réduction de l'activité des autres sites strasbourgeois) et de l'activité du centre hospitalier de Mulhouse.

Le nombre de **sorties SMUR** a baissé au cours de la même période (-2,3%), mais là encore avec des disparités d'évolution très marquées selon le territoire (+6,2% dans le T1, -9% dans le T3). Les éléments d'explication à ces évolutions font défaut et appellent un complément d'analyse. Une évolution sensible s'agissant des transports dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière concerne l'augmentation forte du nombre des **carences**, ie des situations où le SAMU n'a pu mobiliser en temps voulu un véhicule de transport sanitaire et a dû avoir recours au SDIS. Cette situation qui traduit un dysfonctionnement de l'organisation appelle des mesures correctives pour améliorer la régulation des appels.

L'organisation de la **permanence des soins ambulatoires**, effectuée par les médecins généralistes, a sensiblement évolué au cours de la période récente. Il a été acté par l'ARS la possibilité pour les secteurs de garde qui le souhaitent d'arrêter la permanence à minuit. **31** secteurs sur 63 territoires de garde en semaine ont adopté cette possibilité: 71% de la population dans le Bas-Rhin et 57% dans le Haut-Rhin sont toutefois encore couverts par la PDSA après minuit. Dans le même temps, afin d'améliorer la régulation des appels et limiter le nombre de sorties, la participation des médecins libéraux à la régulation des appels a été étendue à la deuxième partie de nuit dans le cadre d'un dispositif régionalisé, commun aux deux SAMU.

Enfin, le schéma d'organisation de **la permanence de soins en établissement de santé**, dispositif nouveau du SROS, a été mis en œuvre pour l'essentiel dans les conditions prévues. Il faut souligner toutefois l'échec de la mise en place d'astreintes mutualisées (2 sur les 7 prévues) le refus de contrat de participation à la PDSSES pour 8 des 35 lignes attribuées à des structures privées.

Evolution de l'activité des établissements SSR d'Alsace années 2012/2015



FOCUS

SROS SSR (soins de suite et de réadaptation)

L'évolution de l'offre de soins de suite en région est marquée par quatre mouvements, conformes aux orientations du SROS.

- D'abord, un **renforcement global des capacités : +195 lits et places entre 2012 et 2014, soit 3 217 lits et places à fin 2014 sur la région.**

- En second lieu, la constitution **d'unités de soins avec une taille critique minimum** (20 lits), envisagée dès le SROS 3 et qui a donné lieu, soit à la transformation de certains établissements en EHPAD par conversion de leur activité (Sarre Union, Dannemarie, Bouxwiller au 1^{er} janvier 2015), soit à l'augmentation des capacités d'établissements pour atteindre cette taille critique (Hôpital de La Grafenbourg, CH d'Altkirch, Hôpital d'Erstein, hôpital de Munster). Les capacités du centre hospitalier de Thann ont pour leur part été renforcées dans le cadre d'un projet de création d'un SSR à orientation oncologique.

- En troisième lieu le renforcement de capacités de soins de suite à **proximité des principales agglomérations**, mouvement accentué la redistribution de ses activités opérées par l'Ugecam suite à la fermeture des trois établissements de l'Altenberg, de Salem et du Col du Hantz. Les lits correspondants ont été redéployés sur l'ensemble de la région pour renforcer notamment les capacités de prise en charge en nutrition et neurologie.

- Enfin, l'augmentation de la part **des capacités en hospitalisation de jour : + 22,03 % entre 2012 et 2014, soit 471 places à fin 2014 en Alsace.**

Source des données : ARS Alsace DES : chiffres tirés du document d'évaluation rédigé par les établissements en mars 2014 en vue du renouvellement de leurs autorisations – traitement des données : OADS ; mise à jour septembre 2014

La recomposition de l'offre sanitaire : regroupements et coopérations

L'évolution de l'organisation des établissements de santé dans le secteur MCO met en évidence d'une part une **concentration** des établissements, dans le cadre de **fusions ou de regroupements**, d'autre part le renforcement de **coopérations** à l'échelle des territoires de santé.

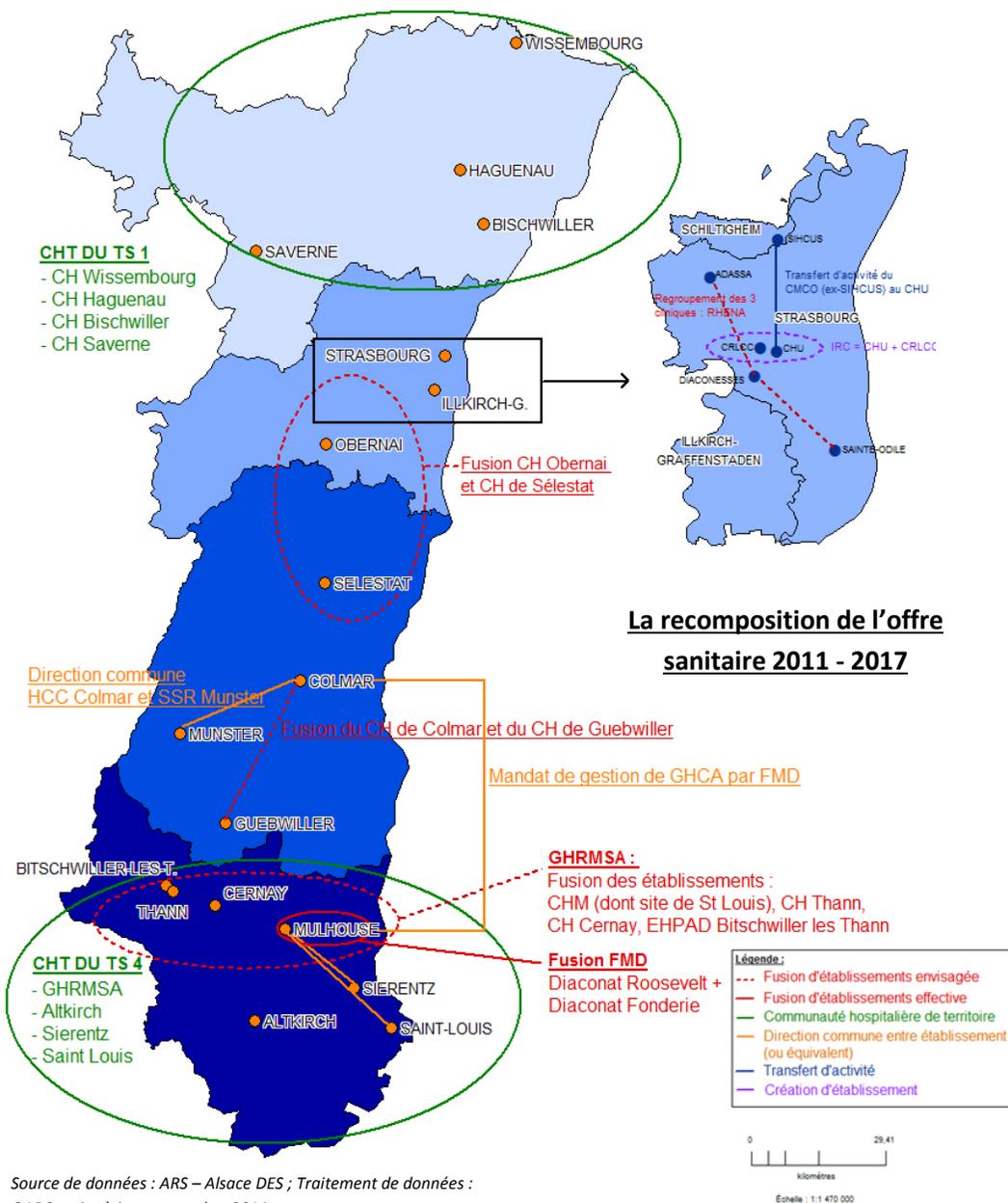
S'agissant des **établissements publics de santé**, l'évolution la plus significative concerne la fusion programmée au 1^{er} janvier 2015 des centres hospitaliers de Mulhouse, Thann, Cernay et de l'Ephad de Bitschwiller les Thann, formant un groupe hospitalier présent sur l'ensemble du territoire. Depuis le 1^{er} janvier 2014 par ailleurs, le centre hospitalier de Mulhouse est le partenaire principal du GCS exploitant la clinique des 3 frontières. Une direction commune est également mise en place avec l'hôpital de Sierentz.

Sur le territoire de Strasbourg, l'activité du SICHUS a été reprise par les HUS le 1^{er} janvier 2011, parachevant le désengagement stratégique de l'Ugecam et des structures associées du champ MCO ; en sens inverse, l'activité de rééducation des HUS a été transférée à l'Ugecam pour former l'Institut universitaire de réadaptation Clemenceau.

L'offre privée s'est pour sa part fortement concentrée : à Strasbourg, autour du regroupement de trois cliniques dans le projet Rhéna de construction d'un nouvel établissement ; à Mulhouse par le rachat début 2011 de la clinique Saint Sauveur par la clinique du Diaconat, regroupement prolongé à l'échelle du département par le mandat de gestion confié à la Fondation du Diaconat pour la gestion du GHCA.

Les **coopérations hospitalières** se sont organisées dans le cadre de **communautés hospitalières de territoire** : la première, dans le T4, est désormais modifiée dans son équilibre par la fusion de 4 de ses membres. La seconde, approuvée le 11 août 2014, regroupe les principaux établissements du T1. Une CHT est envisagée autour des principaux établissements du T3. Dans les territoires 1 et 3, la coopération porte également sur des projets de mutualisation des plateaux de biologie.

Dans le domaine plus spécifique de la prise en charge du cancer, le regroupement du centre Paul Strauss et des capacités en cancérologie des HUS conduira à la création à l'**Institut régional du cancer**, et donne d'ores et déjà lieu à certaines mutualisations entre les deux établissements.



La loi HPST a introduit dans le SROS un **volet ambulatoire**, qui définit de façon opposable les *zones prioritaires* dans lesquelles les médecins s'installent ou déjà en exercice bénéficient d'avantages tarifaires et fiscaux.

Ces zones, correspondant à cinq cantons (La Petite Pierre, Saales, Saint-Amarin, Masevaux, Dannemarie), n'ont pas fait l'objet de modifications depuis la publication du SROS. Des *zones fragiles*, dont l'évolution de la démographie médicale est à surveiller, ont également été définies en complément ; l'évolution du périmètre de ces zones fait actuellement l'objet d'un travail qui devrait aboutir à en actualiser les contours, pour tenir compte des évolutions démographiques observées et d'une meilleure connaissance de la situation de terrain.

Enfin, il convient de signaler que les parties aux conventions nationales (CNAMTS et syndicats représentatifs) ont défini pour certaines professions (infirmiers, dentistes, masseurs kinésithérapeutes, sage femmes) des zones déficitaires ou, au contraire, en excès, en y accrochant des mécanismes d'aide ou d'interdiction d'installation. Ces zonages, sur des fondements principalement statistiques, ont fait l'objet de critiques récurrentes de la CRSA d'Alsace ; ils devraient être revus dans le cadre du futur projet de loi de santé.

Cartographie des zones
prioritaires et fragiles

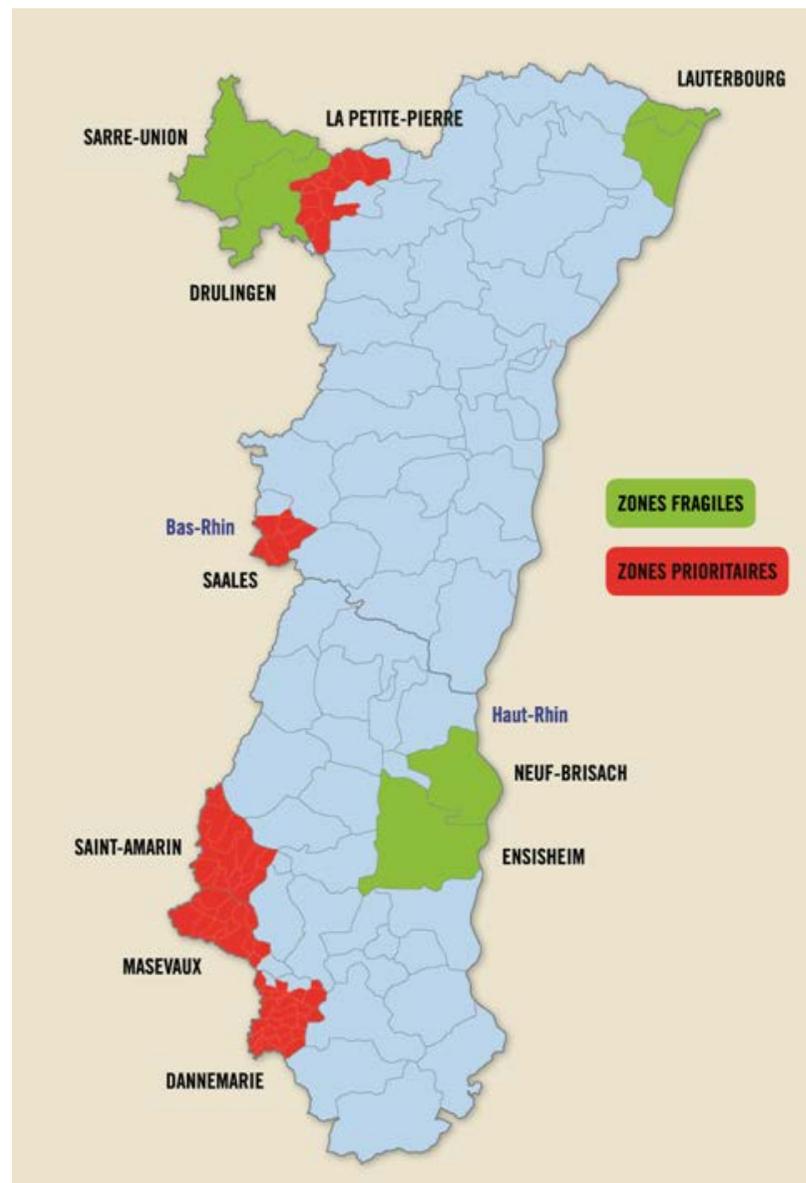


Schéma régional d'organisation médico-sociale

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), premier en date puisque seuls les conseils généraux disposaient de schémas de planification dans ce secteur, prévoit l'évolution des modalités d'accompagnement des personnes les plus fragiles (du fait de l'âge, d'un handicap, d'une addiction ou de la précarité) avec pour objectif permanent la **priorité au droit commun et au maintien ordinaire de vie**. Il associe les professionnels et représentants des résidents, ainsi que les conseils généraux, à l'élaboration et au suivi régulier d'une stratégie régionale dans ce secteur.

La mise en œuvre du SROMS est au cœur de l'action quotidienne de régulation de l'agence auprès des établissements et services médico-sociaux. L'objectif de maintien à domicile ou dans le milieu ordinaire de vie trouve une traduction dans la priorité donnée au financement de services, même si l'effet des programmations antérieures se poursuit compte tenu du délai de création de places d'hébergement en EHPAD par exemple. Il est cependant déjà possible de mesurer une augmentation de la part des services dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées dépendantes de 14,5% en 2010 à 16,7% en 2013.

Par ailleurs, l'agence veille à une répartition équitable de l'offre sur l'ensemble du territoire régional, ce qui a conduit à faire des choix de rééquilibrage de l'offre au profit du département ou des zones moins bien dotés. A titre d'exemple, les créations de places d'ESAT ou de MAS se sont concentrées dans le Bas-Rhin pour ce motif. L'écart du taux d'équipement en places pour personnes handicapées est passé de 13,2% en 2010 à 8,6% en 2013.

PRIAC et procédures d'AAP

Les deux premiers volets du SROMS (qui concernent, la prise en charge des personnes âgées et celle des personnes handicapées) font l'objet d'une traduction en programme d'action via le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie : le PRIAC. Ce dernier est le levier de planification financière et opérationnelle actionné par l'agence dans le cadre des **priorités 6 et 7** du PSRS.

Le PRIAC 2012-2016 a été mis en œuvre dans le cadre du changement de la réglementation des autorisations et la mise en place de la procédure d'appels à projets (AAP). Désormais, l'agence régionale de santé ne lance d'appel à la création de places ou de services dans le secteur médico-social qu'à la condition d'avoir la garantie de leur financement. Cette procédure conduit à élaborer des cahiers des charges prescripteurs de l'offre nouvelle souhaitée et permet aux promoteurs de présenter leur projet dans le cadre d'une commission de sélection ouverte à des représentants d'usagers, de gestionnaires et à des experts. Depuis 2012, 8 AAP ont été finalisés.

Le PRIAC a été réactualisé courant juin 2014 pour intégrer les nouveaux crédits du plan autisme et réaffecter le solde des crédits non consommés. 10 appels à projet devraient être lancés dans ce cadre dans les 18 mois à venir (2 dans le secteur PA pour créer 100 places de SSIAD, 24 places d'accueil de jour et 8 dans le secteur PH pour mettre en œuvre les préconisations du plan régional autisme).

A mi-parcours du PRS (juin 2014), on comptabilise plus de 850 places créées pour la filière PA, plus de 140 pour la filière PH enfants et plus de 200 pour la filière PH adultes. Cf. détail ci-contre.

En termes financiers, les crédits affectés sont en hausse dans les deux secteurs. Pour le secteur des personnes handicapées, le montant de l'enveloppe (dotation régionale limitative) pour 2014 est de 247,9 M€, en évolution de 3 % par rapport à 2013. Les crédits affectés au financement des services et établissements pour personnes âgées sont passés de 227,7 M€ en 2011 à 251,4 M€ en 2014, soit une progression de 10,4 % sur cette période.

A noter que le PRIAC est actualisé annuellement, ce qui peut permettre d'intégrer de nouvelles orientations et des moyens complémentaires. Ainsi le PRIAC 2014-2018 met-il en œuvre le plan autisme et prévoit-il des moyens supplémentaires, soit plus de 800 000 euros de crédits prévus pour les CAMSP, plus de 3 millions pour les ESMS enfants et 2 millions pour les ESMS adultes.

Type	ouvertes depuis 2012	restant à ouvrir	AAP finalisé	Création de places	
PA	HP	588	312	1 SSIAD	56
	HT	38	35	2 SESSAD	26
	AJ	67	24	3 MAS	31
	SSIAD	56		4 AJ (avec CG 68)	12
	ESA	110		5 HT	infructueux
				6 FAM (avec CG 68)	60
Total PA	859	371			
PH Enfants	SESSAP	86		7 FAM (avec CG 67)	23
	CAMPS	30		8 SAMSAH	20
	SSIAD	3			
	IME	19			
	IMP	6			
Total PH enfants	144				
PH Adultes	SESSAD		40		
	CAMSP	15			
	SSIAD	3			
	IME	13			
	SAMSAH				
	FAM	20			
Total PH adultes	207	40			
Total	1210	411			

Source :
Bilan PRIAC 2012-2016 à juin 2014

Schéma régional de prévention

Le **schéma régional de prévention (SRP)** planifie les orientations de la politique de prévention et de promotion de la santé. Inspiré de l'ancien plan régional de santé public (PRSP), il en prolonge la dimension transversale et partenariale axée sur la promotion de la santé et donne une part importante à la qualité et l'évaluation des actions de préventions. Le SRP contient deux volets, l'un dédié à la prévention, promotion de la santé et santé environnementale et l'autre à la veille, alerte, gestion des urgences sanitaires.

Le volet prévention, promotion de la santé et santé environnementale du schéma vise à :

- mieux territorialiser les actions dans une logique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- professionnaliser les actions de prévention, avec le concours de l'IREPS et de la plate-forme ressources en prévention et promotion de la santé ;
- décliner les 15 priorités d'actions du projet régional de santé.

Le volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN), poursuit quant à lui, deux grandes finalités :

- des objectifs organisationnels et identification des risques. (cohérence régionale des procédures et des actions menées : consolidation des procédures internes, renforcement des réseaux partenaires pour les signalements) ;
- préparation et gestion de crise.

Pour continuer à mieux structurer les actions de prévention, à les faire gagner en efficacité, à diffuser les actions probantes et à généraliser la logique de promotion et éducation pour la santé, l'enjeu principal de la mise en œuvre du **SRP est d'être prescriptif de l'organisation de l'offre de prévention et de prise en charge dans les priorités de santé de la région**. Un travail de consolidation du système d'information géographique partagé (OSCARS), de renforcement de la culture d'évaluation et de la démarche qualité (IREPS- ORSAL), et de développement des articulations avec le plan régional santé environnement est souhaité. L'ARS a fait de la poursuite de l'organisation de l'offre de prévention un de ces axes de progrès principal. Elle continuera ainsi à travailler lors des prochaines années sur la définition et la mise en place d'une offre de prévention par territoire.

FOCUS

Education thérapeutique du patient, entre prévention et soins

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est à la charnière entre la prévention et le soin. Il s'agit de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. L'agence autorise les programmes d'ETP qu'ils soient portés dans le secteur hospitalier ou en ambulatoire (109 programmes autorisés en août 2014).

La mise en place d'un comité de pilotage de l'ETP depuis 2012 a permis d'accompagner la structuration de cette offre en Alsace. Dans la filière de prise en charge des maladies métaboliques, les réseaux de santé, couvrant désormais tout le territoire tant pour les adultes que pour les enfants, ont vu leur rôle pivot en matière d'ETP affirmé. Une modélisation de financement à la file active de patients des programmes d'ETP mis en place en ambulatoire par des établissements de santé a également été définie en avril 2014. Ces réseaux couvrent aujourd'hui l'ensemble de la région. L'orientation retenue pour coordonner l'offre d'ETP est de s'appuyer sur ces réseaux de santé ce qui n'exclut pas le développement d'une offre par d'autres structures (MSP, médecins libéraux, établissements de santé...). Les maladies métaboliques, compte tenu des problématiques de santé régionales, sont au cœur de cette stratégie.

FOCUS

VAGUSAN : veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

La mise en œuvre du VAGUSAN a permis de consolider l'organisation régionale permettant à l'ARS d'assumer sa mission régaliennne de veille et de préparation de la réponse aux situations d'urgences sanitaires. A noter :

- la mise en place de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires en lien avec la cellule de l'InVS en région Lorraine Alsace et du point focal régional unique ;
- l'actualisation, sous le pilotage des préfets, des volets sanitaires des plans de secours mais aussi de la finalisation du plan blanc élargi, du schéma régional de vaccination exceptionnelle, et du plan régional de gestion des épidémies.

Perspectives

L'outil de planification doit s'adapter à l'évolution des attentes en termes de régulation de l'offre. La construction de *parcours de santé*, cherchant à remédier aux points de rupture possibles, implique de considérer la prise en charge de la personne dans sa totalité, impliquant potentiellement des phases de prévention, de prise en charge ambulatoire, hospitalière ou médico-sociale.

Une telle approche est particulièrement nécessaire pour les patients dont les parcours de soins sont les plus complexes, patients âgés, malades chroniques dont les cancers, personnes en situation de précarité, personnes en addiction, personnes souffrant de pathologie mentale ou handicapés psychiques. Il doit en résulter des initiatives complémentaires aux démarches de planification stricto sensu visant, dans les territoires et en relative proximité, à identifier les ressources disponibles pour construire des parcours de soins les plus satisfaisants et favoriser la plus grande autonomie de ces personnes. Cette évolution est au cœur des orientations de la stratégie nationale de santé.

La démarche de planification devra également prendre en compte la mise en place du *service territorial de santé au public* prévu par le projet de loi santé. Il vise à garantir en proximité, dans des territoires dont le périmètre devra être défini de façon concertée avant la fin de l'année 2014, une offre coordonnée portant en particulier sur les soins de proximité, la santé mentale, la prévention et l'accès aux soins de personnes handicapées.

La contractualisation, une démarche partenariale

L'agence fait de l'outil contractuel l'instrument premier de son action. Cette orientation correspond à la volonté de privilégier le plus souvent possible une démarche partenariale, qu'elle juge plus adaptée à la complexité des sujets de santé et plus efficace dans la mesure où elle permet de déterminer précisément les objectifs, d'en inscrire la réalisation et le financement dans le temps et de les évaluer. Cette démarche est également la seule envisageable dans des domaines d'action où l'agence soit ne dispose pas d'outil réglementaire, soit n'est pas le seul promoteur des actions et partage des compétences et des actions (prévention notamment, mais aussi secteur médico-social).

Contractualisation avec les opérateurs

Une nouvelle génération de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dont le contenu a été révisé dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), a été conçue pour assurer la traduction opérationnelle du PRS.

Les CPOM, qui couvrent un champ très large, ont été généralisés à l'ensemble des **établissements de santé** de la région (cf. encadré ci-contre).

La **contractualisation dans le secteur médico-social** reste quant à elle très inégalement développée. Si les **conventions tripartites CG/ARS/EHPAD** sont généralisées dans le champ des établissements et services pour personnes âgées, ce n'est pas le cas dans celui du handicap (5 CPOM en cours). Dans ce secteur, la signature des conventions reste à l'initiative des établissements. Il s'agit d'un outil intéressant en ce qu'il rénove le cadre du dialogue de gestion entre les tutelles et les opérateurs : il permet de définir les orientations souhaitées de restructuration ou d'évolution de l'offre de prise en charge et offre une souplesse de gestion aux établissements. En effet, les CPOM peuvent prévoir un passage en dotation globale, ce qui permet des pratiques de prise en charge des usagers beaucoup plus décloisonnées. L'autre apport des CPOM est une plus grande latitude dans l'affectation par l'opérateur de ses excédents et de ses déficits.

C'est un outil que l'agence souhaite développer, voire généraliser, pour la deuxième période du PRS.

FOCUS

CPOM établissements de santé - ARS

Les CPOM signés en 2012-2013 avec les établissements sanitaires en Alsace sont au nombre de 77.

2014 est la première année d'évaluation des CPOM. 26 des 50 annexes ont été évaluées, les autres le seront en 2015 et 2016, et la totalité à nouveau en 2017.

Le bilan de cette évaluation s'est achevé courant juin 2014. Tous les établissements ont été concernés par ce premier exercice d'évaluation.

Il est possible de tirer quelques enseignements, de méthode notamment. Le bilan a en effet mis en évidence **la lourdeur de ce processus qui devra être simplifié entre 2014 et 2016**. En effet, les CPOM sont conçus pour couvrir l'ensemble des volets et comportent de fait plusieurs objectifs par annexe et indicateurs par objectif. Le nombre d'objectifs et d'indicateurs devra être limité.

Concernant l'avancée de la mise en œuvre du SROS, les CPOM sont identifiés comme un levier d'actions de l'agence, un support aux échanges entre les établissements et les correspondants des établissements ou/et thématiques. Mais en l'état, le bilan des CPOM, outil de mise en œuvre du PRS, ne permet pas de donner une image fiable de l'avancée de la mise en œuvre opérationnelle du SROS dans les établissements.

Contractualisation avec les partenaires financeurs

La mobilisation d'un nouvel outil contractuel prévu par la loi HPST, le contrat local de santé, permet une adaptation de la mise en œuvre des orientations du PRS aux atouts et faiblesses des territoires. Le contrat local de santé est ainsi un nouvel outil de déploiement de la politique de santé à l'échelle d'un territoire et de mobilisation des compétences des collectivités locales au service de la santé.

L'agence a fait le choix de cet outil avec les collectivités locales volontaires dans les territoires qui avaient été identifiés dans l'état des lieux du PRS comme cumulant des indicateurs sanitaires et sociaux particulièrement défavorables. Le CLS permet ainsi sur ces territoires ciblés d'intensifier l'action de l'agence, et de la compléter par la mobilisation des compétences des collectivités locales et des partenaires, de manière à faire plus dans les territoires qui le nécessitent. Les CLS sont donc l'un des outils principaux de la réduction des inégalités territoriales de santé.

Cinq contrats ont été signés avec les deux villes principales (Strasbourg, élargie à la CUS, et Mulhouse) et deux vallées rurales (la vallée de la Bruche et le Val d'Argent).

La négociation d'un contrat passe systématiquement par une phase de diagnostic partagé permettant d'identifier les difficultés les plus importantes mais aussi les atouts des territoires concernés ; chaque contrat local est donc spécifique. Les actions déployées ont porté par exemple sur la conduite d'actions de prévention, l'organisation des soins de proximité, l'offre de santé à destination des jeunes, etc. (cf. encadré ci-contre).

Le montant financier global mobilisé sur 2012-2014 par l'ensemble des financeurs sur les cinq CLS est 4,2 M€ dont 1,7 M€ financés par l'agence, en complément des interventions financières de droit commun.

Les contrats négociés avec Strasbourg et Mulhouse, parvenus à échéance, seront prolongés et renégociés d'ici mars 2015 en prenant en compte les nouvelles orientations de la politique de la ville et la négociation par ces communes d'un contrat de ville, dont le CLS alimente le volet santé. L'objectif pour cette deuxième génération de contrats est d'approfondir les convergences stratégiques mises en évidence dans le cadre des premiers CLS et d'améliorer la structuration des parcours de santé des citoyens sur ces territoires, notamment des plus précaires.

La stratégie de négociation pour les prochaines années s'inscrira également dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du déploiement du service territorial de santé au public. Le contenu de ce service doit faire l'objet de la négociation d'un contrat territorial de santé ; les contrats locaux de santé négociés avec des collectivités locales devront tenir compte de ce cadre nouveau, qu'ils pourront également contribuer à nourrir.

FOCUS

Exemples d'actions mises en place dans le cadre des CLS

Le projet PRECCOSS « Prise En Charge Coordonnée des Enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg ». Ce dispositif expérimental a été mis en place par l'ARS et la ville de Strasbourg, dans trois quartiers de la ville pour lutter contre le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents. Composé d'une infirmière référente chargée de faire le lien avec l'ensemble des acteurs, ce dispositif gratuit prend en charge et oriente les enfants diagnostiqués en surpoids ou obèses pour une durée de trois ans.

L'équipe mobile d'intervention en milieu festif à Mulhouse.

Le projet inscrit dans le CLS de la ville et le volet « addictions » du SROMS porte sur la création d'une équipe mobile pluridisciplinaire. L'enjeu est de favoriser la réduction des risques en donnant l'accès à une information objective aux jeunes au cœur même des manifestations.

L'habitat indigne dans le Val d'Argent. Le diagnostic local de santé a mis en évidence, sur ce territoire, la problématique de la qualité du logement, notamment du parc locatif privé. Différentes actions, dans les communes jugées prioritaires, ont été proposées pour traiter les situations repérées par un travail conjoint des maires, de l'ARS et de la direction départementale des territoires, et lutter contre les « marchands de sommeil ».

Le dispositif médecin correspondant du SAMU (MCS). Ce dispositif intervient en amont du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), sur demande de la régulation médicale. Il demande un travail partenarial de grande qualité pour que, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à 30 minutes, l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Il est un des outils proposés par le CLS de la Vallée de la Bruche.

Le financement : une évolution différenciée selon les secteurs

Le dépenses publiques de santé s'élèvent à 5,555 Md€ en 2013. De cet ensemble, l'ARS assure le contrôle (par l'approbation des états d'équilibre prévisionnel des recettes et des dépenses –EPRD- ou des budgets) ou l'affectation directe par attribution de crédits, de 2,85 Md€ (dépenses hors soins de ville). Les montants directement délégués par l'agence aux établissements, hors donc financement à l'activité, s'élèvent à 1,4 Md€.

Les taux d'évolution constatés entre 2011 et 2013, qui résultent des dispositions votées chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, sont significativement différents en fonction des secteurs¹.

Pour faire face aux enjeux du vieillissement de la population, la priorité a ainsi continué à être donnée au **secteur médico-social** (536 M€) dont le montant des dépenses en région a augmenté de +6% (+30,5 M€) entre 2011 et 2013 (respectivement +6,9% pour les établissements et services pour personnes âgées et 5,1% pour les établissements et services pour personnes handicapées).

Le **secteur sanitaire**² (2,294 M€) connaît une progression moitié moindre (+3%, +67 M€), essentiellement portée par celle des recettes liées à l'activité (+4,2%). Les dotations annuelles (MIGAC, DAF, USLD et FIR) font apparaître une quasi stagnation avec une croissance 2011/2013 de +0.5% (+3,5 M€) malgré l'augmentation de +1,1% de la DAF et des crédits alloués à la prévention et au secteur médico-social dans le cadre du FIR (cf. encadré ci-contre). Cette évolution atone s'explique par les mécanismes de régulation de l'ONDAM qui font peser sur ces enveloppes les dépassements de l'objectif national ODMCO lié à l'activité (gel d'enveloppes, débasage...).

Les **dépenses de prévention** relèvent de financeurs nombreux (ARS, services de l'Etat, assurance maladie et organismes de sécurité sociale, collectivités locales...) et sont difficiles à chiffrer précisément. Leur montant est estimé en 2013 à 26 M€ en région Alsace. Entre 2011 et 2013, le montant des dépenses de la campagne budgétaire prévention (CPOM avec des promoteurs de santé, CLS, appel à projet annuel) a été maintenu conformément aux engagements de l'agence (3 126 837€ en 2013, hors contribution du Régime local).

¹ Source : état financier AM

² Pour traduire les évolutions régionales entre 2011 et 2013, la comparaison des dotations doit tenir compte de la création du FIR en 2012 et des transferts de crédits de la dotation MIGAC en 2012 et 2013 vers cette nouvelle enveloppe. Afin d'avoir des périmètres comparables, le FIR est intégré dans le périmètre sanitaire (MIGAC, DAF, USLD, FIR) par opposition au périmètre médico-social (PA, PH, ESAT, PDS). Ce choix méthodologique est motivé par les trop nombreux retraitements que nécessiterait une réaffectation des crédits.

Le Fonds d'intervention régional (FIR)

La mise en œuvre du PRS a coïncidé avec la création d'un nouvel outil, le **fonds d'intervention régional**, qui a vocation à réunir l'ensemble des crédits finançant des actions ou des missions dont l'organisation est décidée par l'échelon régional et qui ne répondent pas à un modèle de tarification uniforme au plan national.

Le fonds ouvre la possibilité de fongibilité de ses crédits, sous réserve qu'elle ne conduise pas à réduire la part affectée à la prévention ou au secteur médico-social. Ce nouvel outil **accroît donc les capacités d'arbitrage dans l'affectation des priorités** en région et adapte les conditions de financement aux enjeux de décloisonnement de la politique de santé.

En 2013, le périmètre du fonds a été sensiblement élargi, son montant passant pour la région (en année pleine) de 45 M€ en 2012 à 99,6 M€ en 2013.

Les crédits alloués ont été ainsi répartis par grandes missions :

- Permanence des soins (30,8 K€) ;
- Amélioration de la qualité et de la coordination des soins et les contrats associés (55,9 M€) ;
- Modernisation et adaptation de l'offre de soins (3,6 M€) ;
- Amélioration des conditions de travail (0,6 M€) ;
- Prévention (7 M€) ;
- Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées (1,2 M€).

En 2014, le montant inscrit au budget initial s'élève à 101,8 M€.

Par la diversité des actions qu'il soutient, le FIR est un vecteur de diffusion des bonnes pratiques d'organisation et une réponse plus adaptée aux besoins. Afin d'assurer la gestion du FIR dans les meilleures conditions, une organisation structurée a été mise en place au sein de l'agence afin de prendre en compte la dimension transversale du fonds, de faciliter les arbitrages et de permettre la transmission fluide et sécurisée des informations et documents tant entre les acteurs internes qu'entre les acteurs externes notamment les CPAM.

Les établissements de santé publics et participant au service public

La région Alsace compte 45 établissements anciennement sous dotation globale, publics et privés, qui représentent un budget total de plus de 2,8 Md€ en 2013.

Dans ce total, les 19 établissements ayant une autorisation MCO comptent pour plus de 83,4% (2,129 Md€), les 3 centres hospitaliers spécialisés (EPSAN, Erstein, Rouffach) représentent 7,7% (198 M€) et les autres établissements 8,9% (226 M€).

Les quatre centres hospitaliers de référence représentent à eux seuls près de 62% de l'ensemble et les hôpitaux universitaires de Strasbourg 34%.

6 établissements ont des budgets qui dépassent les 100 M€ : le CHU, les 3 autres centres hospitaliers (CH) de référence (Haguenau, Colmar et Mulhouse), le GHSV et l'UGECAM.

Compte tenu de la forte concentration de l'offre hospitalière, le poids des grands établissements hospitaliers dont les HUS pèse fortement sur les équilibres financiers régionaux.

Une évolution défavorable de la santé financière des établissements

La santé financière des établissements alsaciens anciennement sous dotation globale tend à se dégrader. **Le résultat net 2013 des établissements de santé alsaciens (budget H) s'est ainsi établi à -5,3 M€ (soit 0,21 % des produits) contre -4 M€ en 2011.** Le montant cumulé des résultats déficitaires est passé pour sa part de -12 M€ en 2011 à -17 M€ en 2013 et un résultat positif de 1,65 M€ en 2012 et les déficits concernent 15 établissements sur 43 contre 17 en 2011.

9 établissements MCO concentrent la quasi-totalité des déficits (98%). Les situations les plus dégradées (identifiées par le poids du déficit par rapport au CA) concernent **les établissements de petite taille** (moins de 50 M€ de budget) et le caractère récurrent des déficits de certains établissements MCO hypothèque la poursuite de leur activité à périmètre constant. L'évolution de la situation des HUS (-13 M€ en 2013 contre -3,85 en 2011 et un résultat positif de 1.65 M€ en 2012) est toutefois la cause première de la dégradation de la situation régionale. Pour les établissements SSR et psychiatrie, à de rares exceptions près, les équilibres sont préservés et il n'existe pas d'établissements en déficit récurrent.

La marge brute régionale MCO, marqueur de la capacité des établissements à financer l'investissement dans des conditions soutenables, était en 2013 à 90 M€, en recul par rapport à 2011 (105 M€). Le poids de la marge brute par rapport aux produits d'exploitation recule également : le taux de marge brute s'est établi à 4,6% en 2013 contre 5,6% en 2011, alors même que le niveau des aides exceptionnelles à l'investissement et à l'exploitation de l'agence a augmenté (14,6 M€ en 2011 et 18,4 M€ en 2013). Pour mémoire, le taux cible pour assurer un financement satisfaisant de l'investissement est estimé à 6%. En 2013, en neutralisant les aides exceptionnelles à l'investissement et à l'exploitation, 22 établissements sur 43 ont un taux de marge brute supérieur à ce taux cible, 10 établissements ont un taux inférieur à 3%, le CH de Thann étant le seul à avoir un taux négatif.

La dégradation de la marge brute s'explique par l'évolution plus importante des charges (+4,8%) que des produits (+3,7%). En considérant les principaux postes de charges et de produits, les charges de personnels (1,3 M€) augmentent de +4,3% alors que l'activité hospitalière n'augmente que de +3,1%, dont seulement +2% pour la seule tarification des séjours. A noter les fortes progressions des produits de molécules onéreuses et DMI (+8%) ainsi que des produits facturées aux patients et mutuelles (+8,6%), qui pèsent de façon importante sur l'évolution des dépenses et influent significativement sur le respect des objectifs d'évolution fixés par le Parlement.

Pour financer les projets d'investissement, les établissements ont augmenté le recours à l'emprunt. Ainsi, **l'encours de la dette, de 945 M€ en 2013, a progressé de 145 M€ par rapport à 2011 (+17%),** sans pour autant dégrader le niveau d'indépendance financière qui passe de 41,1% à 41,6%.

Les taux prévisionnels d'évolution de l'ONDAM sont fixés à 2,1% en 2015, 2% en 2016 et 1,9% en 2017, contre 2,4% en 2014. Dans ce contexte d'évolution plus faible des ressources, la maîtrise des charges des établissements de santé est indispensable pour préserver les capacités à investir des établissements. Elle s'appuie sur l'amélioration de la performance d'organisation et de production des soins (adéquation de la DMS...), la rationalisation et parfois la mise en commun des fonctions support, et la recherche de gains dans les achats hospitaliers.

L'accompagnement à la performance

La **performance d'un système de santé** se mesure, selon l'OMS, à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, à répondre aux attentes des usagers du système et à assurer un financement équitable.

Dans un secteur qui se fixe pour impératif le maintien de l'accès de tous les citoyens à une prise en charge et à des soins de qualité qui est soumis par ailleurs à une contrainte forte sur ses ressources, **l'ensemble des acteurs du champ de la santé est amené à développer une culture de la performance.**

Contribuer à rendre les structures qui composent l'offre de soins plus performantes, c'est porter ses efforts sur trois dimensions complémentaires : l'optimisation des organisations (cf. **priorité 10**), la qualité et la sécurité de la prise en charge (cf. **priorité 12**), et l'efficacité économique (cf. **priorité 13**), afin de répondre à **un objectif majeur : l'amélioration continue du système de santé au bénéfice du citoyen.**

De **nombreuses actions ont été entreprises** en ce sens au cours de trois dernières années. Les focus ci-contre et ci-dessous en donnent l'illustration dans trois domaines : la gestion du risque, les achats, l'organisation de la biologie. Peuvent être cités également une **collaboration renforcée avec l'ANAP** sur de nombreux projets (négociation de deux contrats de performance avec les deux établissements les plus importants de la région, participation à l'expérimentation de mise en place, en voie de généralisation, de tableaux de bord pour les établissements médico-sociaux ; actions portant sur la gestion des lits) ou la mise en place de **l'observatoire régional des finances**, instance d'examen des projets relevant de la sphère budgétaire ou financière.

Si la plupart des projets sont lancés, les délais de déploiement et d'appropriation peuvent être relativement longs et les impacts sur les usages retardés en raison de la complexité des opérations à conduire. Par ailleurs, démarche d'accompagnement de la performance ne peut se concrétiser qu'à travers **la mobilisation des professionnels du terrain, dont l'engagement constitue un déterminant, à la fois du bon déroulement du processus et de l'exploitation des résultats.**

La contrainte renforcée sur le financement du système de soins fait naturellement de la recherche de la performance une priorité des trois prochaines années pour l'agence et les opérateurs du système de santé.

FOCUS

Organisation de la biologie

Dans le cadre de la réforme de la biologie organisée par l'ordonnance du 10 janvier 2010, le SROS s'est fixé trois orientations :

Premièrement, **assurer une organisation efficiente des plateaux de biologie en préservant l'accès aux soins.** A mi-parcours, le nombre des entités juridiques exploitant des laboratoires a effectivement diminué de 50%, passant de 65 en juillet 2011 à 32 en septembre 2014, résultat du rapprochement des laboratoires favorisant les synergies. Pour autant, l'offre en matière de sites s'est maintenue et même renforcée, passant de 141 sites en juillet 2011 à 148 sites en septembre 2014. Le nombre de laboratoires et de plateaux est conforme aux règles prudentielles prévues par la loi.

S'agissant plus spécifiquement de la **biologie hospitalière**, l'organisation préconisée par territoire de santé est en cours de déploiement. Un premier groupement de coopération sanitaire de moyens (GCS) a été autorisé par le directeur général de l'agence le 6 novembre 2012. Il s'agit du **GCS « Biologie publique Alsace Nord BioPAN »** qui regroupe les centres hospitaliers de Haguenau, Saverne et Wissembourg (auxquels s'est adjoint le centre hospitalier de Sarrebourg). La démarche de constitution d'un second GCS dans le territoire de santé n°3 est largement engagée. Dans les deux cas, l'intégration la plus poussée doit être recherchée.

Deuxième orientation, **garantir la qualité et la sécurité** : l'ordonnance du 10 janvier 2010 lie l'autorisation de fonctionnement de tout laboratoire de biologie médicale à son accréditation. Elle a instauré par ailleurs un contrôle de la qualité des résultats des examens de biologie. L'agence assume, en lien avec l'organisme national en charge de l'accréditation et l'Afssaps, le suivi de ces procédures. Le bilan à mi-parcours est satisfaisant. Tous les laboratoires ont été qualifiés pour entrer dans la démarche d'accréditation, qu'ils pourront ainsi poursuivre dans les délais impartis ; toutes les demandes d'autorisations ont donné lieu à des décisions notifiées.

Dernière orientation, **garantir l'accès de tous à la biologie de recours** : il s'agit de faciliter l'accès à la biologie de recours en incitant à la mise en œuvre des coopérations qui s'imposent, notamment entre laboratoires publics hospitaliers, en vue de la réalisation d'examens de biologie spécifiques ou hautement qualifiés. Un projet piloté par le GCS e-santé vise à faciliter la transmission des résultats des examens entre laboratoires de façon à faciliter les coopérations.

Programme PHARE

Porté par la Direction générale des soins (DGOS), le programme performance hospitalière pour des achats responsables (Phare) est une initiative visant à accroître la performance des achats hospitaliers par la recherche de gains en continu. En région, Phare est déployé par l'**observatoire régional des achats (ORA)**, piloté par l'agence qui coordonne les travaux régionaux menés en collaboration étroite avec plus de 100 établissements inscrits dans cette démarche, de statut sanitaire ou médico-social. Les principaux leviers utilisés sont l'organisation d'un réseau de professionnels favorisant le **partage d'expertises**, la **mutualisation** des achats et des compétences, et la consolidation du professionnalisme existant par le **déploiement de méthodes et d'outils adaptés**.

Grâce à cette coopération forte et structurée, débutée dès avant le programme PHARE et renforcée dans ce cadre, **les établissements alsaciens sont particulièrement avancés dans la mutualisation et la massification de leurs achats**. A ce jour **13 groupements de commandes** existent, couvrant 25% des dépenses de la région, et de nouveaux marchés mutualisés sont en cours d'élaboration. Dès 2012, un **plan de formation pluriannuel** a été financé permettant d'accompagner près de 200 acteurs dans la consolidation de leur expertise et l'élaboration, puis la conduite de leur plan d'actions achat annuel. **Une boîte à outils** a été construite, en collaboration avec les établissements, déployée régionalement et enrichie régulièrement, en fonction des besoins identifiés. Elle contient notamment le manuel de l'acheteur et une plateforme d'échanges numériques.

L'objectif fixé dans le cadre du programme Phare est un gain de 29 M€ (soit 5% du montant des achats hospitaliers en 2010) sur la période 2012-2014. **A fin 2013, 19,5 M€ de gains ont été réalisés, soit 1 M€ de plus que prévu et permettent d'envisager l'atteinte de la cible fin 2014**. Dans le cadre du plan national d'économies, de nouveaux objectifs de gains sont fixés à la région pour la période 2015-2017(plan Phare II), à hauteur de 45 M€. Les axes de progrès en région ont été identifiés pour atteindre ce nouvel objectif.

Depuis quelques mois, l'ORA travaille à l'impulsion d'une dynamique de performance achat destinée au **secteur médico-social**. Sur la base d'un état des lieux factuel de la fonction achat dans ces structures et avec la participation d'un échantillon représentatif d'établissements, la démarche d'appui à la performance des achats est construite autour de deux leviers : l'accès facilité à des groupements de commandes régionaux performants et la mise à disposition d'outils pratiques permettant d'améliorer la performance de la fonction achat.



Programme régional de gestion du risque (PRGDR)

Elaboré en partenariat avec les organismes d'assurance maladie, le programme pluriannuel régional de gestion du risque organise les actions devant contribuer à améliorer l'efficacité du système de santé. Le **PRGDR 2011-2015**, actualisé chaque année par avenant, s'articule autour de priorités nationales déclinées en région, complétées par des actions portant sur des priorités régionales. En écho aux priorités du PRS, les **priorités propres à la région, qui donnent lieu à des actions communes ou complémentaires de l'ARS et de l'assurance maladie**, portent sur la sensibilisation du personnel soignant des EHPAD à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire, la meilleure connaissance des dépassements d'honoraires médicaux, l'augmentation du taux d'adhésion au dépistage du cancer colorectal, la promotion de la vaccination (depuis 2014), le développement du dépistage du diabète de type 2 (depuis 2014) et l'objectivation de la plus-value médico-économique des réseaux.

Les **dépenses de transports et de médicaments prescrits par les établissements** connaissent depuis plusieurs années de fortes évolutions. Des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) encadrant les taux d'évolution de ces dépenses ont été signés avec les établissements dont le taux d'évolution de ces prescriptions augmentait plus rapidement que la cible nationale et en fait avec pratiquement tous les établissements. La démarche, en étroite collaboration avec l'assurance maladie, a conduit à mettre en place un accompagnement à l'analyse (partage des données de la CNAMTS) et aux actions (financement d'audits...) ainsi qu'un mécanisme d'intéressement et de pénalité. Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville ont progressé de 19,1% en 3 ans, pour une cible de 16,9%. Pour les transports, l'évolution en 3 ans est de +13,4%, pour une cible de 11,9%. Les objectifs ne sont donc pas atteints sur la période. Il apparaît à l'agence que les outils de connaissance fine à la fois des prescriptions et des prescripteurs sont encore insuffisants et ne permettent pas une action de conviction efficace pour faire évoluer les pratiques.

Le **développement de la chirurgie ambulatoire** figure également au nombre des objectifs du PRGDR. Pour stimuler dans un premier temps l'accroissement du recours à la chirurgie ambulatoire, la mise sous accord préalable s'est révélée efficace. Ce dispositif impose aux chirurgiens de l'établissement, pour les gestes marqueurs relevant de la chirurgie ambulatoire pour lesquels l'établissement est ciblé, de demander, en cas de souhait d'hospitalisation complète du patient, l'autorisation préalable au service médical de l'assurance maladie. Effectif dans la région depuis 2008, il a été reconduit en 2011 auprès de 8 établissements, en 2012 sur 11 établissements et en 2013 sur 3 établissements. Initialement prévue sur 17 gestes marqueurs, la liste des gestes qui peuvent faire l'objet d'une MSAP est passée de 17 à 38. En 2013, le taux de chirurgie ambulatoire sur les 38 gestes marqueurs atteignait 74,6% contre 69,1% en 2010.

Au titre de **l'amélioration de l'efficacité de la prescription**, autre objectif, l'ARS organise chaque année des réunions d'information avec les EHPAD sur des thèmes de gestion du risque afin de promouvoir des bonnes pratiques d'organisation, de soins et de prescription. En 2011, ces réunions portaient sur le dépistage de la dénutrition et la prescription de benzodiazépines chez la personne âgée. En 2012, les réunions organisées en partenariat avec l'équipe Mobiquil traitaient de la prescription des neuroleptiques avec un focus sur la prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer. En 2013, le thème principal portait sur la prévention des chutes. Le taux de participation augmente chaque année : 81% des EHPAD de la région ont participé aux réunions en 2013, contre 75% en 2012 et 48% en 2011.

La mission de gestion du risque, traditionnellement confiée à l'assureur (assurance maladie), est une **mission nouvelle pour l'Etat** et les ARS. Son **contenu est composite** et à mi-parcours, son **bilan en termes d'efficacité est contrasté**. Au regard des enjeux liés au plan d'économie que devra engager l'assurance maladie dans les prochaines années, la poursuite de la montée en compétence et en outillage dans ce domaine est un enjeu essentiel, comme l'est l'intégration d'objectifs de gestion du risque dans l'ensemble des politiques conduites par l'agence.

Etat d'avancement des 15 priorités d'actions en santé

La réalisation du bilan à mi-parcours du PRS a pour objectif de mesurer le chemin parcouru, d'identifier les actions qui ont été efficaces et les écueils et difficultés qui ont pu être rencontrés de manière à tracer clairement la feuille de route et le reste à faire sur la seconde période du PRS. Il ne s'agit pas de redéfinir des orientations stratégiques en accomplissant à nouveau la planification du PRS mais de s'assurer de la trajectoire et de réorienter si nécessaire le plan d'actions. L'avancement de la mise en œuvre du PRS est suivi régulièrement au sein de l'agence conformément à la gouvernance interne (cf. supra). L'objet du présent bilan est de présenter la synthèse de ces enseignements pour les 15 priorités d'actions régionales.

En termes de démarche, pour chacune des priorités, il s'est agi d'abord de mesurer l'évolution de la tendance par rapport aux objectifs fixés quand les indicateurs de suivi ont pu être remplis, de faire ensuite le point sur les actions mises en œuvre. A partir de ces constats, la réflexion s'est enrichie d'une prise de recul sur les méthodes d'intervention : quelles sont les bonnes pratiques mises en œuvre, quelles difficultés ont pu être rencontrées... Enfin, le reste à faire sur la période à venir a été identifié de manière à programmer au mieux le travail de mise en œuvre en fonction des ressources et des moyens à mobiliser sur les deux années et demie à venir. Ont pu à cette occasion être identifiées des actions à annuler ou reporter, qui ne pourront pas être mises en œuvre sur la durée du PRS ou qui ne paraissent plus pertinentes au regard des évolutions constatées.

15 PRIORITES D' ACTIONS

AXE 1 : DIMINUER LA PREVALENCE ET L'INCIDENCE DES PATHOLOGIES QUI ONT L'IMPACT LE PLUS FORT SUR LA MORTALITE EVITABLE EN ALSACE ET REDUIRE LES COMPORTEMENTS A RISQUE

- Priorité 1 : Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents
- Priorité 2 : Prévenir et limiter les complications du diabète et de l'hypertension artérielle
- Priorité 3 : Améliorer la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires
- Priorité 4 : Mieux dépister et traiter les cancers
- Priorité 5 : Prévenir les conduites à risque chez les jeunes

AXE 2 : ORGANISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE POUR FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES EN SITUATION PARTICULIERE DE FRAGILITE

- Priorité 6 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile
- Priorité 7 : Faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de PEC adaptées
- Priorité 8 : Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique
- Priorité 9 : Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins

AXE 3 : FAVORISER LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE AUTOUR DU PATIENT

- Priorité 10 : Développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins
- Priorité 11 : Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé

AXE 4 : VISER L'EXCELLENCE DU SYSTEME DE SANTE EN ALSACE

- Priorité 12 : Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
- Priorité 13 : Promouvoir un recours efficient aux soins
- Priorité 14 : Anticiper dans l'organisation des soins les évolutions de la démographie et des modes d'exercice des professionnels de santé
- Priorité 15 : Développer le positionnement d'excellence de la région en matière d'activités de recours, de recherche et d'innovation

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 1 DU PSRS

↓ **Surpoids et obésité**

Enfants et adolescents

Référent thématique : Dr Patrice Ferré

Priorité 1 :
↓ surpoids et obésité - *enfants et adolescents*

 **ACTIVITÉ PHYSIQUE**
enfants et adolescents

Un environnement adapté propice à l'exercice physique

Parents, enfants et adolescents informés et éduqués aux bienfaits de l'activité physique

 **DE NOUVEAUX COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES**
enfants et adolescents

Des *professionnels* concernés formés à l'alimentation des enfants et des adolescents

Une offre alimentaire adaptée aux recommandations nutritionnelles

De nouveaux comportements *des parents, des enfants et des adolescents*
(focus: familles défavorisées)

Des produits de meilleure qualité nutritionnelle issus de la filière agro-alimentaire

 **ALLAITEMENT MATERNEL**

Des *femmes* et leur entourage mieux informés

Des actions de soutien développées

Un environnement favorable

 **DÉPISTAGE PRÉCOCE**
 **PRISE EN CHARGE COORDONNÉE**
enfants et adolescents en surpoids ou obèses

Un dépistage développé et renforcé en milieu scolaire
Un continuum effectif entre le dépistage et la PEC médecine ville

MÉDECINE DE VILLE
Des PS Formés au dépistage, au suivi et à l'orientation

Pour chaque territoire de santé une PEC **PLURIDISCIPLINAIRE AMBULATOIRE** DANS UN RÉSEAU DE PEC STRUCTURÉ au plus près des enfants et des adolescents dépistés

Pour chaque territoire de santé une OFFRE ETP pour *les enfants et adolescents obèses*

 = développer/favoriser/renforcer

BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Chez les jeunes enfants alsaciens, la situation reste préoccupante, malgré l'amélioration observée au cours des 15 dernières années.

Face à la complexité du phénomène, une approche globale, large et interdisciplinaire a été privilégiée, ainsi qu'une réponse coordonnée et graduée sur les différents territoires. Elle prend en compte les différents déterminants de santé (comportements, environnement organisationnel, physique et social...).

Pour atteindre ses objectifs, l'agence, en tant que référent stratégique, **mobilise** l'ensemble des acteurs (Education nationale, DRJSCS, DRAAF, Régime local d'assurance maladie, les collectivités locales...) et les **accompagne** dans le choix et la mise en œuvre de leur stratégie.

L'agence **impulse une communication institutionnelle** en matière de nutrition de l'enfant à l'échelle régionale. La nutrition et la lutte contre l'obésité sont un enjeu majeur de santé dans la région.

Par ailleurs, l'agence participe avec la DRJSCS au **développement de la promotion de l'activité physique et sportive** (notamment en milieu scolaire, périscolaire et extrascolaire) et de l'activité physique adaptée, en particulier en direction des associations sportives.

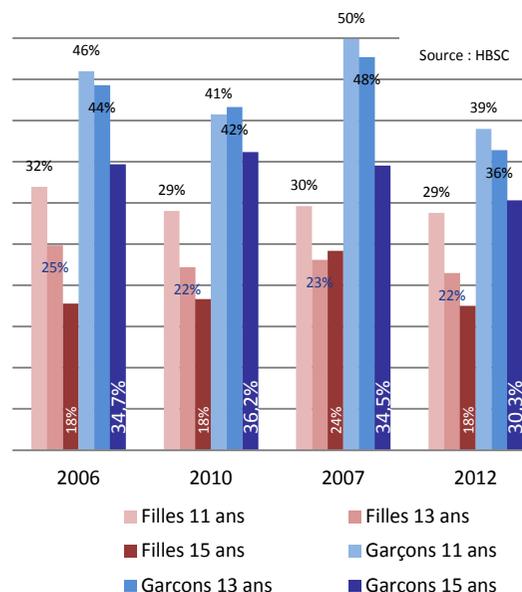
L'agence **impulse le déploiement des réseaux pédiatriques** de prise en charge coordonnée des enfants en surpoids ou obèses sur l'ensemble de la région.

L'agence construit également des actions au bénéfice des populations prioritaires, en plus des financements apportés par le biais d'appel à projet des contrats pluriannuels.

A mi-parcours, force est de constater que cette stratégie alliant l'ensemble des partenaires afin d'agir sur le plus grand nombre de déterminants est lente et complexe à mettre en œuvre. Mais ce modèle s'avère pertinent pour la mobilisation des acteurs, avec un impact plus profond et certainement plus pérenne, selon l'avis même des partenaires.

EN CHIFFRES

Part des adolescents déclarant réaliser 60 mn d'activité physique par jour



Conclusions de l'étude de la DREES (7 mai 2014) relative à l'évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans de 2000 à 2013 à partir des enquêtes nationales de santé scolaire :

- Sur l'ensemble du territoire français, la proportion d'enfants en surcharge pondérale a baissé de 2,5 points depuis 2000, pour s'établir à 11,9% en 2013, selon les premiers résultats de l'enquête réalisée au cours de l'année scolaire 2012-2013 en classe de grande section de maternelle.

- **En Alsace, le pourcentage d'enfants en surcharge pondérale reste élevé (14,1%), mais a baissé de 3,5 points depuis 2000.** Le pourcentage d'enfants obèses a baissé de 5,3% à 3,4 % : il est désormais au niveau de la moyenne nationale.

	Surcharge pondérale						Obésité					
	Précision			Evolution			Précision			Evolution		
	2012	borne <à 90%	borne >à 90%	1999-2000	2005-2006	2012-2013	2012	borne <à 90%	borne >à 90%	1999-2000	2005-2006	2012-2013
Alsace	14,1%	11,5%	16,8%	17,6%	15,4%	14,1%	3,4%	2,3%	4,5%	5,3%	4,7%	3,4%
France	11,9%	11,5%	12,4%	14,4%	12,4%	11,9%	3,5%	3,3%	3,8%	3,9%	3,2%	3,5%

Lecture : en 2012, le taux d'enfants scolarisés en classe de grande section maternelle en surcharge pondérale est estimé à 14,1% en Alsace.

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

Actions transversales nutrition / activité physique

- **Négociation relative à la stratégie régionale** avec l'ensemble des partenaires concernés (EN, DRJSCS, DRAAF, Régime local d'assurance maladie...), et avec les villes de Strasbourg et Mulhouse, dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) signés avec l'ARS. Elle favorise un consensus régional sur un modèle d'interventions complet permettant d'agir simultanément localement sur plusieurs déterminants des comportements alimentaires des enfants et sur leur pratique d'activité physique. Concrètement, l'agence participe à la coordination du projet nutrition/activité physique dans le cadre du CLS Mulhouse, et, dans le cadre du CLS de Strasbourg, aux actions « sport santé sur ordonnance » et « je me bouge dans mon quartier ».

- **Soutien et accompagnement de l'équipe technique du rectorat** dans la réorientation du projet CAAPS vers un public cible plus jeune : les élèves du premier degré (école primaire). Il vise notamment, avec le soutien de l'éducation nationale, à promouvoir les initiatives pédagogiques des enseignants et/ou des directeurs d'école relatives à l'alimentation et l'activité physique dans les activités scolaires.

- De manière à obtenir des informations régulières sur la situation nutritionnelle des enfants en Alsace, et à disposer de données infrarégionales, l'ARS **pilote la mise en place d'un système informatisé de recueil des données** de santé scolaire hébergé à l'éducation nationale.

Développer l'activité physique

- Elaboration avec la DRJSCS en 2013 du plan régional "activité physique santé bien-être" et suivi de sa mise en œuvre. Il s'agit de développer l'activité physique de loisir, en club, et dans son environnement ordinaire notamment dans les quartiers prioritaires (*prévention primaire*). Pour les enfants en surpoids et obèses, le plan prévoit le développement d'une offre d'activité physique adaptée (*préventions secondaire et tertiaire*).

Faire évoluer de nouveaux comportements alimentaires

- Impulsion d'une réflexion partagée avec les différents partenaires sur les effets délétères de la **collation matinale** à l'école et élaboration d'un plan d'action visant à terme sa suppression.

- L'ARS participe aux financements d'actions d'information des parents, d'éducation des enfants, d'offre d'activité physique et de formation des enseignants et des professionnels de la restauration collective, dans les quartiers prioritaires dans le cadre des CLS.

Renforcer le dépistage précoce et développer la prise en charge coordonnée

- Mise en place d'un dispositif expérimental d'optimisation du dépistage et de prise en charge coordonnée des enfants en surpoids ou obèses (**PRECCOSS**) dans trois quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg.

- Organisation de la couverture de l'ensemble du territoire régional par des réseaux pédiatriques et mise en place, suite à un appel à candidature, d'un nouveau réseau pédiatrique sur le territoire nord de l'Alsace jusque là non couvert.

Focus

Déclinaison de cette priorité au bénéfice des enfants handicapés

- L'agence a défini les modalités de l'intégration d'une activité physique et sportive adaptée (**APSA**) d'au moins 3 heures hebdomadaires dans les établissements médico-sociaux accueillant des enfants handicapés, dans le cadre de l'élaboration en cours de la **convention tripartite type EN-ARS-EMS**.

- L'agence travaille avec la DJRSCS, dans le cadre du projet **PAIP'S**, à réaliser un état des lieux des initiatives sportives qui fonctionnent déjà en EMS-enfants et des APSA assurées par les enseignants ou le personnel des EMS et à évaluer les ressources internes en éducateurs sportifs.

- L'agence est en cours d'organisation, via les réseaux des maladies métaboliques, de l'accompagnement des professionnels identifiés par les ESMS comme **référénts-nutrition** au titre de la prise en charge et de la prévention.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

☀ Allaitement maternel

Le rôle protecteur de l'allaitement maternel vis-à-vis du développement du surpoids et de l'obésité chez l'enfant a été souligné par plusieurs études.

Toutefois, il a été décidé de mettre en œuvre cet objectif dans un second temps, dans l'attente de la restructuration du réseau régional « Naître en Alsace » plus spécifiquement chargé de cette question. Il s'agira d'améliorer l'information auprès des femmes et de leur entourage et de développer des actions de soutien à l'allaitement.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Les CLS demeurent un vecteur privilégié d'action

Le CLS de Mulhouse est exemplaire à cet égard. L'ARS et **la ville agissent sur tous les déterminants** : l'environnement institutionnel et organisationnel, le support social et les compétences individuelles. Plusieurs services de la ville travaillent conjointement au projet nutrition du CLS. Le **service santé de la ville** coordonne localement la mise en œuvre du projet.

A titre d'exemple, **l'action globale expérimentale « les colles du poids »** sur le quartier Haut-Poirier mise en œuvre par REPPPOP est à citer. **Elle concerne 3 écoles, 2 structures périscolaires, soient 460 enfants concernés.** Au programme, une demi-journée d'information des acteurs proposée ; l'évaluation initiale des connaissances, des comportements et mesures d'IMC réalisées ; la mise en place d'ateliers (cirque, multisports, « cuisine du monde »...) adaptés en fonction de l'âge et de séances de sensibilisation des parents. Le premier bilan est positif et une dynamique locale pertinente. Le comité de pilotage du 10 mars 2014 a rassemblé 15 structures locales impliquées.

Le montant total des financements octroyés par l'agence pour les actions déployées dans le cadre de cette priorité dans les zones couvertes par un CLS s'élève à 465 K€, dont 84 K€ (18%) pour la prévention et 381 K€ (82%) pour la prise en charge des enfants.

PRECCOSS : une prise en charge coordonnée de proximité

Ce **dispositif expérimental d'optimisation du dépistage et de prise en charge coordonnée de proximité**, des enfants âgés de 3 à 12 ans, dans 3 quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg, **répond à une importante attente des familles et des professionnels.** Il repose sur un partenariat qui permet **l'intervention précoce dans les quartiers de l'équipe pluridisciplinaire du réseau pédiatrique** du territoire (REDOM Jeune) et **d'une infirmière, intégrée au service de santé de la ville, qui assure la coordination** entre les intervenants (PMI, santé scolaire, médecins libéraux, équipe pluridisciplinaire, acteurs de prévention).

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

- Finaliser et mettre en œuvre avec les partenaires le plan d'action et de conviction visant à terme la disparition de la collation matinale à l'école.
- Accompagner le déploiement et la montée en charge des réseaux de prise en charge des enfants en surpoids ou obèses et du dispositif expérimental PRECCOSS à Strasbourg, après évaluation.
- Structurer avec la DRJSCS le réseau des professionnels de l'activité physique adaptée, dans le cadre de la mise en œuvre du plan régional activité physique santé bien-être, par le recensement des formations et des compétences existantes, et par la formation des éducateurs sportifs des clubs en lien avec les réseaux de santé.
- Améliorer la connaissance par le recueil des données des bilans de santé des élèves (6^{ème} et CE2).

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

De nombreux leviers permettant d'agir sur les environnements favorables à l'adoption d'habitudes de vie saines sont à la main de partenaires institutionnels. Pour mettre en œuvre les orientations régionales, l'ARS dispose surtout de leviers financiers et contractuels qui concernent les promoteurs de projets de santé publique.

Il s'avère **plus difficile, chronophage et incertain de s'engager au niveau opérationnel, avec les partenaires institutionnels, dans la co-construction et la mise en œuvre d'actions sur des structures ou publics dont elles ont la charge.** En amont des actions, la recherche **d'engagements fermes et précis sur les procédures, ressources, moyens et calendriers est importante pour la réalisation des projets communs.**

RESSOURCES A MOBILISER

Les **évaluations d'impact sur la santé (EIS)** préconisées par l'OMS pour agir sur les déterminants de la santé sont un bon moyen d'impliquer et d'intégrer en transversal dans d'autres politiques publiques la dimension santé et l'action sur des environnements afin qu'ils soient cohérents avec les recommandations nutritionnelles.

Les conditions de réalisation de telles études doivent toutefois être plus précisément étudiées.

LEXIQUE

AAP : appel à projet

APSA : activité physique et sportive adaptée

CAAPS : comportement alimentaire des adolescents – Le Pari Santé

CLS : contrat local de santé

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DRAAF : direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRJSCS : direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale

EMS : établissement médico-social

EN : éducation nationale

FIR : fonds d'intervention régional

IMC : indice de masse corporelle

ITSS : inégalités territoriales et sociales de santé

PAIP'S : parcours d'accompagnement individualisé vers les pratiques sportives

PEC : prise en charge

PMI : protection maternelle et infantile

PRECCOSS : prise en charge coordonnée des enfants obèses ou en surpoids à Strasbourg

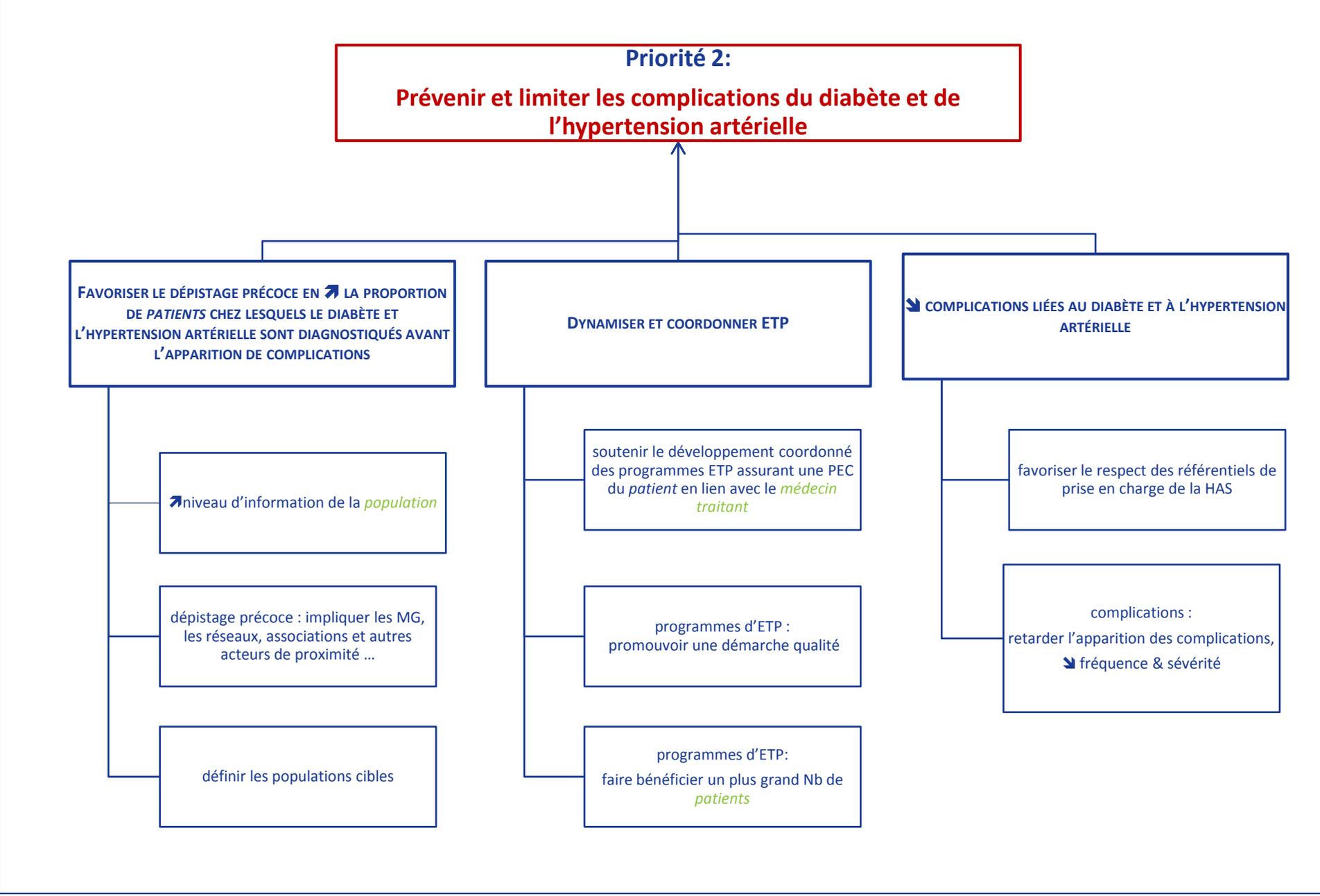
REPPPOP : réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 2 DU PSRS

Diabète et hypertension artérielle

Référent thématique : Dr Jean-François Sagez



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

L'Alsace présente une prévalence du diabète supérieure à la moyenne nationale. L'agence s'est fixée pour objectif de **favoriser le dépistage précoce de la maladie et de diminuer les complications qui sont multiples, sévères et invalidantes.** Pour limiter les complications, elle travaille à **dynamiser et coordonner l'ETP**, afin que le malade devienne acteur de son traitement, tout en favorisant le respect des recommandations de prise en charge.

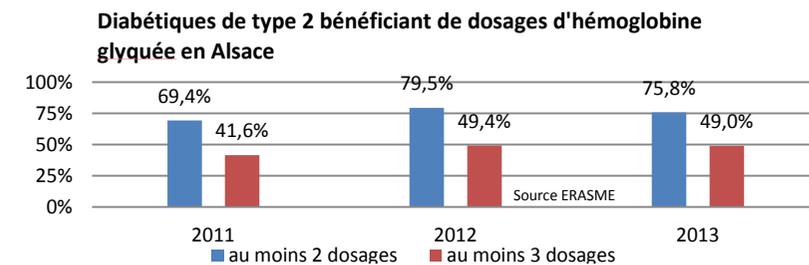
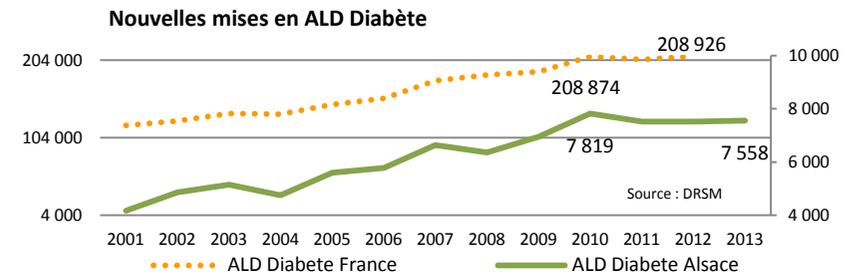
Pour atteindre ces objectifs l'agence a choisi en premier lieu d'**impulser et coordonner un plan de communication** régional dans la prolongation du débat de la CRSA de novembre 2013.

L'agence a défini une nouvelle stratégie des **réseaux des maladies métaboliques** avec comme principales missions de garantir une couverture homogène de l'ensemble de la région, d'assurer une prise en charge multithématique (diabète, maladies cardiovasculaires, obésité), d'harmoniser les pratiques, de coordonner les réseaux et d'assurer une mission d'appui aux médecins généralistes, en particulier dans la prise en charge des cas complexes. L'agence renforce financièrement cette filière dans le cadre de ces missions nouvelles (financement 2013 des réseaux : 2,6 millions d'euros). L'agence **a mis en place et pilote le bureau régional des réseaux des maladies métaboliques (B2R2M).**

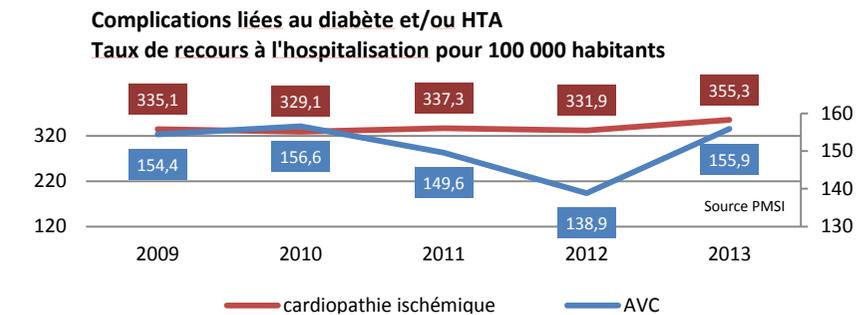
A mi-parcours, les acteurs experts en matière de diabète sont mobilisés pour compléter l'action des réseaux. Il reste toutefois à arrêter et mettre en œuvre un plan d'actions global, qui sera finalisé pour novembre 2014 avec comme principaux axes d'intervention :

- renforcer l'information et l'éducation en santé pour prévenir la survenue d'un diabète,
- organiser le repérage et le dépistage en particulier auprès des populations à risque,
- renforcer la prévention des complications par les professionnels de 1^{er} recours, disposer d'une offre hospitalière adaptée,
- optimiser la prise en charge du diabète gestationnel,
- améliorer la prise en charge des personnes âgées.

EN CHIFFRES



Indicateur Diabétiques de type 2 bénéficiant de dosages d'hémoglobine glyquée en Alsace = Nombre d'actes « 1577 = dosage hbA1C » (portés au remboursement) par diabétiques Type 2 ayant eu 1, 2, 3 et plus de 3 dosages hbA1C dans l'année divisé par le nombre total de diabétiques type 2 en Alsace.



Constat de la stabilité du taux de recours pour la cardiopathie ischémique alors que le décrochage du taux de recours AVC en 2012 ne se confirme pas en 2013. On mesure une moyenne annuelle de 2000 hospitalisations de patients diabétiques (type II) pour AVC et 570 pour AIT.

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE

Favoriser le dépistage précoce

- Afin de répondre aux enjeux d'information de la population sur la prévention, le dépistage précoce, les bonnes pratiques de prise en charge, un **débat public** a été organisé le 14 novembre 2013 au PMC de Strasbourg. Ce débat était précédé d'un dépistage gratuit par le réseau REDOM. Les objectifs principaux étaient d'expliquer ce qu'est le diabète, faire prendre conscience de son ampleur régionale, présenter les facteurs de risques, inciter au dépistage et montrer que l'on peut bien vivre avec le diabète et éviter les complications.

- Un débat public similaire, porté par la conférence de territoire 3, sera organisé à Colmar le 14 novembre 2014.

- Dans le cadre du contrat local de santé (CLS) de Mulhouse, la ville de Mulhouse a organisé la quinzaine du diabète.

- Il reste à définir une stratégie régionale de dépistage des populations à risque, notamment les plus précaires.

Dynamiser et coordonner l'ETP

- Les réseaux des maladies métaboliques ont été déployés sur l'ensemble du territoire régional et sont devenus pluridisciplinaires : diabète, obésité et maladies cardiovasculaires. Les moyens ont été accrus en conséquence (+15 %). Le nombre de patients inclus dans la file active a progressé : + 4,6 % pour les adultes, + 62 % pour les enfants entre 2012 et 2013. Les réseaux se sont vus confier une mission d'organisation de l'ETP sur le territoire, de mobilisation des ressources locales (associations sportives notamment) de promoteur de l'ETP et de réalisation d'ETP.

- En Alsace, le financement de l'ETP via le FIR est alloué soit aux réseaux de santé qui sont chargés de coordonner l'offre sur les territoires de santé, soit aux structures hospitalières, pour celle réalisée en ambulatoire.

En 2013, l'ARS Alsace a consacré 3,5 M€ pour mettre en œuvre les actions relatives à l'éducation thérapeutique : 2,6 M€ au bénéfice des réseaux de santé en appui à la prise en charge des maladies chroniques, et 0,9 M€ consacrés aux programmes d'éducation thérapeutique en établissements de santé dont les modalités de financement ont été mises à plat.

- Afin de conforter l'organisation et la promotion de l'ETP en établissement, la décision a été prise de créer deux UTEP (unité transversale d'éducation du patient), une aux HUS, l'autre aux HC de Colmar.

- L'agence finance le projet **ASALÉE** qui est un protocole de coopération entre professionnels de santé pour le dépistage et le suivi de pathologies chroniques permettant, à des infirmières de réaliser des activités de suivi, de repérage ainsi que des consultations individuelles d'éducation thérapeutique. Le début d'application est prévu en 2014 dans la région.

- La **plateforme ETP**, dispositif de soutien méthodologique des acteurs intervenant sur les maladies chroniques, financée par l'agence, a développé une offre de formation riche (Diplôme universitaire, master).

Diminuer les complications liées au diabète

- Ce volet n'a pas donné lieu pour l'heure à des réalisations opérationnelles.

- L'agence mène une réflexion sur **l'articulation entre les projets de l'agence et le dispositif SOPHIA** (soutien d'un infirmier-conseiller en santé par téléphone) de l'assurance maladie.

- En Alsace, 50% des **IRC** terminales sont dues au diabète et à l'HTA. Afin d'optimiser le suivi des patients insuffisants rénaux, un **protocole de coopération interprofessionnelle** pour leur prise en charge, au stade intermédiaire entre le dépistage de la maladie et la mise en traitement de suppléance, est en cours d'élaboration.

FOCUS

Réseaux de santé

Il existe aujourd'hui en Alsace quatre réseaux pour les adultes et 3 réseaux pédiatriques qui couvrent désormais l'ensemble du territoire. Un nouveau réseau a été créé sur le TS4 par fusion des réseaux ASPREMA et RSHA. REDOM Jeunes, compétent sur le TS1 et une partie du TS2, a débuté son activité en mars 2014.

Dépistage

Exemple d'action de dépistage : RCPO a répondu à un AAP sur le dépistage et mis en œuvre dans le cadre de l'action « cœur et santé », 16 ateliers « conseil et dépistage ». Au global, **507 personnes ont bénéficié d'un test de dépistage en 2013 grâce à cette action.**

B2R2M

Pour porter sa nouvelle stratégie des réseaux, l'agence a mis en place en 2013 le bureau régional des réseaux de santé des maladies métaboliques (B2R2M). Lieu d'échange et de réflexion, il pilote et coordonne les réseaux de santé sur ces thématiques. Il se réunit mensuellement.

Les programmes d'ETP relatifs au diabète

Depuis 2010, 29 programmes d'ETP sur les 96 autorisés concernent le diabète. La file active des patients diabétiques représente 43 % de l'ensemble des patients participants à des programmes ETP.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

Hypertendus non diabétiques

La prévention de l'hypertension artérielle est incluse dans une approche globale des pathologies cardiovasculaires. Elle ne fait pas l'objet d'une politique spécifique.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Préparation du Débat de la CRSA en mode projet

Le débat public du 14 novembre 2013 a été préparé en « **mode projet** ». Les objectifs ont été précisés en amont, la démarche identifiée, et les livrables clés planifiés. Le chef de projet avait pour principales missions de délimiter le périmètre du projet et le fil conducteur, de choisir les intervenants, de préparer leur intervention et de promouvoir le débat. Au final, plus de **250 participants** ont été mobilisés sur la totalité de la durée du débat. 90 personnes ont participé au dépistage, 3 glycémies anormales ont été détectées. Les questions du public étaient nombreuses ainsi que les retombées médiatiques. **93% des présents ont trouvé le contenu du débat bon ou très bon.**

Fort de cette expérience, le chef de projet a décidé de renouveler l'expérience et d'utiliser cette méthode, plus spécifiquement la « **méthode du cadre logique** », pour animer des groupes de travail élargis. Cette méthode permet une mise à plat de l'ensemble de la problématique et identifie la globalité des causes élémentaires déterminantes pour proposer une stratégie globale et cohérente.

De manière générale, le chef de projet fait appel aux compétences expertes en interne et en externe qui lui permettent de mener à bien son projet.

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Groupe de travail diabète

- Définir un plan d'action relatif au dépistage précoce et l'accès aux soins et des préconisations d'action pour limiter la survenue de complications liées au diabète.

Coordination

- Articuler les démarches régionales avec l'Assurance Maladie (SOPHIA), évaluer le processus ASALÉE.

Communication

- Répliquer à Colmar le 14 novembre 2014 le débat public intervenu à Strasbourg.
- Déployer en 2015 une campagne de communication en soutien du plan d'action relatif au dépistage et à la prévention des complications liées au diabète.

Réseaux des maladies métaboliques

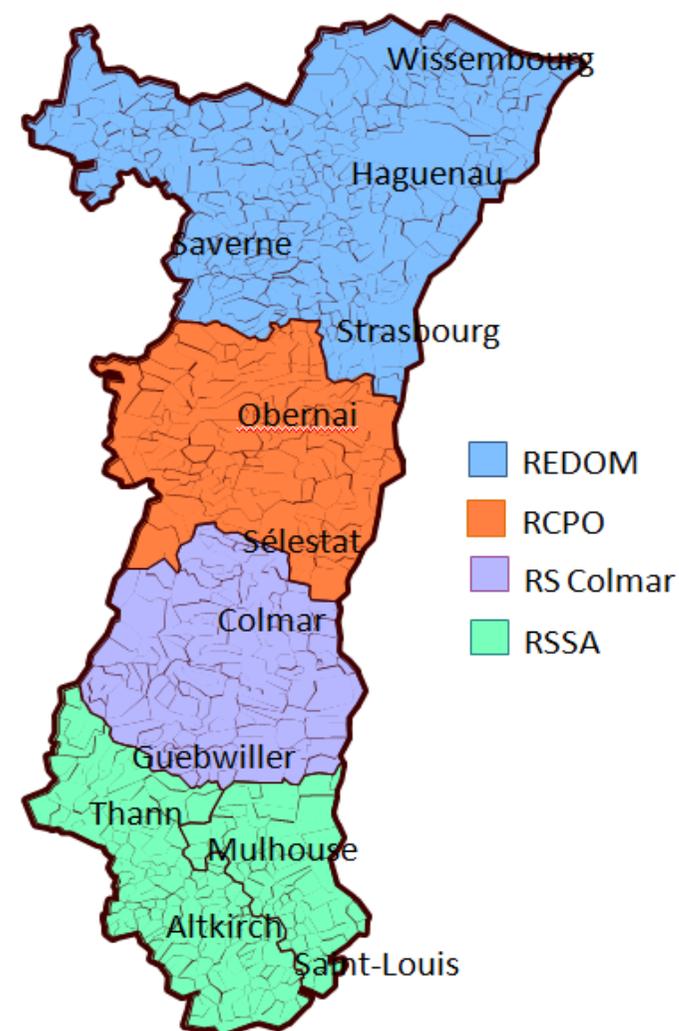
- Déployer de façon effective les réseaux sur l'ensemble du territoire.
- Faire monter en charge les réseaux dans leur fonction d'organisation du parcours de soins.
- Veiller à la pleine implication des médecins généralistes.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- L'efficacité de l'action passe par une démarche de conviction et d'accompagnement des médecins généralistes, en première ligne dans le suivi et la prévention de ces maladies.
- L'action de l'agence doit être coordonnée avec celle des partenaires, notamment l'assurance maladie (ROSP, Sophia).

LEXIQUE

- AAP** : appel à projet
- ALD** : affection de longue durée
- AM** : assurance maladie
- AVC** : accident vasculaire cérébral
- B2R2M** : bureau régional des réseaux de santé des maladies métaboliques
- CLS** : contrat local de santé
- CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRSA** : conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- DPC** : développement professionnel continu des professionnels de santé
- DRSM** : direction régionale du service médical
- ETP** : éducation thérapeutique du patient
- FIR** : fonds d'intervention régional
- FMC** : formation médicale continue
- HTA** : hypertension artérielle
- HUS** : hôpitaux universitaires de Strasbourg
- IRC** : insuffisance rénale chronique
- MG** : médecine générale / médecin généraliste
- OGDPC** : organisme de gestion du DPC
- PMSI** : programme de médicalisation des systèmes d'information
- PNNS** : programme national nutrition santé
- RCPO** : réseau cardio-prévention Obernai Sélestat
- REDOM** : réseau diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires
- ROSP** : rémunération sur objectifs de santé publique
- RS Colmar** : réseau de santé Colmar
- RSSA** : réseau de santé sud Alsace
- SRP** : schéma régional de prévention
- TS** : territoire de santé
- UTEP** : unité transversale d'éducation du patient



Cartographie des réseaux de santé en Alsace

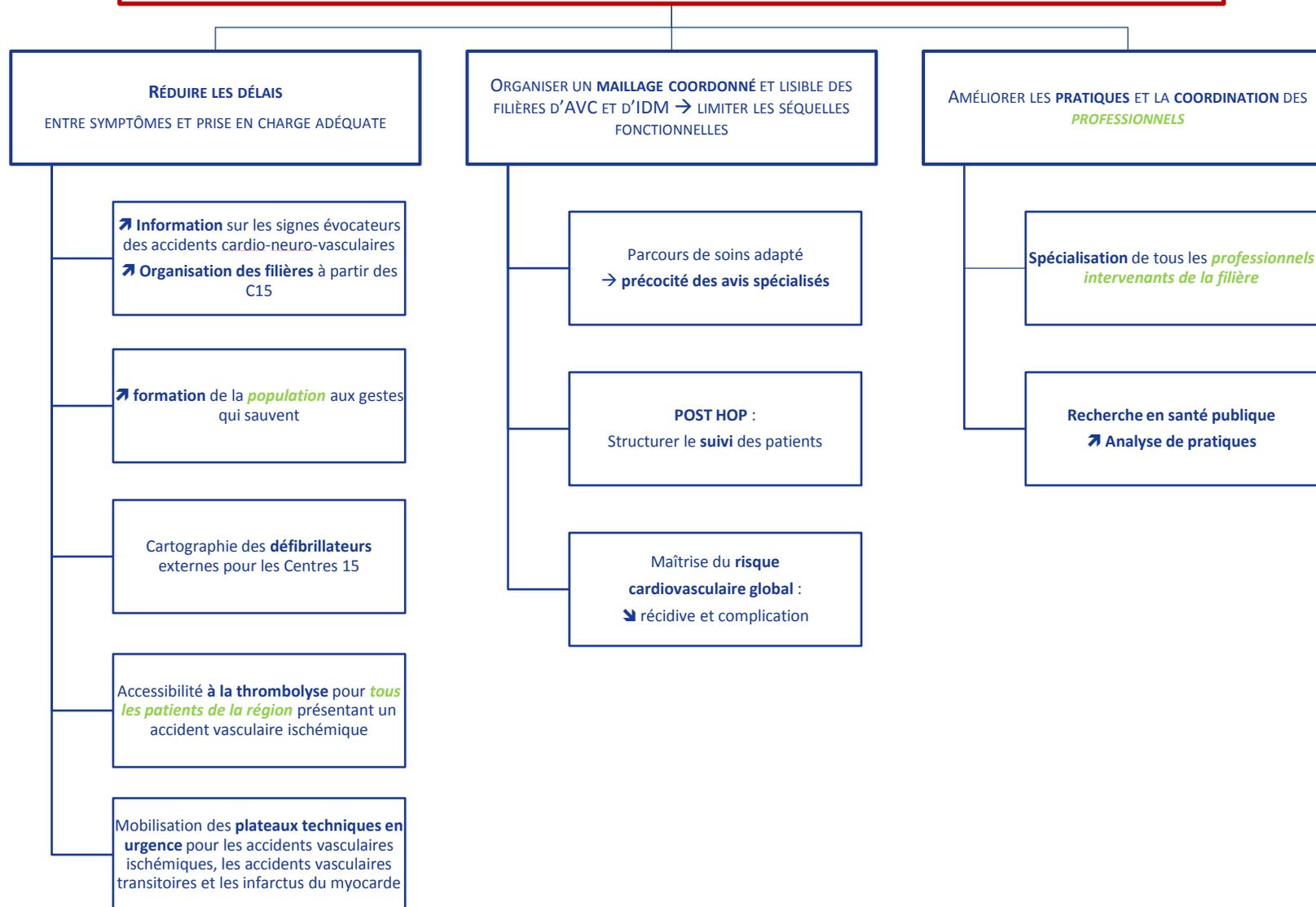
REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 3 DU PSRS

Améliorer la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires

Référent thématique : Dr Michel Aptel

Priorité 3 :
Améliorer la prise en charge des accidents cardioneurovasculaires



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Cette priorité d'action porte à la fois sur les accidents cardio-vasculaires et vasculaires cérébraux (AVC). Sur 2012-2014, **l'agence a concentré son action sur les AVC**, l'organisation de la prise en charge des accidents cardio-vasculaires étant stabilisée de longue date. L'objectif essentiel qu'elle s'est fixé est l'amélioration des délais d'intervention pré-hospitaliers comme hospitaliers.

Un premier axe d'action a concerné **l'information de la population sur les signes d'AVC et la conduite à tenir en cas de survenue d'un accident** (appel du centre 15). Les débats publics organisés fin 2012 et fin 2013 ont permis une appropriation collective de ces enjeux de santé. L'agence a déployé en relais, en 2012 et 2013, une campagne de sensibilisation des publics et professionnels de santé. Ces messages seront répétés et évalués sur la seconde partie du PRS.

Le deuxième axe d'intervention a concerné **l'organisation de la chaîne de la prise en charge**. Certains indicateurs témoignent de progrès dans la prise en charge, s'agissant notamment du nombre de thrombolyses réalisées. Les capacités de prise en charge se sont renforcées. Ainsi, depuis avril 2014 l'UNV des HUS dispose de 48 lits d'hospitalisation complète dont 12 lits de soins intensifs, soit 14 lits supplémentaires d'hospitalisation complète qui permettront d'accroître la part des patients victimes d'AVC admis en UNV ; les filières de prise en charge se sont structurées, tant au sein des établissements disposant d'une UNV que par la mise en place de filières de soins dans les territoires (travail organisé, dans le T2 et le T4, dans le cadre des contrats de performance respectivement du centre hospitalier de Mulhouse et des HUS).

On peut toutefois constater que **l'organisation de la prise en charge doit encore s'améliorer**. Le nombre de passages en UNV a peu augmenté. Les filières et le maillage territorial ne sont pas encore complètement structurés :

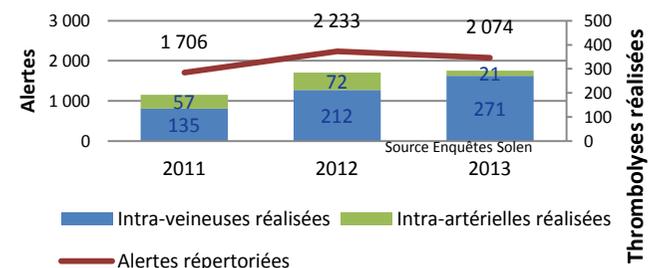
- L'organisation sur le T1 n'est pas stabilisée
- La prise en charge précoce des AIT, impliquant notamment un accès rapide (moins de 48h) à l'IRM n'est pas structurée
- Les mutualisations possibles, notamment pour assurer la permanence de soins, ne sont pas réalisées
- La fluidité de la prise en charge n'est pas mesurée ni garantie entre hôpitaux périphériques et hôpitaux disposant d'une UNV ; surtout, la possibilité de réaliser une thrombolyse en hôpital périphérique n'est pas effective, faute de dispositif opérationnel de partage d'images en coupe (télé AVC)
- La fluidité de la filière aval (SSR, USLD, EHPAD) est également perfectible, en dépit de progrès dans l'organisation (création d'une équipe EM3R HUS-IURC)
- Le schéma cible de l'organisation opérationnelle régionale n'est pas encore réalisé.

A mi-parcours, force est donc de constater que, si la situation s'est améliorée, l'organisation régionale de la prise en charge n'est pas encore à la hauteur de l'enjeu de santé publique que constitue une prise en charge efficace des AIT et AVC, de façon à en réduire les séquelles.

Il reste impératif que cette organisation soit finalisée à échéance du SROS.

EN CHIFFRES

Activités Thrombolyses dans les UNV (Unités Neuro-vasculaire) - les alertes et les actes



A noter, l'éligibilité du patient au traitement par thrombolyse est de l'ordre de 5 à 30 % selon les publications.

Séjours pour AVC (hors AIT)	2010	2011	2012	2013
Total Séjours Alsace	3 629	3 535	3 564	3 801
Pourcentage des séjours dans établissements avec UNV	78,9%	79,7%	71,5%	70,7%

Sources : ARS-OADS PMSI 2010 à 2013

Passage des AVC (hors AIT) en UNV	2010	2011	2012	2013
Total Alsace	1 166	1 323	1 307	1 375
Pourcentage des passages en UNV sur la totalité des AVC	32,1%	37,4%	36,7%	36,2%
Pourcentage des passages en UNV sur les AVC en établissement avec autorisation UNV	40,7%	46,9%	51,3%	51,2%

Sources : ARS-OADS PMSI 2010 à 2013

2012-2014 : LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

La prévention des accidents cardio-neuro-vasculaires est aspécifique. Elle est en partie menée dans le cadre des priorités 1 et 2 (actions sur les déterminants de santé: alimentation, activité physique...).

Réduire les délais entre la survenue des symptômes et la PEC

- Afin de réduire les délais entre symptômes et prise en charge, le premier levier est la diffusion de l'information auprès de la population. L'ARS a décliné régionalement la campagne nationale de sensibilisation aux AVC, en 2012 et 2013. Les professionnels se sont bien appropriés les outils proposés lors cette dernière. Les médias régionaux ont également relayé l'information.
- Le temps fort de cette campagne a été le débat public organisé en CRSA le 13/11/2012. Près de 200 personnes ont participé au débat interactif. Un second débat a eu lieu à Mulhouse fin 2013.

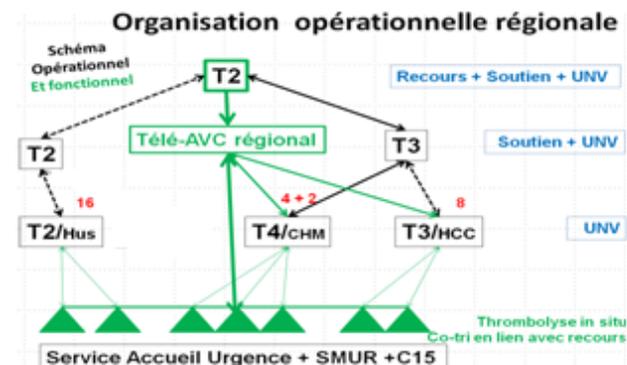
Organiser un maillage coordonné et lisible des filières d'AVC pour limiter les séquelles fonctionnelles

- La prise en charge des AVC est organisée autour de 3 UNV. Il est recommandé, par territoire, l'existence d'une convention SAMU fast-track de prise en charge spécialisée. L'agence a réalisé l'évaluation du fonctionnement des UNV et a diffusé le cahier des charges UNV conçu avec les praticiens.
- L'organisation des plateaux techniques en urgence est une priorité pour l'agence, qui impulse une réflexion avec les établissements concernés et les PS pour optimiser les filières et l'utilisation des équipements. Un **audit sur l'efficacité des plateaux IRM** est en cours afin d'en améliorer l'accessibilité.
- La durée moyenne de séjour cible en UNV est de 10 jours. Il convient donc de fluidifier les transferts, plus spécifiquement entre les territoires 2 et 1 et vers les EHPAD. Les établissements SSR, avec spécialité neurologie, sont tenus de conventionner avec un établissement siège de l'UNV de leur territoire afin d'améliorer la fluidité de la filière et désengorger les unités spécialisées.
- Un travail sur les filières a permis de développer une équipe mobile de rééducation, réadaptation et réinsertion (**EM3R**) sur le T2.
- L'agence encourage et finance le développement de SIMRAL. Cet outil comporte une fonction de partage d'imagerie médicale susceptible d'être utilisée dans le cadre d'un dispositif de **télé AVC**. Sans attendre la mise en place effective de SIMRAL (prévue pour le 1^{er} semestre 2015), un dispositif expérimental entre Saverne et les HUS est prévu pour 2014. Il vise à rendre possible la réalisation de thrombolyse sur le site de Saverne, avant transfert à l'UNV des HUS. Un bilan sera réalisé après une période d'un an et en suivra éventuellement une généralisation de cette expérience à d'autres établissements de santé.

Améliorer les pratiques et la coordination des professionnels

- L'accès à la thrombolyse est l'un des objectifs soutenus par l'agence. Il passe par le développement du télé AVC et au travers de l'outil **SIMRAL** pour le partage d'images entre sites distants.
- RESURAL (Réseau Urgences Alsace) travaille à l'harmonisation des pratiques des professionnels, avec les AVC comme thématique prioritaire. Il a initié un travail avec les deux SAMU afin de formaliser une fiche de saisie, en vue d'améliorer la traçabilité inter service et d'homogénéiser leur protocole de régulation.

FOCUS



PLAN NATIONAL D'ACTION AVC

Le **plan d'actions national AVC 2010-2014** a affirmé la prévention et l'amélioration de la prise en charge des AVC comme priorité de santé publique en France. Il repose sur 4 priorités, déclinées en 17 actions opérationnelles :

- améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC ;
- mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés ;
- assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels ;
- promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

- Une organisation de la filière de prise en charge en urgence qui assure une orientation efficace vers l'UNV.
- La mise en place d'un dispositif de télé AVC pour renforcer la coordination et l'efficacité de la prise en charge.
- Une offre hospitalière dense et de qualité, des UNV bien réparties sur la région, 2 NRIV et un centre de recours.
- Un dispositif d'accueil en aval efficace.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE & RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Réduire les délais d'intervention

- Poursuivre les campagnes d'information pour le grand public et les professionnels sur les signes évocateurs et la conduite à tenir en urgence, et en évaluer l'impact. Les médecins traitants sont un maillon essentiel dans le processus de dépistage des AVC du fait de leur rôle prépondérant auprès des patients présentant des facteurs de risque.
- Mettre à jour la cartographie des défibrillateurs (RESURAL) pour améliorer l'orientation des appelants par les C15.
- Assurer une prise en charge précoce des signaux précurseurs des problèmes cardio-vasculaires (AIT) par un accès à l'IRM en 48h au plus.

Organiser le maillage régional coordonné

- Poursuivre la structuration des filières et du maillage territorial et développer la coopération entre les établissements. Faire valider par l'ensemble des acteurs la cible de l'organisation opérationnelle régionale.
- Mettre en place un coordonnateur régional AVC, qui sera affecté au centre de recours (HUS).
- Mettre en place un système d'échanges d'images (SIMRAL ou e-AVC) dans des délais de déploiement réduits ; le Télé-AVC doit être disponible dès les urgences.
- Créer une UNV de plein exercice aux HCC, ce qui garantira l'indispensable disponibilité H24. Formaliser une convention entre le CH Mulhouse et les HCC afin d'augmenter les transferts de patients et les coopérations entre le T3 et T4.

Améliorer les pratiques et la coordination des professionnels

- Favoriser le développement des équipes mobiles (EM3R ou EM2R). Adapter si nécessaire la capacité de prise en charge en SSR spécialisé en neurologie.
- Aider les établissements de santé à s'approprier les indicateurs de pratique clinique (HAS) pour progresser dans leurs pratiques.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- Absence de coopération régionale.
- Flux d'aval encore trop peu coordonnés.
- Déploiement de la télé-AVC.
- Pénurie de praticiens neuro-vasculaires.

DISPOSITIFS

AIT (accident ischémique transitoire) : Un AIT est un déficit neurologique focal, d'origine ischémique, d'installation brutale, dont les symptômes cliniques durent en général moins d'une heure. Cet accident ne laisse aucune séquelle et aucune lésion ischémique n'est visible à l'imagerie cérébrale. Il doit faire craindre la survenue ultérieure d'un AVC. C'est pourquoi tout AIT impose un examen immédiat par un médecin.

C15 : Le SAMU/Centre 15 joue un rôle prépondérant dans la régulation, la prise en charge et le transport des patients. Il vérifie et centralise les informations sanitaires, informe les établissements d'accueil des victimes, envoie les équipes médicales nécessaires.

IRM (imagerie par résonance magnétique) : Cette technique d'imagerie médicale permettant d'obtenir des vues en 2D ou 3D de l'intérieur du corps de façon non invasive.

RESURAL (réseau des urgences en Alsace) : Cette association de droit local a été créée en 2008 dans le but d'homogénéiser les pratiques et l'organisation des filières de prise en charge de l'urgence entre les différents établissements et acteurs de la santé.

SIMRAL (services d'imagerie médicale pour la région Alsace) : Ce projet mettra en œuvre un dispositif régional de partage d'images médicales, ainsi que des fonctions mutualisées d'archivage et de traitement d'images et de systèmes d'information radiologique.

UNV (unité neuro-vasculaire) : Cette unité fonctionnellement identifiée accueille et prend en charge 24h/24 et 7j/7 des patients présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë compliquée ou non d'AVC.

LEXIQUE

AVC : accident vasculaire cérébral

CPOM : contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens

CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie

DMS : durée moyenne de séjour

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EM3R : équipe mobile de rééducation, réadaptation et réinsertion

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HCC : hôpitaux civils de Colmar

HUS : hôpitaux universitaires de Strasbourg

IDM : infarctus du myocarde

IURC : institut universitaire de recherche clinique

MT : médecin traitant

MPR : médecine physique et rééducation

NRIV : neuro radiologie interventionnelle

ROR : répertoire opérationnel des ressources

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

SSR : établissement de soins de suite et de réadaptation

TS : territoire de santé

UNV : unité neuro-vasculaire

URML : union régionale des médecins libéraux

USLD : unité de soins de longue durée

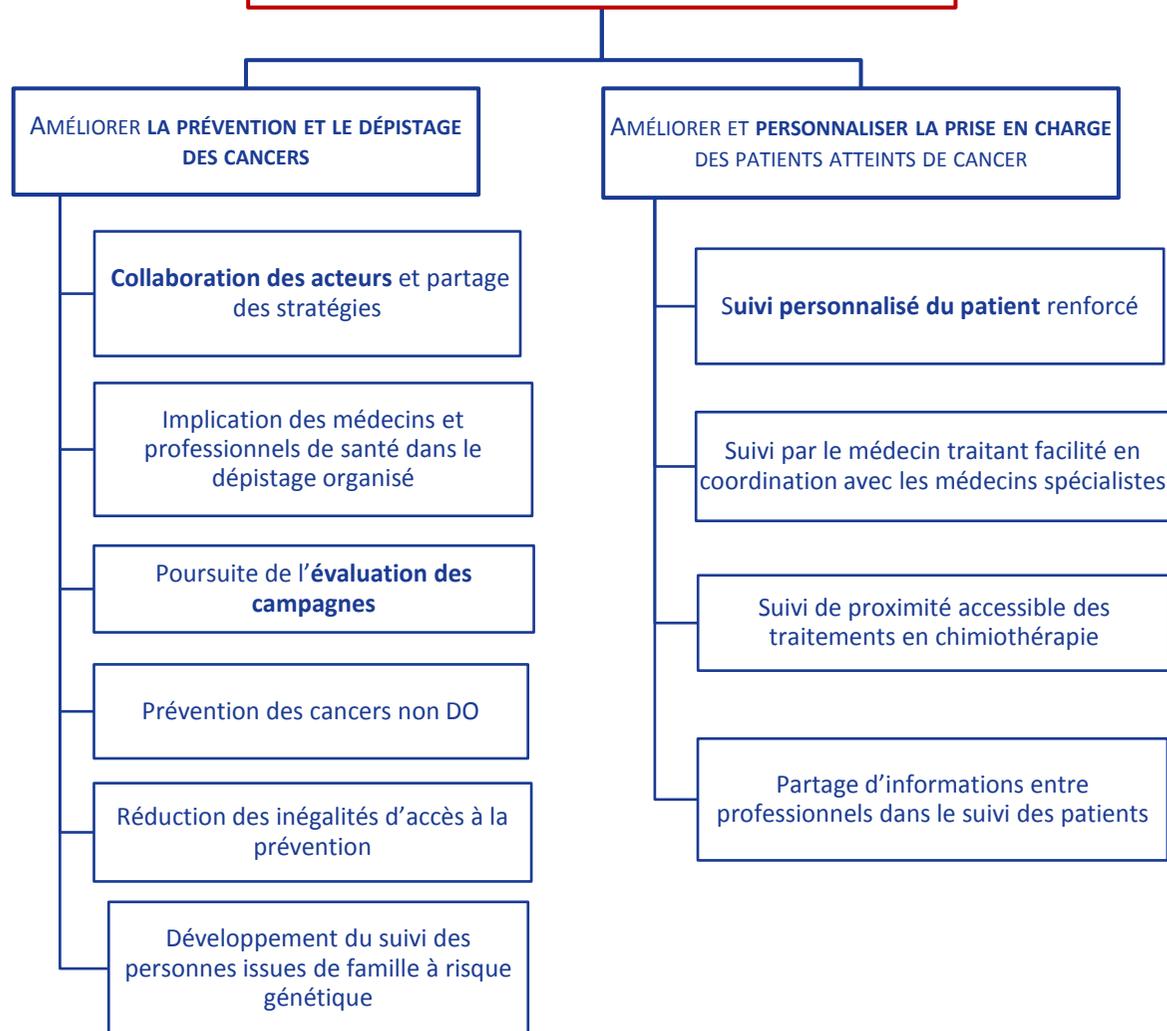
REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 4 DU PSRS

Mieux dépister et traiter les cancers

Référents thématiques : Dr Michel Aptel et Caroline Kernéis

Priorité 4 : Mieux dépister et traiter les cancers



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Face aux cancers, enjeu majeur de santé publique, responsables en Alsace de 30% des décès et de 40% des décès des moins de 65 ans, l'action de l'ARS s'inscrit pleinement dans le cadre du Plan cancer 3 à travers deux objectifs : l'amélioration de la prévention et du dépistage, et la personnalisation de la prise en charge dans l'organisation des soins.

L'ARS agit sur plusieurs leviers pour atteindre les objectifs d'une meilleure **prévention**. Ainsi l'agence s'implique dans la coordination des financeurs des dépistages organisés (AM, CG) pour les fédérer autour d'objectifs communs, dans le cadre d'un dialogue de gestion efficace avec les structures. Elle s'appuie sur les CLS pour améliorer l'accès des personnes les plus défavorisées au dépistage et entreprend des actions auprès des médecins traitants pour conforter leur rôle privilégié dans le dépistage.

A mi-parcours l'Alsace se situe toujours dans les meilleures régions pour la participation au dépistage organisé (DO). Elle est, pour la 2^{ème} année consécutive, la région ayant le plus fort taux de participation pour le dépistage du cancer colorectal. **Les actions engagées sont à poursuivre.**

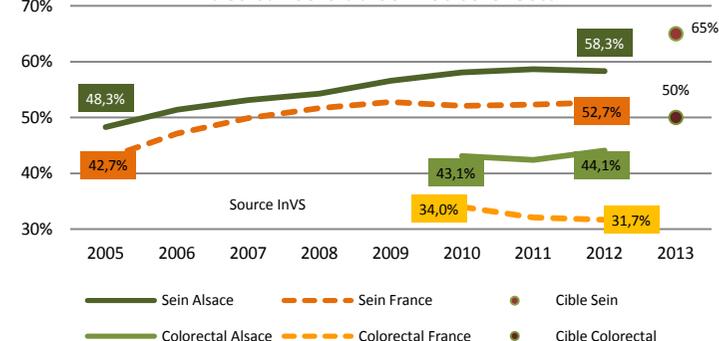
L'agence travaille également à l'amélioration de la **prise en charge des patients, dans un contexte d'évolution très rapide des techniques et conditions de prise en charge.**

A mi-parcours, les actions engagées jusqu'à présent **ont peu porté et l'organisation régionale des soins a peu évolué**. La possibilité de réaliser des **chimiothérapies en plus grande proximité** se heurte au déficit de professionnels et plus encore au modèle de financement de cette activité. La place des réseaux de soins de support en cancérologie reste à définir et leur organisation à parfaire. En revanche, le projet d'IRC (alliance du CLCC Paul Strauss et des HUS afin d'unifier les moyens pour développer les soins, la recherche, l'enseignement et animer la coopération et la coordination de différentes spécialités médicales) **progressé et le projet médical qui y est associé doit structurer la cancérologie de l'ensemble de la région.**

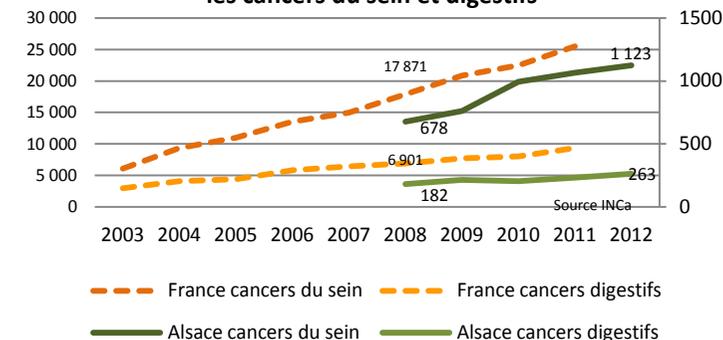
La mise au point d'un dossier communicant en cancérologie pleinement opérationnel demeure un objectif pour 2015.

EN CHIFFRES

Taux de Participations aux DO des cancers du sein et colorectal



Consultations oncogénétiques pour les cancers du sein et digestifs



2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE

Améliorer la prévention et le dépistage des cancers

- Pour continuer à faire évoluer la participation au dépistage organisé (DO), **l'agence a mis en place un comité stratégique des DO des cancers** rassemblant l'ensemble des partenaires financeurs (AM, CG) et les structures de gestion. Ce comité a pour mission d'accroître l'implication des financeurs, de porter un discours commun auprès des structures de gestion et de les accompagner pour identifier les freins et les leviers au dépistage. Il se réunit deux fois par an.
- **Le comité de coordination des campagnes de communication en santé publique** organise conjointement avec l'ensemble des partenaires des campagnes de communication régionales en relais des campagnes nationales de sensibilisation aux DO (Mars Bleu et Octobre Rose). Ces campagnes régionales organisent et coordonnent la communication pour **unifier le message** de prévention et mobiliser l'ensemble des acteurs du dépistage (financeurs, structures de gestion) : conférence de presse / message unique /unicité des supports...
- **L'agence a préconisé que le DO s'inscrive également dans les CLS** signés avec les collectivités territoriales pour promouvoir des actions à destination des personnes les plus défavorisées et éloignées du dépistage. Cette orientation s'est traduite par une intensification des actions pour le CLS de Strasbourg, l'implication d'ADECA dans le déploiement de Mars bleu et le financement d'une action de sensibilisation menée par la Ligue contre le cancer dans la Vallée de la Bruche.
- Depuis 2013, **un des objectifs des CPOM établissements de santé** de la région est de « permettre un meilleur ciblage des patients à inviter au DO du cancer colo rectal, fournir à ADECA la liste nominative des personnes ayant bénéficié d'une coloscopie totale, en-dehors de toute donnée de résultat ». Cette information permet à ADECA d'affiner les critères d'exclusion avant le lancement d'une campagne et d'augmenter ainsi le taux de participation.

Améliorer et personnaliser la prise en charge des patients atteints de cancer

- L'agence s'assure, par un contrôle régulier, du respect des **conditions d'autorisation** en cancérologie et en particulier de la condition relative au volume d'activité.
- Les **équipements** s'améliorent (installation d'un troisième tep-scan ; tomothérapie).
- L'agence a autorisé **l'ouverture en 2014 d'un SSR d'Oncogériatrie à Thann**, qui complète l'offre existant depuis 2 ans à **Amreso-bethel** (Oberhausbergen). La prise en charge en soins de suite des patients atteints de cancer reste problématique. A titre expérimental une équipe mobile « trajectoire » facilite l'orientation des patients dont la prise en charge est la plus complexe sur le T2 et le T4.
- L'agence a financé pour la première fois en 2014 des initiatives visant à développer la pratique sportive de personnes en cours de traitement ou en voie de rémission. Les bénéficiaires d'une activité sportive dans la prévention du cancer et de sa récurrence sont bien documentés, la politique régionale de l'agence dans ce domaine doit être structurée.
- **L'agence pilote** l'évolution du système d'information cible du dossier communicant de cancérologie (DCC) (en application de l'instruction du 13/11/2013). Elle en a mis **en place le comité de pilotage** (3C, Réseau Carol, ARS). En lien avec le DMP, tous les patients auront un dossier informatisé destiné à améliorer la qualité du suivi médical. Les quatre centres de coordination en cancérologie seront en charge de la qualité des données sécurisées de santé.
- Le bâtiment qui accueillera l'IRC, projet qui a bénéficié d'une aide au titre d'Hôpital 2012 pour la part d'investissement, est en cours de construction et l'ouverture aux patients est prévue en 2018. L'IRC devra, à terme, jouer un rôle d'animation et de référent régional en cancérologie.

FOCUS

La région Alsace offre une prise en charge complète en cancérologie (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) dans 3 des 4 territoires de santé. Mais la coordination entre les 18 centres autorisés doit être renforcée. La mise en place de l'IRC et le plan cancer III (2014/18) offrent des opportunités pour cela. C'est aussi une nécessité dans la mesure où certains établissements ont des difficultés à recruter et où l'excellence des soins ne sera obtenue que dans une complémentarité organisée des acteurs.

La **chimiothérapie de proximité** sera alors développée car actuellement toutes les conditions assurant une qualité optimale des soins ou un suivi idéal des patients ne sont pas encore réunies.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

- Améliorer la prévention des cancers ne donnant pas lieu à un dépistage organisé (cancer du poumon, lutte contre le tabagisme).
- Evaluation de la prise en charge des patients relevant de l'Oncogériatrie en lien étroit avec l'Unité pilote de coordination en Oncogériatrie (UPCOG) pour élaborer des recommandations communes à toutes les unités oncogériatriques d'Alsace.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Coordination externe et interne de la démarche

- La mise en place du comité stratégique des dépistages organisés, réunissant à la fois financeurs et structures de gestion, a été déterminante pour améliorer le travail de tous les intervenants et a amélioré l'efficacité du dispositif. **L'ARS a développé son rôle d'impulsion et est aujourd'hui reconnue comme le coordonnateur de l'ensemble des partenaires.**
- **L'agence impulse la collaboration des acteurs concernés par les DO**, ADEMAs pour le cancer du sein, ADECA pour le cancer colorectal et Eve pour le cancer du col de l'utérus, permet de capitaliser les savoir faire, les outils et partager les stratégies.
- L'intégration du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein dans les CLS signés avec les collectivités territoriales a contribué à coordonner la démarche.

Expérimentation du visiteur médical

Afin de remobiliser les médecins généralistes, piliers des dispositifs de prévention, pour le dépistage organisé du cancer colorectal, il a été mis en place par la structure de gestion ADECA un poste de visiteur médical. Cette initiative est majoritairement bien accueillie par les médecins généralistes.

92% des médecins visités s'engagent dans une démarche de promotion et de qualité dans le processus de dépistage. **Après un an, on constate une augmentation de 27% de tests lus chez les médecins visités par rapport à ceux qui n'ont pas bénéficié de visites personnalisées.** L'action du visiteur médical permet par ailleurs de replacer le médecin généraliste au centre du dispositif. Il redevient actif dans le dépistage : relance de patients par téléphone, inscription d'alerte dans les dossiers patients...

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Dépistage

- La stratégie de prévention pour la partie DO est stabilisée. Il est toutefois nécessaire d'orienter prioritairement des actions vers les personnes les plus défavorisées et la résorption des inégalités territoriales de santé et d'accès aux soins.
- Dans le cadre du plan national de lutte contre le tabac, mettre en œuvre une stratégie régionale de prévention du tabagisme et du cancer du poumon.

Prise en charge

- Mettre en œuvre l'Institut régional du cancer et le projet médical régional associé, en anticipant l'ouverture du nouvel établissement.
- Rendre effective la possibilité pour tout patient atteint de cancer de bénéficier d'un plan personnalisé de soins et de soins de support en cancérologie. Faire évoluer en conséquence et en cohérence avec les nouvelles stratégies de soins les réseaux de soins en cancérologie. Favoriser les initiatives visant le développement de la pratique sportive pour les patients atteints de cancer.
- Mettre en place le DCC.
- Poursuivre les travaux pour développer la prise en charge en proximité des chimiothérapies; réfléchir à une actualisation des autorisations.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- Difficulté à mobiliser les populations les plus fragiles pour participer aux dépistages organisés.
- Modèle économique de tarification de la chimiothérapie peu propice au développement des chimiothérapies de proximité.
- Difficultés à faire partager une approche régionale mutualisée par les établissements de santé des 4 territoires.

RESSOURCES A MOBILISER

- Pour la chimiothérapie de proximité, la priorité est de convaincre les acteurs sanitaires, en particulier hospitaliers, de la nécessité d'une approche interterritoriale de la prise en charge dans l'intérêt du patient et du respect de ses choix.

DISPOSITIFS

3C : Centre de Coordination en Cancérologie mis en place pour assurer la généralisation d'une approche concertée et pluridisciplinaire du patient. Il existe quatre 3C en Alsace.

Mars Bleu : Dispositif de communication qui a pour objectif d'inviter les femmes et les hommes à participer au programme de dépistage organisé du cancer colorectal dès l'âge de 50 ans, mais aussi d'inciter les personnes présentant un risque particulier à en parler avec leur médecin traitant.

Octobre rose : Dispositif de communication sur le dépistage du cancer du sein.

Plan Cancer : Le 3^{ème} plan cancer (2014-2019) est organisé autour de 4 axes:

- guérir plus de personnes malades,
- préserver la continuité et la qualité de vie,
- investir dans la prévention et la recherche,
- optimiser le pilotage et les organisations.

Structure de gestion : Dans le cadre du programme national de dépistage des cancers, la structure de gestion organise et coordonne les actions de dépistage en partenariat avec les professionnels de santé et ses financeurs. Elle a un rôle d'information auprès des professionnels et de la population cible. Elle constitue le fichier des personnes invitées et dépistées, communique les résultats aux personnes concernées et communique à l'InVS les données anonymes géographiques.

LEXIQUE

ADECA : association pour le dépistage du cancer colorectal

ADEMAS : association pour le dépistage des maladies du sein

AM : assurance maladie

Carol : coordination alsacienne des réseaux oncologiques locaux

CG : conseil général

CLS : contrat local de santé

CPS : centre Paul Strauss

DCC : dossier communicant de cancérologie

DMP : dossier médical partagé

DO : dépistage organisé

ES : établissement de santé

EVE : association pour la prévention du cancer du col de l'utérus

GHSV : groupe hospitalier Saint Vincent

HAD : hospitalisation à domicile

HUS : hôpitaux universitaires de Strasbourg

InVS : institut de veille sanitaire

IRC : institut régional du cancer

MT : médecin traitant

PRGDR : programme régional de gestion du risque

SNS : stratégie nationale de santé

SSR : établissement de soins de suite et réadaptation

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

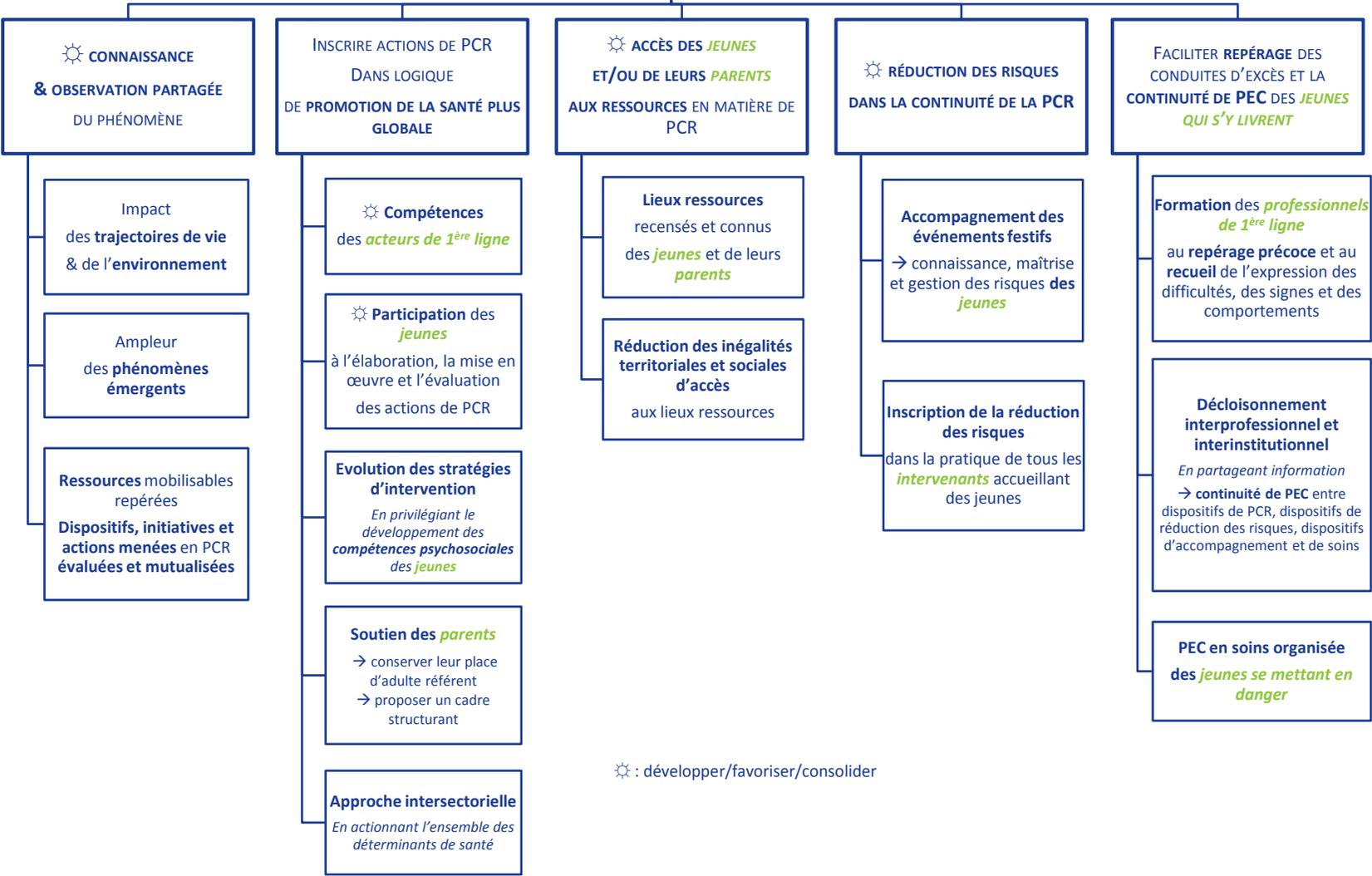
PRIORITE 5 DU PSRS

Prévenir les conduites à risque

Chez les jeunes

Référent thématique : Marie-Christine Laurent

Priorité 5 :
Prévenir les conduites à risque
des jeunes



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

La priorité cible les jeunes de 12 à 25 ans qu'ils soient scolarisés, étudiants, en milieu de travail, en insertion ou en errance. Elle porte plus spécifiquement sur les conduites addictives (avec ou sans produit), les conduites dopantes, les risques liés aux comportements sexuels et les conduites suicidaires.

Face à l'ampleur et à la complexité de la problématique, l'agence a choisi de développer une approche globale, interdisciplinaire, pluri-professionnelle et intersectorielle prenant en compte le caractère multifactoriel des comportements, l'environnement et les trajectoires de vie des jeunes.

Pour ce faire, l'agence impulse des actions de promotion de la santé visant le renforcement des compétences psychosociales des jeunes et de leurs parents, un ancrage territorial fort, le développement de compétences des acteurs locaux de 1^{ère} ligne et la mobilisation des élus. Toutes les actions développées ne relèvent pas strictement du champ de compétence de l'ARS, toutefois l'agence s'assure de la bonne coordination des politiques de l'ensemble des parties prenantes : Etat, AM et collectivités locales notamment.

En lien direct, l'agence organise l'offre et propose un dispositif cohérent, visible, coordonné et gradué sur les différents territoires en matière de réduction des risques et de prise en charge en soins.

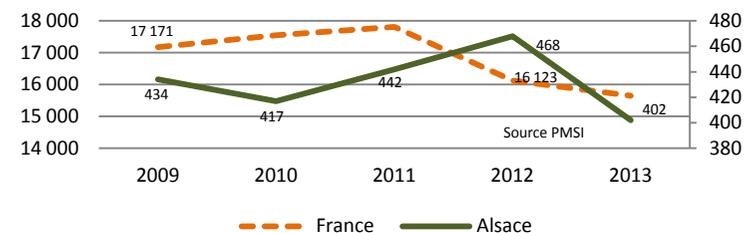
Ainsi, l'agence actionne ses leviers contractuels (CPOM avec MDA et PAEJ par exemple) et financiers en lien avec son schéma de prévention et le volet addiction du schéma régional de l'offre médico-sociale.

En complément, l'agence assure une veille sanitaire et diffuse les alertes s'agissant notamment de la dangerosité des produits consommés, en direction des professionnels de santé.

A mi-parcours, l'agence a engagé les ressources nécessaires pour atteindre ses objectifs stratégiques. Ainsi, ses actions de prévention des conduites à risque s'inscrivent progressivement dans une logique plus globale de promotion de la santé. Elle favorise l'accès des jeunes et/ou de leurs parents en matière de prévention des conduites à risque. Elle renforce la réduction des risques dans la continuité de la prévention des conduites à risque. Enfin, elle facilite le repérage des conduites d'excès et la continuité de PEC des jeunes qui s'y livrent. Toutefois, l'objectif d'améliorer la connaissance et l'observation partagée du phénomène des conduites à risque n'est pas atteint et nécessite d'être redéfini.

EN CHIFFRES

Nombre de patients de moins de 25 ans avec hospitalisation de très courte durée pour intoxication alcoolique



Evolution des files actives des PAEJ et des MDA

Dispositif	2011	2012	2013	Var° 2011/13
PAEJ (ALT et SEPIA)	1529	1669	1688	10,4%
Equipe mobile 68 (SEPIA)	318	338	342	7,5%
MDA 67 et 68	1616	2438	2503	54,9%

Sources: rapports activité

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

Inscrire les actions de prévention des conduites à risque dans une logique plus globale de promotion de la santé

Sur 2012-2014, l'agence a organisé des temps de formation et d'accompagnement méthodologique autour de la prévention des conduites à risque à destination des acteurs de 1^{ère} ligne sur le territoire de Saverne et de Sélestat, de Strasbourg (quartier de la Meinau) et du Val d'Argent. Au total, près de 90 acteurs sont formés.

Plus spécifiquement, l'agence a impulsé des actions de prévention en direction de jeunes en situation de handicap (réalisation de formations en direction d'équipes d'IME et d'IMPRO du 67 et du 68 : 45 professionnels touchés).

Favoriser l'accès des jeunes et/ou de leurs parents aux ressources en matière de prévention des conduites à risque

De nombreuses ressources en matière de prévention existent mais elles manquent de lisibilité et visibilité. L'agence travaille à développer les vecteurs d'informations appropriés pour permettre de les identifier et d'y accéder plus facilement. Ainsi, dans le cadre des CLS, l'agence finance l'élaboration d'un blog autour des conduites à risque conçu par et pour les jeunes sur le Val d'Argent. L'agence a impulsé la mise en place de parents référents autour des conduites à risque sur le Val d'Argent et la Vallée de la Bruche. L'agence participe (en lien avec la MILDECA) à une programmation globale de la prévention des conduites à risque en milieu scolaire sur 5 ans, touchant 8 territoires isolés, qui s'adresse aux jeunes, aux équipes éducatives et de santé et aux partenaires. L'agence appuie l'organisation par la CRSA d'un débat public sur les conduites à risque chez les jeunes le 11 octobre 2014 qui sera axé sur 3 temps : un croisement des regards des jeunes, de leur entourage et des acteurs ; une table-ronde autour de l'adolescence et des conduites à risque ; des présentations d'actions de prévention, de réduction des risques et d'accompagnement des jeunes vers les soins.

Ainsi, l'agence œuvre à ce que la majeure partie des acteurs intervenant auprès des jeunes, que ce soit en milieu ou hors milieu scolaire, privilégient le développement des compétences psychosociales par rapport à une approche purement informative et travaillent à rendre les jeunes acteurs de leurs santé.

En matière d'accompagnement des jeunes en souffrance psychique, les CPOM signés tant avec les PAEJ que les MDA ont permis l'accompagnement de plus de 4 000 jeunes de 12 à 25 ans et de plus de 2 000 familles par an, la création de 2 nouvelles antennes PAEJ à Benfeld et Saint Louis permettant un maillage de proximité, de meilleures articulations entre les différents dispositifs ainsi que des temps d'échanges de pratiques.

Renforcer la réduction des risques dans la continuité de la prévention des conduites à risque

En complément des actions de prévention primaire, l'agence travaille à réduire les risques sanitaires, psychologiques et sociaux que peuvent entraîner certaines conduites. Outre les actions à visée générale (diffusion des études-outils-stratégies innovantes en RDR, organisation de temps de formation au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) en direction de médecins généralistes sur les 4 TS, élaboration d'un guide de réduction des risques alcool), l'agence favorise les actions visant à développer la culture en RDR chez les intervenants accueillant des jeunes. Elle organise un temps de formation en direction des professionnels intervenant dans les consultations jeunes consommateurs, dans le cadre d'un groupe de travail associant CIRDD, CSAPA, CJC, PAEJ, MDA et pédopsychiatrie. La formation est prévue en octobre 2014. Une journée partenariale sera également organisée fin 2014, sur chaque territoire de santé, entre les équipes des consultations jeunes consommateurs et les professionnels de première ligne intervenant auprès des jeunes.

Faciliter le repérage des conduites d'excès et la continuité de prise en charge des jeunes qui s'y livrent

En 2013, l'agence a participé à l'organisation de la journée régionale CJC (consultation jeunes consommateurs). 75 participants étaient présents. Localement, l'agence a impulsé la création d'antennes de consultations jeunes consommateurs sur les territoires de la Vallée de la Bruche et du Val d'Argent.

FOCUS

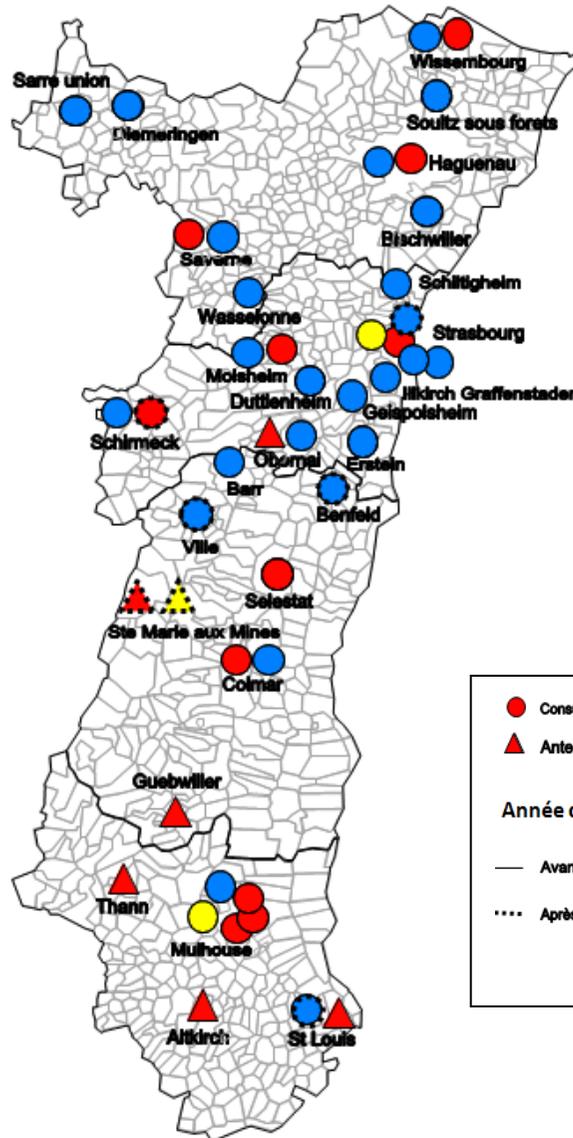
Réduction des risques : équipe mobile d'intervention en milieu festif (agglomération mulhousienne)

Dans le cadre du CLS de Mulhouse, un groupe de professionnels a travaillé, sous l'égide de l'agence et de la Ville, à l'élaboration d'une équipe mobile d'intervention en milieu festif qui a pour missions d'assurer des interventions en milieu festif, avec proposition de mise en place de dispositifs souples et complémentaires pouvant associer stands de diffusion d'information et de matériel, accueil, écoute et conseils personnalisés, gestes de premier secours, orientation vers les dispositifs de soins de droit commun. Sa 1^{ère} intervention a été réalisée en mars 2014. Cette action est financée par l'ARS à hauteur de 65 K€.

Actions non mises en œuvre

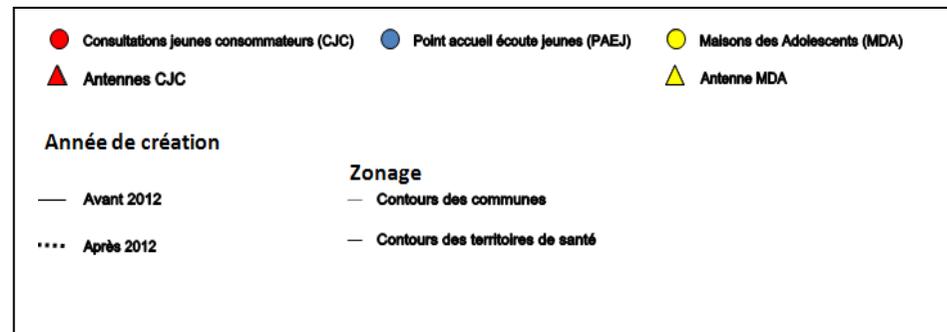
- Amélioration de la connaissance et l'observation partagée du phénomène des conduites à risque, et notamment des phénomènes émergents.
- En termes de repérage précoce, création d'un maillage étroit entre les dispositifs pour assurer une continuité dans le parcours des jeunes : élaboration de protocoles, présence d'associations dans des établissements hospitaliers, développement de temps de synthèse pluri-professionnels et de soutien technique aux professionnels.

IMPLANTATION DES DISPOSITIFS EN MATIERE DE CONDUITES A RISQUE CHEZ LES JEUNES (CJC, PAEJ, MDA) EN ALSACE



Evolution attendues d'ici 2016 :

- Concernant les MDA et PAEJ, il n'y a pas d'évolutions attendues en matière de territoire sur 2014-2016.
- Pour les CJC, les évolutions prévues portent sur des CJC avancées, l'une à la MDA 67 et l'autre dans un quartier de Haguenau (T1).



FOCUS : ORGANISATION DU DISPOSITIF DE PREVENTION ET DE PEC EN ALSACE DES CONDUITES A RISQUE

En lien avec ses partenaires, l'agence intervient en matière de définition et de mise en œuvre d'une politique de prévention des conduites à risque, **avec pour cible particulière les jeunes**. A cet effet, elle s'appuie sur des outils de planification, de programmation, d'accompagnement des acteurs, d'impulsion de projets innovants, de financement et d'évaluation d'actions dans le cadre du Schéma régional de prévention avec un **souci d'ancrage territorial fort**.

En matière de prévention

Existents des **structures spécialisées** (ex : CIRDD, OPPELIA/AFPRO, Le CAP ...) dans la prévention globale des addictions et/ou des conduites à risque, et des structures centrées sur la prévention d'un produit. Outre ces structures dont le cœur de métier est la prévention, de **nombreux acteurs** interviennent dans ce champ.

En matière de réduction des risques

La réduction des risques s'appuie, d'une part, sur les **pharmaciens** qui assurent la vente de matériel d'injection stérile et la délivrance de traitements de substitution et, d'autre part, sur les **centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)**. L'Alsace est pourvue de 3 CAARUD, 1 à Strasbourg et 2 à Mulhouse. Il existe par ailleurs, à Strasbourg et à Mulhouse, des distributeurs/échangeurs de seringues.

En matière de soins, les soins addictologiques mobilisent :

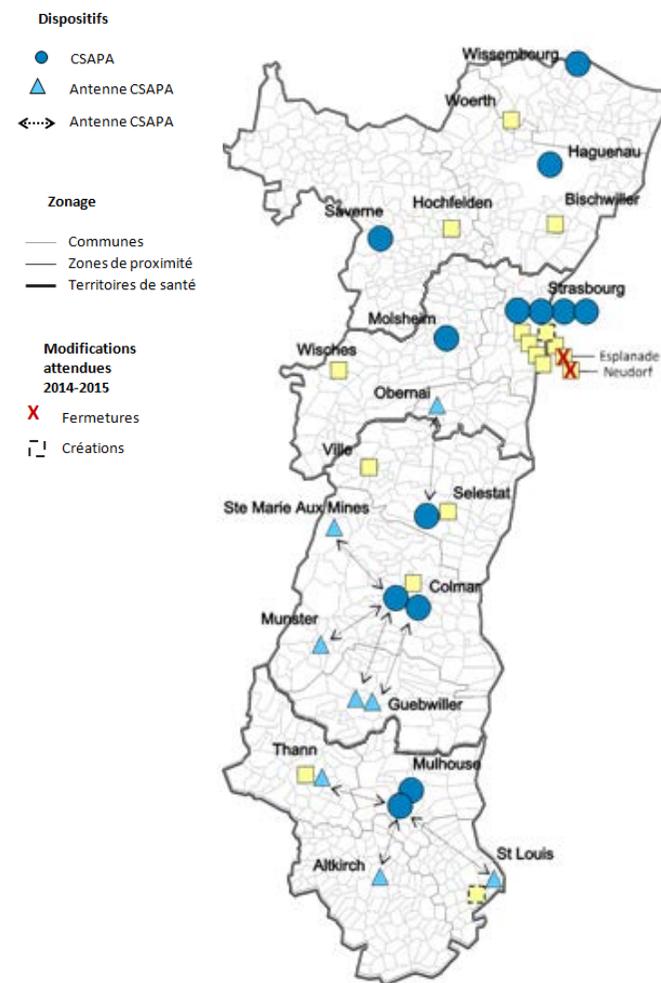
- la **médecine de ville** et les **réseaux de santé (RMS : réseau des microstructures médicales)**
- le **dispositif médico-social** qui s'appuie sur les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et les **consultations jeunes consommateurs**, souvent rattachées à un CSAPA ;
- le **dispositif hospitalier** avec une filière organisée en trois niveaux de soins gradués :
 - la **filière de niveau 1**, organisée dans tout établissement de santé disposant d'un service d'urgences, composée de consultations hospitalières d'addictologie, d'équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie et de possibilités d'hospitalisation de sevrage simple ;
 - la **filière de niveau 2** qui offre, outre l'offre de niveau 1, la possibilité de réaliser des soins complexes et des soins de suite et de réadaptation spécialisés ;
 - la **filière de niveau 3** qui, outre les missions de niveaux 1 et 2, assure des missions d'enseignement, de formation et de recherche (l'Alsace en est à ce jour dépourvue).

LEVIER FINANCIER

Mobilisation des crédits sur addictions/conduites à risque /souffrance psychologique des jeunes	2011	2012	2013
ONDAM médico social PEDS (CSAPA, CAARUD, CJC)	8,9 M €	9,3 M €	9,7 M €
ONDAM sanitaire	5,4 M €	5,9 M€	6,0 M€
FIR (fonds d'intervention régional)	2,4 M €	2,6 M €	2,7 M €

Les soins complexes et les hôpitaux de jour en addictologie relèvent de la T2A.

MAILLAGE TERRITORIAL



FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

La réussite partenariale...

Touchant à des champs qui dépassent ses compétences strictes (habitat, insertion, emploi, aménagement du territoire...) l'agence mobilise les services de l'Etat concernés et les collectivités, et assure la diffusion d'une culture de promotion de la santé en région. Des **liens étroits** avec des partenaires tels que l'Education Nationale, les collectivités territoriales, l'assurance maladie et la justice permettent de construire **des projets cohérents et de mutualiser les moyens**.

A ce titre, dans le cadre du CLS de la Vallée de la Bruche, des locaux ont été mis à disposition par la Communauté de communes pour permettre que soient regroupées en un même lieu plusieurs structures intervenant auprès des jeunes avec des temps de **débriefing communs**. Dans le cadre du contrat local du Val d'Argent, des acteurs des différents champs ont travaillé à un **projet d'espace de santé dédié aux jeunes**, porté par la MDA 68 et associant la Communauté de communes (mise à disposition de locaux), le CG 68 (centre de planification), le CH de Sélestat (consultation jeunes consommateurs), les HCC (psychiatrie et pédopsychiatrie), la CPAM 68, le personnel infirmier de la Cité scolaire, le PAEJ et le centre socio-culturel.

Par ailleurs, les acteurs alsaciens intervenant dans le champ des conduites à risque et des addictions, en particulier auprès des jeunes, ont une habitude des échanges favorisant l'**émergence d'une culture commune** (ex : cafés infos organisés par la MDA 68) et de projets partenariaux expérimentaux (ex : équipe mobile d'intervention en milieu festif, Opali-Ne, Espace de santé jeunes du Val d'Argent...).

... Favorisée par la pérennité des pilotes du projet

L'agence jouit d'une dynamique d'animation mature, notamment menée par binôme (responsable du volet addictions et chef de projet) en charge de ce thème, et de liens de confiance pérennes. La méthode de travail est claire et comprise. Les engagements sont tenus.

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

• Prévention – promotion de la santé

- Poursuivre les actions de prévention des conduites à risque et de la souffrance psychique en privilégiant une approche centrée sur le développement des compétences psychosociales
- Renforcer l'articulation entre les PAEJ, les MDA et les consultations jeunes consommateurs
- Finaliser le diagnostic entrepris sur le Bas-Rhin dans l'éventualité de mise en place d'une équipe mobile rattachée aux PAEJ allant à la rencontre des jeunes isolés sur le plan géographique ou psychologique
- Réaliser un diagnostic autour des addictions sans produit (difficulté : pas de porteur pour réaliser le diagnostic)

• Réduction des risques

- Maillage territorial en matière de réduction des risques
- Mise en place d'une politique de RDR en milieu carcéral

• Repérage - dépistage – accompagnement – soins

- Création d'une CJC avancée à la MDA du Bas-Rhin (mise en place du groupe projet en juillet 2014)
- Accueil en CSSRA des patients présentant des troubles cognitifs importants
- Inclusion de soins psychiatriques dans la filière de niveau 2 du T1 (octobre-décembre 2014)
- Finalisation de la structuration de la filière hospitalière en addictologie

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

• Un nouveau champ à investir, la **pédopsychiatrie** où :

- Le positionnement du chef de projet n'est pas encore évident. Un lien de confiance est à créer avec l'ensemble des acteurs,

- Les articulations entre les dispositifs PAEJ, MDA, la psychiatrie, la pédopsychiatrie restent à trouver (notamment sur le Haut-Rhin).

- Les ressources médicales se raréfient, notamment dans le T4.

• A noter, en termes de PEC sanitaire des addictions, les difficultés de coordination entre les établissements freinant la mise en place des filières de niveau 2.

DISPOSITIFS

CJC : Dispositif gratuit, anonyme et présent sur toutes les zones de proximités, il est destiné aux jeunes consommateurs de substances psycho-actives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommation). Les familles peuvent également être accueillies lors de ces consultations, avec ou sans l'enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter.

MDA : Lieu qui accueille les adolescents, quels que soient leurs questionnements ou leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, sociale...). Les familles peuvent y trouver un soutien mais également être intégrées à l'accompagnement proposé au jeune dans le cadre d'entretiens familiaux. Les MDA ont vocation à être des lieux ressource pour les professionnels. Il existe 2 MDA en Alsace, à Strasbourg et Mulhouse.

PAEJ : Espace de proximité qui a une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation auprès des jeunes de 12 à 25 ans qui rencontrent des difficultés (conflits familiaux, mal être, échec scolaire), qui se sentent isolés ou déprimés et qui sont confrontés à des situations à risque (usage d'alcool, de cannabis, violence).

TERMINOLOGIE

Conduite à risque : appartenant généralement à la catégorie des « conduites d'essai », qui font partie intégrante du parcours du jeune et traduisent une recherche de ses propres limites, elle peut cependant aussi devenir l'expression d'une souffrance à mettre en lien avec des facteurs individuels (dépression, agressions subies, isolement, orientation sexuelle...), des facteurs familiaux (carences affectives ou éducatives, violences intrafamiliales, absence de cadre de vie structurant, rejet lié à l'orientation sexuelle du jeune...), des facteurs sociétaux (ruptures scolaires, absence de diplôme qualifiant, précarité, manque d'offre de soins, de loisirs, de transport...).

Développement des compétences psychosociales : renforcement des capacités des jeunes à adopter des comportements positifs face à leur santé et à leur bien-être et à se protéger notamment contre les conduites à risque (prendre des décisions, résoudre des problèmes, apprendre à communiquer, développer l'estime de soi, gérer son stress et ses émotions, développer une pensée créative et un esprit critique...).

Promotion de la santé : logique qui privilégie l'articulation de différentes dimensions dans une perspective de la santé à la fois positive (bien-être et pas seulement absence de maladie) et globale (incluant les conditions préalables telles que l'habitat, l'insertion économique etc.). Elle vise l'autonomie de l'individu et sa participation à toutes les étapes de l'action, par la valorisation de ses compétences et de ses capacités.

LEXIQUE

AFPR : association de formation et de prévention du risque alcool

AM : assurance maladie

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CIRDD : centre d'information régional sur les drogues et les dépendances

CJC : consultation jeunes consommateurs

CLS : contrat local de santé

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSSRA : centre de soins de suite et de réadaptation en alcoologie

IME : institut médico-éducatif

IMPro : institut médico-professionnel

MDA : maison des adolescents

MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

ORSAL : observatoire régional de la santé en Alsace

PAEJ : point d'accueil et d'écoute jeunes

PCR : prévention conduites à risque

PEC : prise en charge

RDR : réduction des risques

TS : territoire de santé

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 6 DU PSRS

 **Autonomie & Maintien à domicile**

Personnes âgées

Et SROMS PA

Référent thématique : Claire Bloch

Priorité 6 :
Autonomie & Maintien à domicile
Personnes âgées

RETARDER L'ÂGE D'ENTRÉE EN DÉPENDANCE
 PAR LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ÂGE

☀ **Prévention des chutes**,
 en encourageant
 la poursuite de l'**activité physique**
 Et par l'**aménagement de l'habitat**

☀ **Prévention de la dénutrition**
PA

Repérage des **signes de**
dépression pour une meilleure
 PEC de la *PA*

Prévention des troubles de la
mémoire

ASSURER LA COORDINATION
 ET LA CONTINUITÉ DES PEC À DOMICILE

☀ **Coordination des soins**
 et des autres
prestations d'aide à domicile
PA

Des **ruptures de PEC**
 dans le parcours de soins
 prévenues
PA

DÉVELOPPER L'AIDE AUX *aidants*
 → MAINTIEN À DOMICILE

Information des *aidants*
 améliorée

☀ Une palette d'offre complète
 pour les *aidants* conjuguant des
dispositifs de soutien et des
solutions de répit adaptées

Repérage des *aidants* et
prévention de leur épuisement

☀ : développer/favoriser/consolider

BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Sous l'effet de l'augmentation du nombre de personnes âgées, **la priorité est donnée au développement des services favorisant le maintien à domicile**, en adéquation avec les orientations nationales et les schémas gérontologiques des départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. La réduction des disparités d'équipement entre les deux départements est également au cœur de la stratégie de l'agence.

Pour répondre à cette priorité, l'agence s'est fixé comme objectif de retarder l'âge d'entrée en dépendance par la prévention des risques liés à l'âge tels que la santé orale et les chutes. A ce titre, l'agence mène des actions spécifiques de **formation** et d'**information** auprès des ESMS et des professionnels de santé. Par ailleurs, l'agence intègre à ses actions de prévention telles que le développement de l'activité physique (en lien avec la DRJSCS), les spécificités des personnes âgées.

Un deuxième axe de travail de l'agence est d'assurer la coordination et la continuité des prises en charge à domicile. L'agence fait évoluer l'offre, et notamment la prise en charge des malades Alzheimer, en améliorant notamment l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Le **PRIAC 2012-2016** (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) est l'outil de **programmation financière** et **opérationnelle** de créations et de redéploiement de places dans le secteur médico-social au service de la stratégie de l'agence. Les évolutions du nombre de places autorisées pour le maintien à domicile des personnes âgées (nouveaux AJ, HT et SSIAD), entre le 1er janvier 2012 et le 1er juillet 2014 illustrent bien ce dernier levier (cf. carte page suivante).

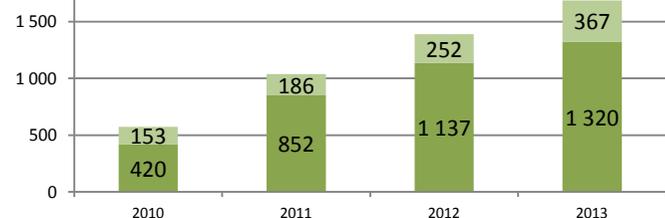
Le **projet transversal « parcours PA »**, démarré en 2013, vise à prévenir les ruptures de prises en charge et à favoriser la fluidité dans le parcours de santé des personnes âgées. Ce projet se déploie à l'échelle de chaque territoire de santé, en associant l'ensemble des partenaires concernés par l'accompagnement des personnes âgées, des acteurs du domicile aux établissements de santé.

A mi-parcours, l'agence a actionné les leviers en sa possession pour favoriser l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées. Les résultats commencent à être perceptibles, comme le souligne la hausse significative des taux d'équipement des AJ et HT pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Toutefois, on peut faire également le constat que les mouvements d'évolution de l'offre ne sont visibles qu'à moyen terme et restent impactés par la forte croissance du nombre de places en EPHAD au cours des dernières années. **L'enjeu est d'organiser de manière plus fluide sur chacun des territoires le parcours de prise en charge facilitant le maintien à domicile.**

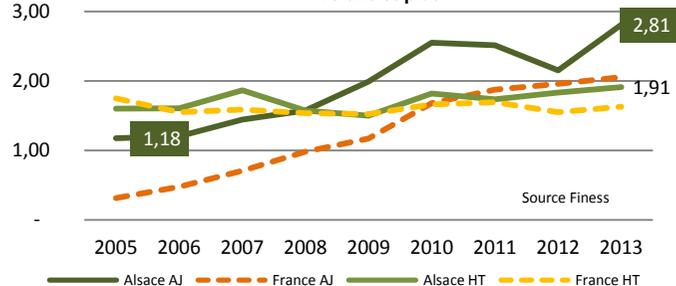
EN CHIFFRES

Source Bilans
RAG MAIA

Personnes âgées prises en charge
par le RAG et les gestionnaires de cas des MAIA

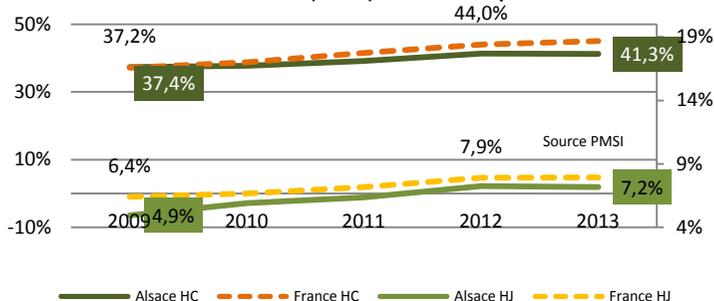


Taux d'équipement des AJ pour 1 000 personnes âgées de
75 ans et plus



Source Finess

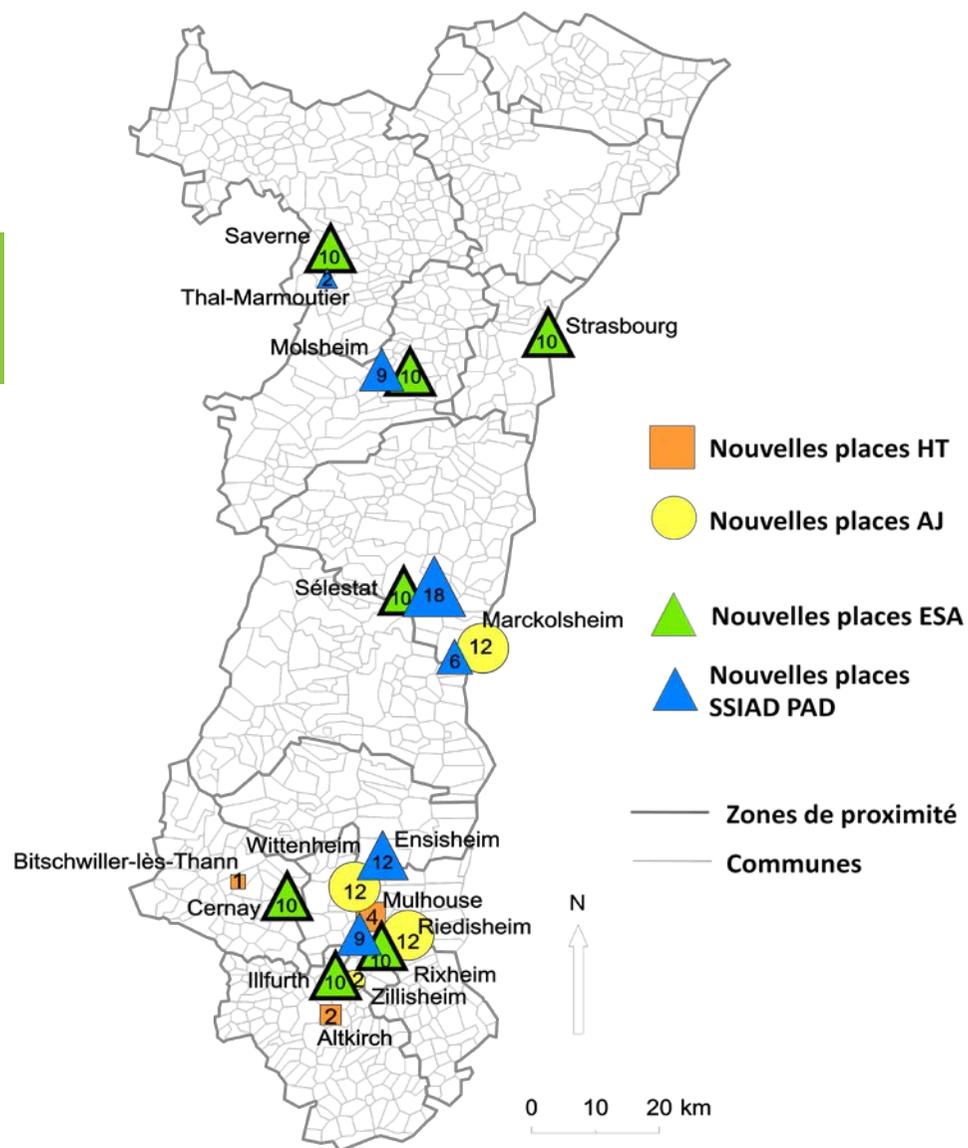
Taux d'entrée par les urgences en Hospitalisation Complète ou
de Jour (HC-HJ) des 75 ans et plus



Source PMSI

BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

EVOLUTIONS DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES POUR LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES, ENTRE LE 1ER JANVIER 2012 ET LE 1ER JUILLET 2014



2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

Retarder l'âge d'entrée en dépendance par la prévention des risques liés à l'âge

L'agence a présenté une **stratégie et des priorités d'actions** de prévention à ses principaux partenaires. Elle porte sur la prévention des motifs d'hospitalisations évitables des personnes âgées: dénutrition, dépression, chutes, iatrogénie médicamenteuse.

Un travail collaboratif avec la DRJSCS (plan activités physiques, santé, bien-être) est engagé dans le cadre de la prévention des chutes en encourageant la poursuite d'une activité physique.

Les données relatives à l'accès aux soins bucco-dentaires en EHPAD sont collectées en vue de rédiger un **état des lieux**. L'agence a opté pour la formation de référents en santé orale dans chaque établissement chargés de diffuser les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. **4 contrats d'engagement avec établissement pivot sont signés** et le planning de déploiement des formations est programmé.

Assurer la coordination et la continuité des PEC à domicile

La nature et le nombre des intervenants à domicile varient selon la nature et l'importance des déficiences. Celles-ci impliquent fréquemment la mise en œuvre combinée de PEC sociales et de soins. Les coordinations existent mais elles sont souvent propres à une partie seulement du champ des prestations.

Ainsi, le « **maintien à domicile** » a-t-il été **identifié par l'agence comme une priorité**. A ce titre, l'agence a engagé la création de nombreuses places de SSIAD et garantit le financement des prises en charge lourdes à domicile (actes médico-infirmiers, environ 1,5 M€ par an). En travail conjoint avec les **SSIAD et les HAD**, elle a assuré la rédaction d'une **convention type régionale de prise en charge en relais**. Cette convention est disponible sur le site internet.

En 2013, 56 EHPAD, soit un tiers des EHPAD, bénéficiaient d'une **couverture infirmière la nuit** (garde ou astreinte). Afin de développer cette bonne pratique, un AAC sera lancé auprès des établissements fin 2014 pour favoriser l'astreinte IDE de nuit.

Pour les situations plus complexes qui nécessitent une évaluation médicale de la situation de la personne et une coordination avec les services d'aide à domicile, la région bénéficie des dispositifs RAG (Réseau Alsace Gérontologie) et MAIA (portées par les CG). A l'heure actuelle, 5 MAIA sont en fonctionnement, 2 seront prochainement ouvertes et 2 viennent tout juste d'être autorisées en mai et juin 2014. Sur la période considérée, les **critères d'inclusion en gestion de cas ainsi que dans le réseau ont été précisés** entre les différents partenaires, afin d'assurer plus de lisibilité de cette offre de coordination autour de la personne âgée en situation difficile.

En sus de ces projets thématiques, **l'agence mène le projet transversal « Parcours PA »** (cf. encart « focus » ci-contre).

En complément et dans un souci de faciliter l'orientation et le suivi des patients, l'agence promeut des systèmes d'information et plus spécifiquement le **dossier d'admission en EHPAD unique et dématérialisé (Trajectoire EHPAD)**. Il a été expérimenté dans le Haut-Rhin (Sundgau) et le Bas-Rhin (Saverne) à l'automne 2013 avant d'être généralisé et sera ouvert au public en décembre 2014.

Développer l'aide aux aidants pour permettre le maintien à domicile

Des solutions de répit (y compris en soirée et le week-end) sont offertes aux aidants pour prévenir les risques d'épuisement.

Une trop grande dispersion des places d'hébergement temporaire (HT) a été constatée. L'agence prévoit de **restructurer l'offre d'accueil en HT** par la création d'unités disposant d'une taille critique minimale d'au moins 10 places, en tenant compte des structures existantes. Les CG sont parties prenantes de cette politique. Une revalorisation du forfait soins des places d'hébergement temporaire (de 10 600 à 13 325€ par place) des unités répondant aux nouvelles orientations accompagne cette restructuration.

En matière d'hébergement temporaire d'urgence (HTU), une **expérimentation** des modalités d'organisation **incluant 4 établissements** -un par territoire de santé- a été mise en place depuis le 1er janvier 2014. Cette expérimentation a été financée par le FIR à hauteur de 200 K€.

Dans la continuité du **plan Alzheimer** (2008-2012), l'agence développe une palette d'offre complète pour les aidants, améliore leur information et promeut l'information des professionnels aux problématiques des aidants. L'objectif n°1 du plan est consacré à « apporter un soutien accru aux aidants ».

FOCUS

Parcours PA, pilotage et méthodologie

Le projet Parcours PA a été lancé en mars 2013. Il s'appuie sur un pilotage en interne stratégique et opérationnel, une gouvernance conjointe qui associe les CG au groupe projet. La démarche est territoriale afin de prendre en compte les spécificités locales.

Sur la première période du PRS, un diagnostic a été réalisé pour chaque territoire et partagé en séminaire. 12 groupes de travail sont lancés en vue de proposer des pistes d'actions qui pourront être généralisées à la région.

Les axes opérationnels de travail retenus sont :

- Anticiper les situations de rupture ;
- Assurer l'adéquation des missions des acteurs ;
- Organiser la coordination des acteurs ;
- Rendre lisible l'ensemble du dispositif.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

Repérage des signes de dépression : cet axe sera abordé par un recensement préalable des bonnes pratiques de repérage et prise en charge, à domicile et dans les EHPAD.

Focus PRIAC

La prise en charge médico-sociale des personnes âgées en Alsace relevant de l'agence repose sur **237 établissements et services médicalisés : 168 EHPAD, 20 unités de soins de longue durée (USLD), 40 SSIAD** (54 sites en tout), et **9 accueils de jour** autonomes, qui pour certains sont multi-sites et recouvrent un nombre important de places.

Ainsi, l'enveloppe médico-sociale pour personnes âgées s'élève en 2014 à plus de **251 millions d'euros** en Alsace dont **3,8 millions de crédits de création de places nouvelles, et 4 millions de crédits de médicalisation** des EHPAD.

Priorité au développement des services favorisant le maintien à domicile

Cette orientation se traduit par l'augmentation progressive, dans l'offre globale d'établissements et services médico-sociaux pour PA principalement constituée à ce jour par les EHPAD, de la part des places de SSIAD, d'AJ, et d'HT. Ainsi, la part des services favorisant le maintien à domicile a évolué de 14,5% en 2010 à 16,7% en 2013.

A ce jour (septembre 2014), les 40 SSIAD alsaciens offrent 2452 places installées pour PA auxquelles s'ajoutent 110 places en équipes spécialisées Alzheimer (ESA), les AJ 416 places (en AJ autonome ou annexé à un EHPAD), et l'hébergement temporaire en EHPAD plus de 315 places.

Au-delà des trois EHPAD qui doivent ouvrir en 2015-16 dans la région (Horbourg-Wihr et Richwiller en 2015, Saverne en 2016), il n'est pas prévu de création de nouvel EHPAD ultérieurement. L'objectif sera, en fonction de la disponibilité de crédits nouveaux, d'étendre les capacités des petits établissements de moins de 80 lits. A juin 2014, on compte 588 places d'hébergement permanent ouvertes depuis 2012.

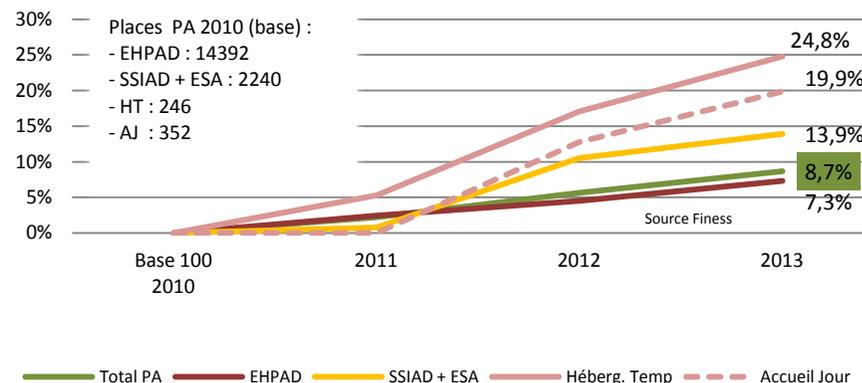
Priorité au Maillage territorial équilibré

Les **AAP** lancés pour créer des places d'AJ et d'HT ont ciblé, en accord avec les conseils généraux, des zones prioritaires au regard du taux d'équipement.

Le dernier appel à projet SSIAD a permis notamment de couvrir les « zones blanches » restantes, i.e. les zones non couvertes de la région : le canton de Villé et deux communes de la zone de proximité de Saverne.

EN CHIFFRES

Evolution des capacités installées périmètre
Personnes âgées 2010- 2013 (Base 100 année 2010)



PRIAC, un travail au quotidien de l'agence

Le PRIAC est le levier financier actionné par l'agence dans le cadre de cette priorité 6. A ce titre, l'agence élabore la stratégie qui se décline notamment en ouverture de places. Puis les AAP sont lancés. Les dossiers sont instruits en vue de la commission de sélection. Les projets retenus sont autorisés. Enfin, l'agence opère la mise en œuvre de ces places : elle veille au respect des délais d'installation, réalise les visites de conformité, et dans le cas d'un avis défavorable, mène les actions adéquates. Les **correspondants d'établissements** sont les acteurs de cette mission.

FOCUS PLAN ALZHEIMER

APPORTER UN SOUTIEN ACCRU AUX AIDANTS & DEVELOPPER ET DIVERSIFIER LES STRUCTURES DE REPIT

Accueil de jour :

423 places d'AJ autorisées pour Alzheimer

Hébergement temporaire :

69 places d'HT autorisées (pour un total de 341 places pour personnes âgées dépendantes)

Plateforme d'accompagnement et de répit :

3 plateformes installées (TS 1, 3 et 4)

Formation des aidants :

32 sessions financées

RENFORCER LA COORDINATION ENTRE TOUS LES INTERVENANTS

MAIA :

5 MAIA en fonctionnement (Mulhouse, 3 pays, Colmar, Haguenau-Wissembourg, Saverne)

1 MAIA autorisée en 2013, non encore en fonctionnement (Molsheim)

2 MAIA autorisées en 2014 (Guebwiller et Obernai-Sélestat)

PERMETTRE AUX PERSONNES ATTEINTES ET A LEURS PROCHES DE CHOISIR LE SOUTIEN A DOMICILE

Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) :

11 ESA en fonctionnement

CREER AU SEIN DES EHPAD DES UNITES ADAPTEES POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DE COMPORTEMENT

Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) :

40 PASA autorisés dont 22 en fonctionnement

Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) :

6 UHR autorisées dont une dans le MS et une dans le sanitaire en fonctionnement

Unité Cognitive Comportementale (UCC) :

3 UCC en fonctionnement : 1 au CH de Colmar et 1 au CHU de Strasbourg, 1 au CH de Mulhouse

AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET OPTIMISER LE PARCOURS DE SOINS

Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) :

Labellisation des CMRR sur la base du nouveau cahier des charges paru en 2011

Consultations Mémoire (CM) :

13 CM hospitalières labellisées. L'ensemble des zones de proximité dispose d'une CM de proximité (à l'exception de Saint Louis)

21 CM libérales « identifiées » : 20 CM de neurologues (dont 4 à titre provisoire) et une d'un gériatre

LE PLAN

^{ème} **3 plan Alzheimer**, élaboré sur la base des travaux de la commission présidée par le Pr Joël Ménard : Rapport remis le 8/11/2007, insistant sur la **nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants**

SA MISE EN ŒUVRE

- En Alsace, l'ensemble des dispositifs prévus par le plan Alzheimer est déployé ou en cours de mise en œuvre (PASA notamment), lorsque des travaux d'aménagement sont nécessaires.

Il reste à accompagner la montée en charge (plateformes de répit, ESA) et l'installation des derniers dispositifs financés par les crédits du plan Alzheimer (UHR, PASA) et à les faire connaître aux professionnels de santé.

- Une fois qu'il aura été publié, déclinaison au niveau régional du nouveau plan « maladies neurodégénératives » incluant la maladie d'Alzheimer, dont les travaux ont été lancés en 2013 lors de la journée mondiale de la maladie d'Alzheimer.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Démarche transversale, territoriale et participative du Parcours PA

L'agence met en place, en lien avec les conseils généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, un dispositif destiné à prévenir les ruptures de prise en charge. Sur chaque territoire, **un établissement a été missionné pour procéder à un diagnostic** territorial partagé avec un panel d'acteurs des secteurs libéraux, sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Des groupes de travail intégrant ces acteurs ont été proposés pour tenter de répondre aux principales problématiques relevées.

A la fin de l'année 2014, les projets seront **évalués par des indicateurs** que les pilotes de ces groupes auront proposé. Ceux qui sont porteurs de véritables améliorations dans le parcours **feront l'objet d'un déploiement régional**. A titre d'exemple, le CHM porte des actions qui visent à organiser un avis gériatrique par téléphone à destination des professionnels du domicile, améliorer l'organisation de la sortie l'hôpital, diffuser un document de synthèse en sortie d'hôpital et mettre en place un dossier de coordination au domicile.

Le travail par territoire permet de prendre en compte les problématiques locales et a révélé que même à cette échelle tous les acteurs ne connaissent pas l'ensemble de l'offre. Par ailleurs, le chef de projet s'assure de « décrocher » le sanitaire et le MS dans la mesure où les ES sont parties prenantes : dans deux territoires, ce sont les hôpitaux de référence qui portent la démarche (CHM et HUS).

En interne, le pilotage de ce projet est transversal. Ainsi, les projets thématiques en cours sont utilisés comme des leviers d'action au parcours. Une telle démarche évite les chevauchements.

La démarche de restructuration de l'offre d'HT est innovante et participative

Le projet de restructuration de l'offre d'HT prévoit que les places d'HT seront transformées en hébergement permanent (HP) dans les établissements renonçant à l'HT, et les places d'HP en HT dans les établissements regroupant les places d'HT. Cette démarche innovante, basée sur la participation des établissements, pourrait répondre aux difficultés rencontrées par de nombreuses régions, à faire fonctionner les places d'HT dispersées.

En outre, la construction de l'expérimentation de l'hébergement temporaire d'urgence a pleinement associé les établissements concernés à la rédaction du cahier des charges.

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

- La **stratégie de prévention** est stabilisée, mais doit encore être mise en œuvre.

Mener à bien la structuration des parcours de prise en charge en proximité, au sein de chaque territoire et de chaque zone de proximité.

• Coordination et continuité de la PEC à domicile :

- Les missions du RAG évolueront pour conforter son rôle d'appui aux professionnels de premiers recours pour la coordination des cas complexes. Cette évolution est cohérente avec la stratégie nationale de santé.

- Continuité SSIAD – HAD : une convention de prise en charge concomitante en complément de la convention relai déjà existante sera rédigée.

- L'actualisation du nouveau PRIAC pour 2014-2018 permettra le renforcement de l'offre de places destinées au maintien à domicile (SSIAD, AJ, HT).

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- La multiplicité des chantiers sur le terrain
- Difficultés de coordination avec un nombre important d'intervenants sur le terrain

67

RESSOURCES A MOBILISER

- Partenariats avec les conseils généraux

LEXIQUE

- AAC** : appel à candidatures
- AAP** : appel à projets
- AJ** : accueil de jour
- CHM** : centre hospitalier de Mulhouse
- DRJSCS** : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- EHPA** : établissement d'hébergement pour personnes âgées
- EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ES** : établissement de santé
- ESA** : équipes spécialisées Alzheimer
- EMS** : établissement médico-social
- FIR** : fonds d'intervention régional
- HAD** : hospitalisation à domicile
- HC** : hospitalisation complète
- HJ** : hôpital de jour
- HP** : hébergement permanent
- HT** : hébergement temporaire
- HTU** : hébergement temporaire d'urgence
- HUS** : hôpitaux universitaires de Strasbourg
- ITSS** : inégalités territoriales et sociales de santé
- MAIA** : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins en faveur des aînés
- MARPA** : maison d'accueil rurale pour personnes âgées
- MS** : médico-social
- PAERPA** : personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- PASA** : pôle d'activités et de soins adaptés
- PEC** : prise en charge
- PNNS 3** : plan national nutrition santé 3
- PRIAC** : programme régional et interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie
- PUV** : petite unité de vie
- RAG** : réseau Alsace gérontologie
- SAAD** : service d'aide à domicile
- SI** : système d'information
- SPASAD** : service polyvalent d'aide et de soins à domicile
- SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- TS** : territoire de santé
- UHR** : unité d'hébergement renforcée
- USLD** : unités de soins de longue durée

ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

Modalités de prise en charge des personnes âgées

Hébergement complet	<div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">EPHAD (dont UHR et PASA ; dont certaines PUV)</div> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center;">EHPA (dont PUV/ MARPA, foyer logement)</div>
Alternatives	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Hébergements temporaires</div> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Accueil familial</div> </div> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;">Accueils de jour</div>
Domicile/ Réinsertion	<div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">SSIAD</div> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">SAAD</div> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 5px; text-align: center;">SPASAD</div>

Source: Inspiration , Guide coopération MS - ANAP

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 7 DU PSRS

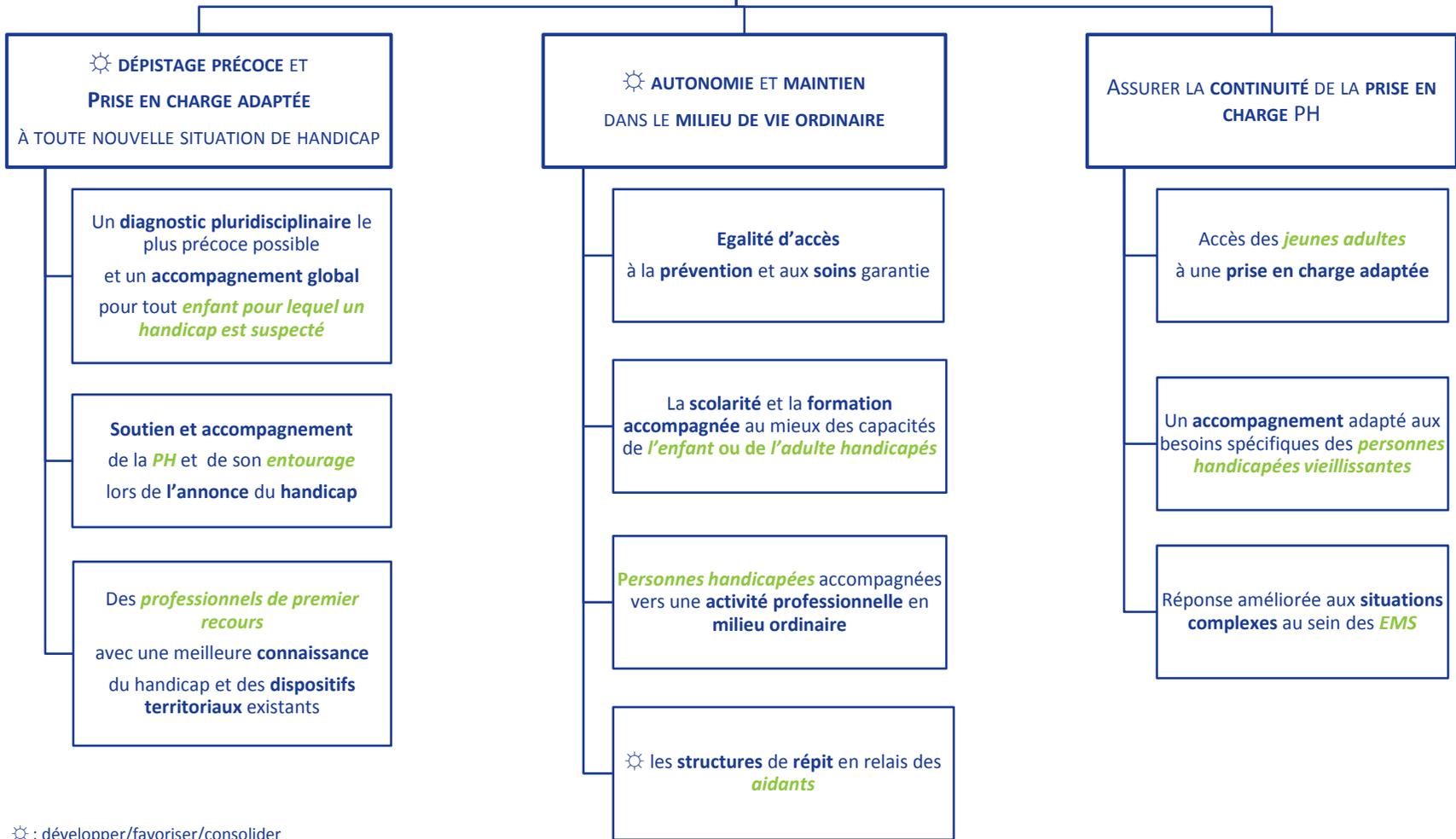
 **des modalités de prise en charge adaptées**
→ faciliter le projet de vie

Personnes en situation de handicap

Et SROMS PH

Référent thématique : Evie Faugas

Priorité 7 :
☀ **modalités de prise en charge adaptées**
→ **faciliter le projet de vie**
Personnes en situation de handicap



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

La loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des PH a défini les orientations de la politique du handicap. Dans sa continuité, la priorité 7 du PSRS en précise les objectifs pour l'Alsace : **favoriser l'autonomie des personnes handicapées tout au long de leur vie, en privilégiant l'accès au droit commun lorsque cela est possible, une adaptation du droit commun dès lors que l'accès doit être facilité et, en dernier lieu si nécessaire, une offre spécifique.**

Pour ce faire, l'agence **cherche à structurer l'organisation des opérateurs** de ce secteur. Pour chaque étape du parcours de vie, l'ARS tente de définir une organisation cible, territorialisée et graduée : diagnostic précoce, accompagnement à l'âge scolaire adapté aux besoins et aux capacités des jeunes avec DI, TSA, TCC..., prise en charge des adultes, prise en compte des besoins des personnes vieillissantes.

En complément de cet objectif de continuité dans les parcours de vie, l'agence impulse **une dynamique forte de diffusion des bonnes pratiques professionnelles, d'échanges professionnels et de formation continue des acteurs de proximité** afin d'assurer aux PH des conditions d'accueil optimales, au plus juste des connaissances scientifiques actuelles.

L'agence pilote le **PRIAC (2012-2016)**, principal levier financier de la bonne mise en œuvre de sa stratégie. Ainsi l'agence finance (seule ou conjointement avec les conseils généraux) des places dans les établissements et services nécessaires à chaque étape du parcours de vie tout en favorisant l'autonomie et le maintien dans le milieu de vie ordinaire. Au vu des spécificités régionales, priorité est donnée à l'accueil du public adulte avec un handicap lourd, au renforcement de l'offre du Bas-Rhin et au développement des services dans l'offre globale MS.

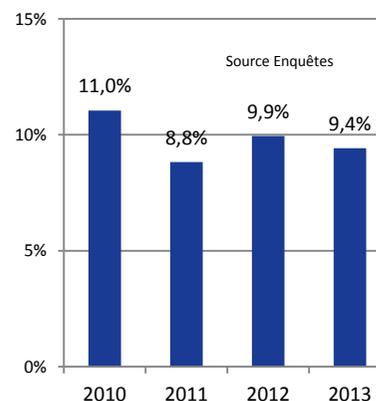
Dans son action, l'agence **fait appel à un réseau de partenaires très impliqués (autres administrations – Rectorat, DRJSCS...), CREA, centres de référence (CRA, CRTA...), associations gestionnaires et établissements médico-sociaux publics.**

A mi-parcours, une première étape est franchie. Les actions de renforcement de l'offre (capacités et organisation) ont été menées en cohérence avec les orientations du schéma. Les diagnostics ont été réalisés et les préconisations élaborées. Reste à transformer l'essai, notamment en donnant la priorité à la finalisation des chantiers ouverts et leur promotion auprès des opérateurs et partenaires de l'agence.

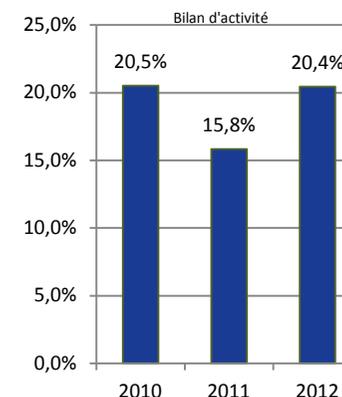
☀ modalités de prise en charge adaptées → faciliter le projet de vie
Personnes en situation de handicap

EN CHIFFRES

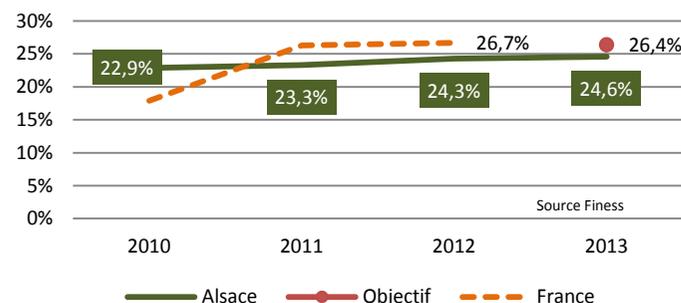
Part de jeunes adultes maintenus par défaut dans le dispositif enfants (Creton)



Part des enfants de moins de 3 ans parmi les admissions en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)



Part des services dans l'offre PH MS



 **modalités de prise en charge adaptées → faciliter le projet de vie**
Personnes en situation de handicap

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

Favoriser le dépistage précoce et une prise en charge adaptée à toute nouvelle situation de handicap

- En termes de capacités, le PRIAC 2012-2016 a pour objectif d'assurer une meilleure couverture du territoire en prévoyant la création de 35 à 45 places de CAMSP.
- En termes qualitatif, une première étape a consisté à affiner la connaissance des acteurs et des partenariats existant sur le terrain. A cette fin, un **rapport d'activité harmonisé des CAMSP** a été élaboré, en lien avec ces établissements. Leur analyse a ensuite donné lieu à un rapport régional élaboré par le CREAL, complété d'un **inventaire de l'offre** par territoire de santé, afin d'élaborer **des préconisations en vue d'une organisation graduée et lisible de la filière de dépistage et de diagnostic précoces de l'enfant** (juin 2013), mettant en avant 4 grands principes structurants.
- Cette première phase d'analyse a été immédiatement suivie d'une mission confiée au CREAL et à la direction générale du CH d'Erstein afin de s'assurer, par un travail d'information et de sensibilisation des acteurs, sur chaque zone de proximité, le développement d'une organisation répondant aux critères cibles définis dans le respect des modes de fonctionnement déjà établis (2013-2014).

Assurer la continuité de la prise en charge des personnes en situation de handicap

L'ARS impulse :

- Le développement, en partenariat avec les CG, les MDPH 67 et 68 et le GCS E-santé et en copilotage avec les ARS Rhône-Alpes et Bourgogne, d'un système d'information destiné à **faciliter l'orientation en ESMS, Trajectoire PH**.
 - **La réduction des disparités intra-régionales** : la réduction des disparités d'équipement entre les deux départements et entre les champs enfants et adultes est au cœur de la stratégie de l'agence développée dans le PRIAC en cours. Au vu des spécificités régionales, priorité est donnée au public adulte (entre 72 et 92 places nettes d'établissement adultes – hors médicalisation – programmées au PRIAC) et au renforcement de l'offre du Bas-Rhin.
- L'ARS élabore également une réponse aux difficultés concernant :
- Le relais des prises en charge à des « **âges charnières** » (20 ans et 60 ans notamment). L'ARS met en œuvre un développement de l'offre au bénéfice des **PH vieillissants** (80 places par médicalisation ; mais aussi, une équipe mobile desservant le Sundgau) et une étude prospective quant aux besoins spécifiques de cette population dans l'avenir.
 - Certains handicaps nécessitant une prise en charge à fort niveau de technicité : l'ARS s'investit ainsi fortement dans la mise en œuvre du **plan Autisme 2013-2017** et du Schéma « **handicaps rares** ».

Focus

Handicaps rares

Dans le cadre de la mise en œuvre du **schéma national pour les handicaps rares**, l'ARS Alsace participe aux travaux interrégionaux pilotés par l'ARS Lorraine. Dans ce cadre, il est proposé :

- La publication d'un appel à candidatures pour la création d'équipes relais (désignation des équipes retenues : septembre 2014) ;
- La réalisation d'un état des lieux interrégional des besoins, confié aux équipes relais et complété par les ARS, qui servira de base à la création par appel à projets de places en établissements et en services à projet spécifique.

EVOLUTIONS DES MOYENS FINANCIERS ET EN PLACES DANS LE SECTEUR PH

Pour le secteur PH, le montant de l'enveloppe (Dotation régionale limitative) déléguée à la région pour 2014 est de **247 876 950 €**, en évolution de 3 % par rapport à 2013.

S'y ajoutent pour les ESAT **39 548 527 €** (+1 % par rapport à 2013).

Evolution du nombre de places en secteur PH, région Alsace de 2010 à 2013

Alsace	31/12/2010	31/12/2011	31/12/2012	31/12/2013	Evolution 2010-2013
Etab EH	2 971	3 004	3 032	3 034	2%
SESSAD	1 168	1 219	1 286	1 298	11%
Total Enfants	4 139	4 223	4 318	4 332	5%
MAS	623	677	711	711	14%
FAM	600	647	721	722	20%
SAMSAH	52	87	127	133	156%
SSIAD PH	145	145	155	155	7%
Total Adultes	1 420	1 556	1 714	1 721	21%

Sources : Finess (cf. Données CPOM Etat-ARS indicateur 4.4)

2012-2014: Les actions mises en œuvre par l'Agence (suite)

Favoriser l'autonomie et le maintien dans le milieu de vie ordinaire

Afin de garantir l'égalité d'accès aux soins et à la prévention, l'agence :

- met en place et finance des campagnes de dépistage et de soins en santé bucco-dentaire (cf. «**Handident**») des enfants et adultes en ESMS ;
- prévoit la **formation de référents nutrition** et **fixe des objectifs** sur le renforcement d'activités physiques adaptées, pour mieux prévenir le surpoids des jeunes accueillis en EMS.
- préconise la création de « **référents handicap** » dans les établissements de santé, objectif inscrit dans chaque CPOM ;
- a mis en place un groupe de travail qui élabore des outils (**fiche de liaison urgence-hospitalisation, fiche de liaison retour et convention-type de PEC**) pour améliorer la prise en charge des PH par les services des urgences.

Pour favoriser la **scolarisation et la formation au mieux des capacités des personnes accompagnées** :

- 38 places de SESSAD ont été autorisées sur la période 2012-2014 (dont 6 places autisme et 20 places TCC) ;
- une **convention cadre a été signée en mai 2013 avec l'EN**. Elle a notamment pour objectif de *favoriser des parcours de scolarisation décloisonnés entre milieu ordinaire et milieu spécialisé* au plus près des besoins et des capacités des jeunes handicapés. Elle prévoit notamment de mettre en œuvre un **conventionnement tripartite (EN-ARS-ESMS) des Unités d'Enseignement** dans les IME, IEM et ITEP. L'année 2013-2014 a donné lieu à l'élaboration conjointe des outils et de la méthodologie pour ce faire au cours de l'année 2014-2015 ;
- des travaux destinés à élaborer au niveau régional des **modes d'organisation cible pour les établissements médico-sociaux pour enfants (IME et ITEP notamment)** sont menés : analyse des coûts à la place et des écarts entre l'agrément et le public accueilli pour les IME (novembre 2013), plan régional d'inspection-contrôle devant donner lieu à une synthèse quantitative et qualitative pour les ITEP, rapport d'activité harmonisé des SESSAD. Ces travaux doivent donner lieu à la définition de principes organisationnels qui devront être mis en œuvre à compter de 2014-2015, en concertation avec les établissements et services concernés (revue des agréments, évolution des modes de fonctionnement, péréquation des coûts à la place...).

D'une manière générale, en termes de créations de places nouvelles, l'ARS **favorise les services dans l'offre globale MS** : la part des services sur la période en lien avec le PRIAC est en progression constante (création de 38 places de SESSAD pour 12 places d'IME - ratio : 75,5% ; 118 places de SAMSAH pour 192 places de FAM et MAS (ratio : 38%) [données CPOM Etat-ARS].

Focus plan autisme 2013-2017

Axes de travail

- Elaboration d'un plan d'actions régional déclinant les orientations nationales du plan autisme et s'inscrivant en cohérence avec le PRS ;
- Mise en place d'une concertation dès l'élaboration du plan d'actions régional, au sein de la conférence régionale de santé et du comité de coordination des politiques publiques du secteur médico-social.

Actions réalisées

- Commande au CREAI Alsace d'un état des lieux régional ;
- Désignation en interne d'un binôme référent autisme ;
- Elaboration de la méthodologie projet : rédaction d'une note de cadrage relative à la phase conception du plan d'action régional ;
- Constitution et animation d'un groupe-projet (5 réunions de novembre 2013 à mars 2014) constitué de représentants de l'Education nationale, des CG et MDPH 67 et 68, du CRA (pôles enfants et adultes) et du président de la commission spécialisée de la CRSA.
- Séminaire du CTRA le 21 mars 2014 ;
- Elaboration et concertation autour du Plan d'Action Régional et du PRIAC Autismes finalisés le 30 juin 2014 ;
- En soutien du plan autisme, un crédit de 116 K€ a été alloué au centre régional autisme en vue du déploiement d'un plan de formation régional relatif au repérage, dépistage, diagnostic des troubles du spectre autistique au cours de l'exercice 2014.

Reste à faire

- Publication et instruction des appels à projets et appels à candidature afférents (2014-2015) ;
- Construction et analyse d'un tableau de bord régional sur l'autisme et les TSA en partenariat avec le CREAI ;
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan régional de formation continue en partenariat avec UNIFAF ;
- Accompagnement des promoteurs dans la mise en œuvre des projets.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

- Développement d'**outils régionaux** permettant une **connaissance plus fine et fiable** des réalités du terrain : rapports d'activités harmonisés, SI orientation.
- **Articulation avec des actions de l'agence hors champ PH** : ex. plan d'actions surpoids-obésité des enfants, 1ère évaluation des CPOM établissements sanitaires (signés en 2012).
- **Qualité et régularité des relations avec les partenaires extérieurs**, fortement impliqués : conseils généraux, DRJSCS, Rectorat, Groupe-projet Autisme ...
- **Expérimentation de solutions innovantes** : ex. équipe mobile soignante (Hirsingue) apportant une réponse aux besoins en soins de personnes handicapées vieillissantes résidant au sein de foyers non médicalisés.
- **Travail en mode projet** assurant une conception opérante du plan d'actions des chefs de projet.
- Coordination des différentes actions par un **réfèrent de volet dédié** (encore à développer).

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Priorité à donner à la finalisation des chantiers ouverts :

Favoriser le Dépistage précoce et une PEC adaptée à toute nouvelle situation de handicap :

- Contractualisation avec les réseaux de proximité sur le respect des principes organisationnels définis ;
- Mise en œuvre du « triptyque » de prise en charge précoce préconisé par le Plan Autisme.

Favoriser l'autonomie et le maintien dans le milieu de vie ordinaire :

• **Prévention et soins :**

- Elargissement des travaux à l'accès à certaines autres PEC sanitaires (psychiatrie, obstétrique, douleur ...);
- Prise en compte des besoins spécifiques des personnes avec TSA.

• **Scolarité et formation accompagnée :**

- Accompagnement individualisé dans le changement des IME et de leurs gestionnaires : mise en œuvre des modifications d'agrément, d'une tarification modulée, de convergence vers des bonnes pratiques ;
- Définition et mise en œuvre d'une organisation cible à l'égard des TCC.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- **Diversité et ampleur des chantiers ouverts.**
- **Qualité insuffisante des données de base sur certaines thématiques** : observation des besoins, SI interne à l'agence (en matière de données médico-économiques, de suivi pluriannuel du PRIAC ...).
- **Insertion professionnelle** : manque de leviers à disposition de l'ARS et marges budgétaires faibles.

LEXIQUE

Amendement Creton : dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes

CAMSP : centre d'action médico-social précoce

CG : conseil général

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

CPO : centre de pré orientation

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRA : centre de ressources autisme

CREAI : centre régional pour l'étude et l'action en faveur de l'insertion

CRP : centre de rééducation professionnelle

CRTA : centre référent des troubles de l'apprentissage

CTRA : comité technique régional de l'autisme

DI : déficience intellectuelle

DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

EA : entreprise adaptée

EEAP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

EMS : établissement médico-social

EN : éducation nationale

ES : établissement sanitaire

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ESMS : établissement et service médico-social

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FH : foyer d'hébergement

FV : foyer de vie

GCS : groupement de coopération sanitaire

HAS : haute autorité de santé

IEM : institut d'éducation motrice

IME : institut médico-éducatif

ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAS : maison d'accueil spécialisé

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MS : médico-social

PEC : prise en charge

PH : personne en situation de handicap

PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : projet régional de santé

PSRS : plan stratégique régional de santé

SAAAIS : Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire

SAAD : service d'aide à domicile

SAMSAH : service d'accompagnement MS pour adulte handicapé

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SI : système d'information

SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSEFIS : service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

TCC : trouble du comportement et de la conduite

TSA : trouble spécifique des apprentissages

UEROS : unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle

ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

PERSONNES HANDICAPÉES

Les adultes handicapés	Les enfants handicapés
Établissements « médicalisés »	IME
FAM MAS	IEM
Établissements non « médicalisés »	ITEP
FH-FV	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
MAS DE JOUR FV DE JOUR	IME-IEM DE JOUR EEAP DE JOUR
ACCUEIL FAMILIAL FAM DE JOUR	CAMPS, CMPP (consultations) ITEP DE JOUR
SSIAD	SESSAD
SAAD	SSEFIS
SPASAD	SAAAIS
SAVS SAMSAH	
ESAT*EA CRP-CPO-UEROS	

■ Financement AM ■ Financement CG

▨ Co-financement AM-CG □ * Aide sociale de l'État

Source : ANAP, les coopérations dans le secteur MS

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 8 DU PSRS

**Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale
→ faciliter l'AUTONOMIE et l'INSERTION**

*Personnes souffrant de
pathologies mentales et de handicap psychique*

Référents thématiques : Evie Faugas & Dr Marc Kieffer

Priorité 8 :
Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale
→ faciliter l'autonomie et l'insertion
personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique

AMÉLIORER LE **REPÉRAGE** DES TROUBLES MENTAUX ET L'**ACCÈS AU DIAGNOSTIC**
enfant et adolescent

Des *professionnels de première ligne* accompagnés dans le **repérage précoce**

- des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et les jeunes adultes
- et des troubles envahissants du développement dans la petite enfance

Equipes de proximité impliquées dans l'**aide au diagnostic** et les évaluations initiales de l'autisme

GARANTIR UN DISPOSITIF DE SOINS ACCESSIBLE, GRADUÉ ET ADAPTÉ À L'ÉVOLUTION DES PATHOLOGIES

☀ Programmes d'éducation thérapeutique et de réhabilitation psychosociale *en psychiatrie*

Un bon **maillage territorial** des *structures de proximité*

Accès aux **soins somatiques** facilité

Continuité des soins assurée dans le temps et « **référénts de parcours** » expérimentés

☀ LA COORDINATION ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES RÉPONSES

Connaissance des **ressources disponibles** au sein d'un *territoire*

Effectivité de la **coordination** des prise en charge sanitaires et médico-sociales

Outils de **contractualisation** ou de formes juridiques nouvelles favorisant la complémentarité de la prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et ambulatoire

CONTRIBUER À FAVORISER L'INSERTION DANS LA CITÉ

☀ l'accès territorial à l'éducation des *enfants et des adolescents* présentant des troubles psychiques et des troubles envahissants du développement (TED)

Offre de logements adaptés aux *personnes en situation de handicap psychique*

Insertion professionnelle facilitée des *personnes souffrant de handicap psychique*

Intégration sociale par le développement d'un accompagnement personnalisé et de formules innovantes de participation aux soins et à la réinsertion des *personnes dans la cité ou de leurs proches*

☀ : développer/favoriser/consolider

Adapter le prise en charge sanitaire et MS → faciliter l'autonomie et l'insertion
Personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique

BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Dans la continuité du mouvement engagé en psychiatrie depuis de nombreuses années, **l'objectif de cette priorité est d'adapter le dispositif de soins de façon à faciliter l'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques.** Il ne peut être atteint que par la mobilisation coordonnée de dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

Concernant les **enfants**, les orientations du PRIAC 2012-2016 et de l'actuel plan autisme favorisent **le déploiement d'une offre coordonnée, sanitaire et médico-sociale**, propice au repérage précoce des TED dans la petite enfance ; l'agence a renforcé par ailleurs les moyens en CAMPS pour améliorer l'accessibilité aux soins partout en région. Elle a de même travaillé à un meilleur équilibre géographique d'accès à l'éducation des enfants et adolescents handicapés par le renforcement des capacités en SESSAD sur la période 2012/2014.

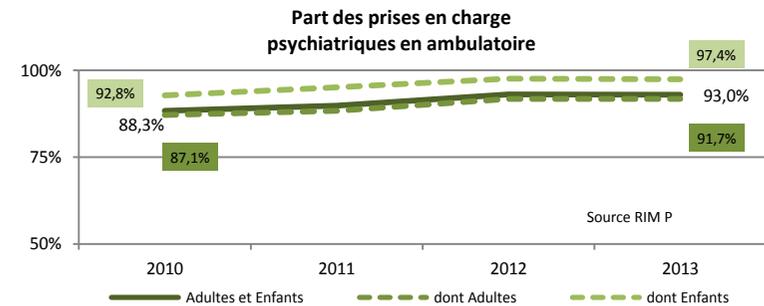
En termes de psychiatrie info-juvénile (PIJ), l'offre de prise en charge est encore relativement inégale selon les secteurs, et ne garantit pas une équité de traitement sur toute la région. Un déficit dans la réponse aux besoins des adolescents est plus particulièrement constaté sur le Haut-Rhin et la priorité est donnée au renforcement des moyens dans ce département.

Pour **les adultes**, l'agence a contribué à faciliter l'insertion dans la cité en améliorant le maillage territorial en SAMSAH (ouverture de 20 places), en renforçant l'offre d'hébergement disponible (création du FAM Route Nouvelle d'Holtzheim) ou en soutenant la création de deux GEM supplémentaires qui s'ajoutent aux huit déjà en place. La création en 2014 d'unités mobiles d'évaluation et de soins dans le Haut Rhin matérialise la capacité des services de psychiatrie à intervenir pour prévenir une situation de crise et une hospitalisation.

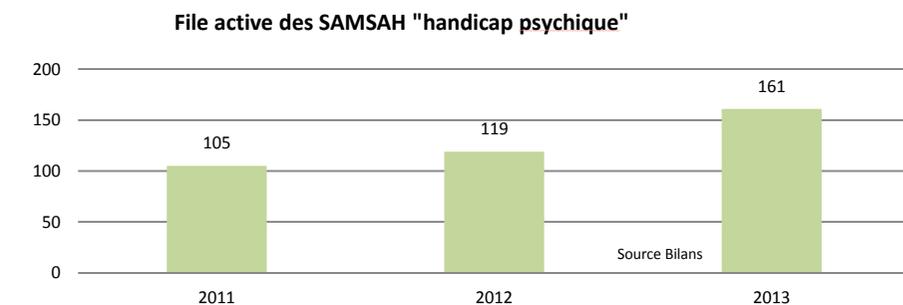
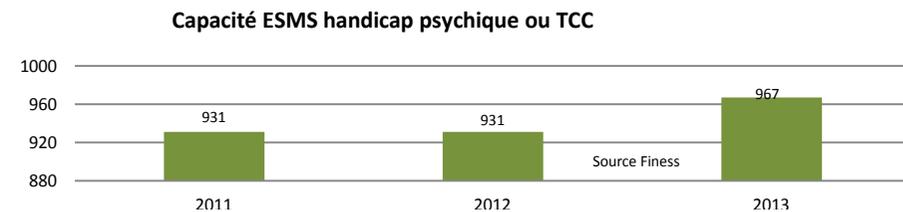
A mi-parcours, la coordination de la prise en charge et la complémentarité des réponses sont des objectifs qui restent à atteindre sur la seconde période du PRS.

Cependant, **la notion de parcours santé mentale peut gagner en clarté et sa traduction sur le terrain doit constituer une priorité de la deuxième phase du PRS.**

EN CHIFFRES



Les types de prises en charge psychiatrique : chaque secteur de psychiatrie dispose, en dehors de l'hospitalisation complète, de plusieurs lieux de soins répartis sur son territoire : Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre d'Accueil, hôpitaux de jour... Chaque année, un peu plus de 50 000 prises en charge en psychiatrie sont enregistrées en Alsace, dont 80% pour des patients adultes. Parmi ces prises en charge, près de 93% sont réalisées en ambulatoire.



File active "handicap psychique" : Total des patients caractérisés "handicap psychique" vus au moins une fois dans l'année.

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE (1/3)

Améliorer le repérage des troubles mentaux et l'accès au diagnostic enfant et adolescent**• Repérage précoce des TED dans la petite enfance :**

- L'offre a été renforcée : le PRIAC 2012-2016 a assuré une meilleure couverture du territoire en prévoyant la création de places de CAMSP : 15 places installées d'ores et déjà sur la zone de proximité de Schirmeck, 2 AAP publiés en octobre 2014 pour les ZP de Mulhouse et de Thann (10 à 15 places pour chacun des AAP). Une antenne du CMPP Paul Rohmer de Strasbourg a été ouverte en 2013.

- Une **organisation pluridisciplinaire du dépistage** est préconisée par l'agence, sur le modèle de l'expérimentation UDOPE (CH Erstein). Une mission visant à accompagner la structuration de la filière de dépistage dans chaque territoire généraliser a été confiée au directeur du CH d'Erstein et au directeur du CREAI. Dans le cadre du plan autisme arrêté en juin 2014, l'agence continue de promouvoir la **structuration de la filière diagnostic précoce** : les CAMSP engagés dans un travail partenarial formalisé avec les acteurs de leur territoire, impliqués dans le repérage et le diagnostic de TSA chez les jeunes enfants, seront renforcés (env. 10 ETP).

• Repérage précoce des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et jeunes adultes :

- Mise en place progressive et renforcement par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile d'équipes dédiées à la prise en charge des adolescents. Sur le territoire 4 : projet commun entre le CH Rouffach et le CHM finalisé.

- Travaux initiés autour de la redéfinition de la cible organisationnelle en Alsace des ITEP. Conjointement avec le CG68, un focus est fait quant aux « publics frontières » (ASE, PJJ, MDPH).

Garantir un dispositif de soins accessible, gradué et adapté à l'évolution des pathologies

Outre les focus ci-après, cet objectif est traité dans le cadre du SROS Psychiatrie-Santé mentale (cf. encadrés dédiés) :

• Maillage territorial des structures de proximité :

A la rédaction du PRS, les zones déficitaires identifiées étaient Saverne, Saint-Louis et Guebwiller. La zone blanche de Guebwiller est désormais couverte suite à l'ouverture de 15 places d'HJ.

• Accès aux soins somatiques :

- Afin d'assurer l'accès aux soins somatiques et à l'électro convulsivothérapie, les conventions entre le CH de Rouffach et le CHM et entre le CH Rouffach et les HCC ont été signées. Dans le Bas-Rhin, les HUS assurent cette activité.

• **Continuité du parcours dans le temps** : Pour certaines situations complexes ou à forte variabilité, il est opportun de pouvoir disposer d'une personne chargée de coordonner les différentes interventions. L'agence promeut l'expérimentation en cours au CH de Rouffach qui désigne pour chaque patient un « référent de parcours » hospitalier et extrahospitalier.

• **Détection des situations de crise et suivi des patients à domicile** : la création d'unités mobiles d'évaluation et de soins (UMES) dans le Haut Rhin a pour objectif de traiter les situations de personnes, parfois non repérées par le dispositif de soins, fréquemment également en rupture de soins en risque de crise, de façon à prévenir une hospitalisation. Le dispositif est en place depuis le 1^{er} mars 2014. Il a vocation à être étendu dans son principe à l'ensemble de la région, après évaluation de son fonctionnement. Sur six mois et pour les seuls secteurs du CH de Rouffach, on dénombrait 76 signalements.

Focus SROS

Améliorer l'accès aux soins en psychiatrie

Dans le cadre du SROS, un des objectifs de l'agence est d'**améliorer ou renforcer la réponse aux situations de crise et d'urgence**. A ce titre :

- des lits de crise ont été mis en place au sein des urgences du CHM courant mars 2014 (3 lits adolescents sous la responsabilité des psychiatres au sein de l'UHCD)

- l'articulation est faite entre les urgences et des équipes spécialisées sous différents formats d'organisation suivant les établissements (psychiatrie de liaison, ECIMUD...).

L'agence travaille également à **apporter une réponse adaptée et équivalente aux patients relevant de soins sans consentement à la loi du 5 juillet 2011**. Dans le cadre des CPOM les objectifs suivants ont été fixés : le suivi des mesures de soins sans consentement et la formalisation des procédures.

Adapter le prise en charge sanitaire et MS → faciliter l'autonomie et l'insertion
Personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

Renforcer la coordination et la complémentarité des réponses

Au niveau régional, les CCESAM se mettent très progressivement en place, avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients. Par ailleurs, un cahier des charges commun aux centres médico-psychologiques (CMP) est finalisé sur le T1 et le T2. L'objectif est d'améliorer l'accessibilité (ouverture en continu...) et l'homogénéité de fonctionnement des CMP, notamment à Strasbourg. Plus largement, a été mise en place en 2013 une cellule de coordination réunissant les trois établissements compétents en psychiatrie à Strasbourg. Sous la houlette d'un coordonateur, un projet d'organisation et de coordination des réponses de psychiatrie sur la CUS est en voie de finalisation. Par ailleurs, le périmètre des secteurs a été adapté de façon à clarifier les conditions d'intervention des établissements sur la CUS.

Un projet de **CREHPSY** (centre de ressources handicap psychique) est porté par le CH de Rouffach, AGAPSY, le réseau GALAXIE... Cette plateforme vise à favoriser l'information et la formation sur l'ensemble du paysage entre handicap et psychiatrie (sanitaire, MS, social) et viendra en aide aux malades et aux aidants.

• **Coordination des prise en charge sanitaires et MS :**

- **Conventions ES – EMS** : L'ARS a clarifié avec les établissements les conditions d'intervention des praticiens dans les établissements pour personnes handicapées dans le cadre de leur activité d'intérêt général, et finance en partie ces interventions. Les ES assurent par ailleurs auprès des EMS une fonction de réfèrent en soins pour le soutien et la formation des personnels et la prise en charge des situations difficiles. Cette coopération peut-être formalisée par convention. Les ES ont été invités à les actualiser.

- **Psychiatrie adulte - Unités mobiles** : En sus des EM dédiées pour les PA et les personnes souffrant de précarité (dont les moyens ont été renforcés), l'agence favorise la mise en place d'équipes mobiles de coordination sur le T2, T3 et T4 :

Sur le *Haut-Rhin*, outre l'UMES qui intervient en amont des crises, l'agence finance la mise en place de l'unité mobile du CH de Rouffach spécialisée autisme.

Sur le *Bas-Rhin* : mise en place de l'unité mobile de l'EPSAN (67G03) spécialisée intervention en EMS (adulte). Le plan autisme prévoit une unité mobile sur le 67 (ouverture au 01/01/2016).

- **Psychiatrie info-juvénile - Dispositif expérimental** : Dans le cadre de la plateforme territoriale de concertation sur le secteur d'Erstein, MS (ADAPEI) et pédopsychiatres du CH Erstein travaillent conjointement à élaborer une charte avec des procédures communes.

• **Outils de contractualisation favorisant la complémentarité de la prise en charge sanitaire, MS, sociale et ambulatoire :**

- **Conseils locaux de santé mentale (CLSM)** : L'ARS porte une stratégie globale de généralisation des CLSM. Aujourd'hui, la région compte 8 CLSM (Strasbourg, Colmar, Mulhouse, Ribeauvillé, Guebwiller, Thann, Habsheim et Saint-Louis). (Cf. bonnes pratiques).

- **CLS** : Ils offrent l'occasion d'engager une réflexion concertée dans le domaine de la santé mentale dans des zones en difficulté. Ainsi, le CLS de Mulhouse se fixe l'objectif de favoriser l'intégration dans la cité des personnes atteintes de pathologies psychiques.

Focus

Un CCESAM par Zone de Proximité

Sur le T1, les CCESAM sont en projet.

Sur le T2, la réflexion est en voie de finalisation sur la CUS. Restent les zones de Molsheim et Schirmeck à couvrir.

Sur le T3, les centres psychothérapeutiques de jour et les UMES jouent ce rôle pour Colmar, Guebwiller, Munster et Rouffach. Les CCESAM d'Obernai et Sélestat sont à mettre en place.

Sur le T4, 1 CCESAM est en cours sur Mulhouse. Ceux de Thann, Altkirch et Saint-Louis sont à créer.

Focus SROS

Améliorer le parcours de soins

Dans le cadre de **l'amélioration du dépistage des troubles psychiatriques chez les PA**, l'objectif est de disposer par TS d'une offre de soins associant HJ, EM géronto-psychiatrique complémentaire à l'EMG et compétences psychiatriques dans l'ensemble des filières gériatriques. Sur Erstein, l'équipe « volante » de gériatrie a été renforcée. L'équipe mobile de psychiatre de l'âge avancé se déploie sur Rouffach. Les projets se lancent pour les secteurs du CHM, de l'EPSAN et de la CUS.

Pour les personnes en situation de précarité, sur le T2, la coordination entre l'EPSAN, les HUS et le CHE est en cours (PASS psy + équipe de liaison mobile pass psy précarité). Sur le T3 et le T4 les équipes mobiles psychiatrie précarité sont en place depuis 2012.

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE (3/3)

Contribuer à favoriser l'insertion dans la cité

• Accès territorial à l'éducation des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques et des TED :

En termes d'offre (opérations du **PRIAC 2012-2016** en faveur des **SESSAD**), l'agence a travaillé à un meilleur équilibre géographique des capacités :

- AAP 20 places sur les territoires de santé 1, 3 et 4 à destination des enfants souffrant de troubles du comportement et de la conduite : installation en 2013

⇒ 10 places au SESSAD « les tilleuls » de Scharrachbergheim-Irmstett

⇒ 10 places au SESSAD Saint Jacques d'Illzach

- AAP 6 places sur le territoire de santé 3 à destination des enfants atteints de trouble du spectre autistique : installation en 2013

⇒ 6 places au SESSAD Saint Joseph de Colmar

• Offre de logements adaptés :

- L'agence finance une partie du dispositif des **baux glissants**, qui permet une intégration progressive de patients dans un logement de droit commun. Pour Mulhouse, le financement accordé par l'ARS est un engagement du contrat local de santé

- *Bas-Rhin* : En 2014, 42 places pour personnes souffrant d'un handicap psychique seront installées au sein du **FAM** Route Nouvelle d'Holtzheim.

• Intégration sociale dans la cité :

- Les **SAMSAH** sont des outils pertinents pour améliorer l'intégration sociale des personnes dans la cité par le développement d'un accompagnement personnalisé.

Bas-Rhin : Installation de 20 places de SAMSAH handicap psychique sur le T2.

Haut-Rhin : A compter de 2015, 20 places supplémentaires de SAMSAH seront installées (équitablement réparties entre T3 et T4).

- Les **GEM** offrent aux personnes un lieu où se retrouver et partager des activités et faciliter leur insertion dans la cité. L'Alsace comptait 6 GEM, en 2011 ; 2 ont été créées en 2012 et 2 nouvelles créations sont prévues fin 2014.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

81

Le PRS met en évidence la nécessité de développer les techniques et pratiques de soins favorisant l'insertion sociale des patients. Le constat peut être fait du développement effectif de ces modalités de soins (réhabilitation psycho sociale, ETP) en région. Mais les échanges professionnels sur ces pratiques et leur évaluation sont insuffisants.

L'agence n'est pas intervenue sur le sujet de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, notamment des adolescents et jeunes adultes. Les leviers dont elle dispose, juridiques ou financiers, sont très limités.

Adapter le prise en charge sanitaire et MS → faciliter l'autonomie et l'insertion
Personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Les partenaires :

L'existence ou le développement d'un partenariat effectif entre le centre hospitalier du secteur et les établissements médico-sociaux du territoire correspondant est une condition fondamentale pour une organisation adaptée des parcours.

Installation des conseils locaux de santé mentale :

Afin d'améliorer la prévention, le soin et l'intégration dans la cité des personnes développant des troubles de santé mentale, il convient de favoriser la concertation entre tous les acteurs de la santé mentale. Il a ainsi été décidé de créer des conseils locaux de santé mentale (CLSM). L'enjeu est de modifier la perception du monde de la santé mentale et de favoriser au-delà de la prise en charge du malade l'amélioration de son insertion sociale. Le CLSM est ainsi conçu comme une plateforme de travail et d'échanges permettant de favoriser, de manière concertée et coordonnée, des politiques locales et des actions favorisant l'amélioration de la santé mentale de la population. Parmi les problématiques destinées à être traitées dans le cadre de cette nouvelle instance : l'accès à l'hébergement et au logement, la prise en charge et l'accompagnement des adolescents et jeunes adultes, l'articulation des différents dispositifs de prise en charge sanitaire, médico-social et social. Le CLSM rassemble tous les acteurs concernés par les problématiques de santé mentale - élus, professionnels des secteurs santé, médico-social et social (établissements de santé, maison des adolescents, associations de lutte contre les addictions, représentants d'EHPAD, de médecins libéraux, services sociaux du Conseil général...), associations et représentants d'usagers, services publics impliqués.

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Mettre en évidence, en proximité, de façon systématique, des « parcours santé mentale » efficaces et renforcer la coordination et la complémentarité des réponses ES, ESMS et sociales.

• Maillage territorial :

Améliorer la prise en charge des situations d'urgence et de crise (HUS, HCC..).

Augmenter l'offre de soins en équipes mobiles (UMES 67) et identifier partout les centres de coordination de conseils et d'écoute en santé mentale (CCESAM).

Renforcer l'offre de soins des zones sous-équipées (Saint Louis).

Améliorer l'offre de soins pour les adolescents et la coordination au profit des personnes âgées et handicapées.

• Insertion dans la cité :

Favoriser les dispositifs facilitant l'accès à tous les dispositifs d'insertion sociale des personnes malades ou handicapées psychiquement (Réhabilitation, Baux glissants..., CLSM, Coordination sanitaire-médico-social-social).

Développer les pratiques de soins favorisant l'insertion sociale.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- Forte hétérogénéité des prises en charge et des pratiques.
- Multiplicité des intervenants.
- Périmètre étendu et hétérogène de la priorité : nombre et diversité des structures concernées.
- Qualité des données : difficultés à obtenir la validation, par les MDPH, des données concernant une nouvelle orientation des jeunes et relations avec les familles.

Adapter la prise en charge sanitaire et MS → faciliter l'autonomie et l'insertion
Personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique

LEXIQUE

- AAP** : appel à projet
- AIG** : activité d'intérêt général
- ASE** : aide sociale à l'enfance
- CAMSP** : centre d'action médico-social précoce
- CATTP** : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- CCESAM** : centre de coordination, de conseil et d'écoute en santé mentale
- CG** : conseil général
- CLS** : contrat local de santé
- CMP** : centre médico-psychologique
- CMPP** : centre médico-psycho-pédagogique
- CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CREAI** : centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
- DAF** : dotation annuelle de financement
- DMS** : durée moyenne de séjour
- EMG** : équipe mobile de gériatrie
- EMPP** : équipes mobiles psychiatrie-précarité

- EMS** : établissement médico-social
- EN** : éducation nationale
- ES** : établissement sanitaire
- ESAT** : établissement et service d'aide par le travail
- ETP** : équivalent temps plein
- ETP** : éducation thérapeutique du patient
- FAM** : foyer d'accueil médicalisé
- GEM** : groupe d'entraide mutuelle
- HC** : hospitalisation complète
- HJ** : hôpital de jour
- IME** : institut médico-éducatif
- ITEP** : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- MAS** : maison d'accueil spécialisé
- MDA** : maison des adolescents
- MDPH** : maison départementale des personnes handicapées
- PA** : personnes âgées
- PASS** : permanence d'accès aux soins
- PEC** : prise en charge
- PIJ** : psychiatrie info-juvénile

- PJJ** : protection judiciaire de la jeunesse
- PH** : personne en situation de handicap
- PRS** : projet régional de santé
- PS** : professionnel de santé
- PSRS** : plan stratégique régional de santé
- SAMSAH** : service d'accompagnement MS pour adulte handicapé
- SAVS** : services d'accompagnement à la vie sociale
- SESSAD** : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- TCC** : trouble du comportement et de la conduite
- TS** : territoire de santé / **T1**: Territoire de santé 1
- TSA** : trouble spécifique des apprentissages
- UDOPE** : unité de dépistage et d'orientation de la petite enfance
- UHCD** : unité d'hospitalisation de courte durée
- UMES** : unité mobile d'évaluation et de soins psychiatriques
- ZP** : zone de proximité

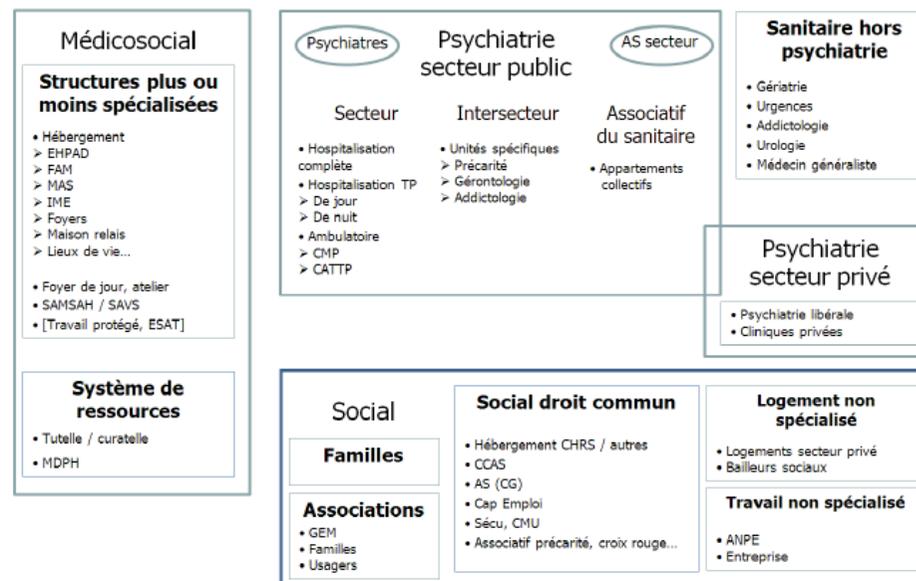
TERMINOLOGIE

AIG : les praticiens hospitaliers à temps plein, hospitaliers et hospitalo-universitaires peuvent, après accord de leur hiérarchie, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation. Ces activités, effectuées au sein de structures publiques, privées ou associatives, doivent impérativement présenter un caractère d'intérêt général. L'activité du praticien et sa rémunération sont déterminées par une convention entre les établissements concernés.

CCESAM : à l'échelle de chaque ZP au moins un CMP déjà existant est identifié pour assurer une mission de coordination, de conseil et d'écoute en santé mentale. Ce centre est une porte d'accès aux soins identifiée par le public, avec une mission d'orientation y compris intersectorielle ; il est doté d'horaires d'ouverture amples afin de répondre aux demandes non programmées en journée et en semaine ; et assure une permanence téléphonique.

Il s'appuie a minima, sur une équipe pluri professionnelle (infirmier, psychologue, assistante sociale) et interagit en partenariat avec les urgences hospitalières, le dispositif de soins spécialisé (intra et extra- hospitalier), les équipes de PIJ, les EM spécialisées, les PS libéraux, La MDPH, la MDA, les travailleurs sociaux et les EMS (CAMSP, CMPP, SAVS, SAMSAH ...).

Réhabilitation psychosociale : technique de soins définie comme un processus facilitant le retour de l'individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté et ayant pour objet de restaurer l'autonomie des patients et de renforcer leur capacité de participation active.



Source: Etude et Recherche DREES. N°129 – avril 2014

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 9 DU PSRS

↓ **inégalités territoriales et sociales de santé**
→ **améliorer l'accès à la prévention, à la
promotion de la santé et aux soins**

Référent thématique : Alexandra Auclair

Priorité 9 :
↓ ITSS → améliorer l'accès
à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins

ITSS :
→ AMÉLIORER LA **CONNAISSANCE** ET
L'OBSERVATION PARTAGÉE

Des ITSS mesurées

Une **veille** sociale et
sanitaire assurée

**ADAPTER LES POLITIQUES DE PRÉVENTION, DE
PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ACCÈS AUX
SOINS AUX *POPULATIONS CONCERNÉES***

Promotion des dispositifs de
prévention et de promotion de la
santé

Simplification des procédures
d'admission au droit commun
(**accompagnement** spécifiquement de
certaines personnes et/ou publics)

**Actions facilitatrices d'accès à la
santé** encouragées
Publics vulnérables

Prise en compte de **l'expression
de la demande et des besoins** des
personnes vulnérables
En privilégiant les **démarches
participatives** de type santé
communautaire

POLITIQUES DE SANTÉ :
→ **ADAPTER** AUX TERRITOIRES
→ **FAVORISER** LEUR PRISE EN COMPTE AU
SEIN DES AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES

Emergence de **projets et contrats
locaux de santé**

**Intégration de la santé dans les
autres politiques publiques**

☀ : développer/favoriser/consolider

BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

↓ITSS → améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins

EN CHIFFRES

Les problématiques de santé n'impactent pas de la même façon la population en fonction de l'échelle sociale, des territoires et de l'offre en santé disponible sur la région. Notre système de santé, qui assure une égalité théorique d'accès aux soins, est également un de ceux qui présentent des résultats peu probants en la matière.

L'agence a pour priorité de diminuer les ITSS et d'améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins des personnes défavorisées. La mesure des inégalités de santé n'est pas simple, l'évaluation de l'action de l'agence en la matière est également complexe et s'inscrit nécessairement dans une démarche de moyen terme.

La stratégie d'actions de l'agence vise d'abord à **améliorer la connaissance** des situations de terrains et la mesure des inégalités.

Elle cherche ensuite, s'agissant des **inégalités sociales de santé**, à **faciliter l'accès au dispositif de droit commun**, en adaptant l'approche populationnelle pour tenir compte des difficultés spécifiques qui peuvent engendrer l'éloignement de soins ou de la prévention.

Elle passe si nécessaire par des **actions renforcées** pour tenir compte de difficultés particulières ou d'une acuité plus importante des problèmes sanitaires (à titre d'exemple, par le financement d'un poste d'infirmier relais dans la prise en charge des situations de surpoids ou d'obésité dans certains quartiers de Strasbourg (dispositif PRECCOSS), ou par le financement d'une infirmière relais également aux urgences du centre hospitalier de Mulhouse, pour la détection et la prise en compte de situations parentales difficiles).

Concernant des **populations spécifiques en grande difficulté**, l'agence fait prévaloir lorsque c'est possible l'accès au droit commun mais promeut également des dispositifs spécifiques dont elle finance le renforcement selon les prérogatives nationales (« recalibrage » des dotations des PASS, création de places d'ACT sur le T4 et le T1...).

Enfin, la recherche de **l'égalité territoriale dans l'accès aux soins** structure la politique de l'agence.

Dans son approche, l'agence privilégie les projets locaux, portés avec des collectivités locales dans le cadre de **contrats locaux de santé**, négociés dans les territoires présentant le plus d'indicateurs sanitaires défavorables.

Elle a arrêté les **zones prioritaires** pour les mesures d'aide à l'installation de médecins généralistes. De même, le rééquilibrage de l'offre pour assurer un **maillage territorial homogène**, particulièrement pour les offres de proximité (hébergement permanent en EHPAD, accueils de jour), est une priorité du schéma régional d'organisation médico-sociale.

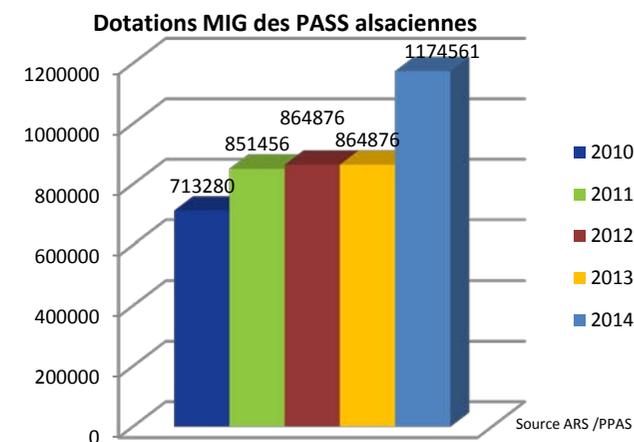
A mi-parcours, force est de constater que cette stratégie, complexe à mettre en œuvre car à cheval sur les champs de compétences d'une multitude d'autres acteurs (cohésion sociale, collectivités territoriales...), s'est surtout concentrée sur des interventions facilitatrices d'accès aux droits, aux soins et à la santé de publics précaires, et sur des actions ciblées dans le cadre de zones géographiques prioritaires.

Des stratégies plus globales, permettant d'agir sur les déterminants de santé ou sur la capacité d'adaptation de la prise en charge des services de santé de droit commun sont encore à renforcer, en cohérence avec les orientations de la stratégie nationale de santé.

L'agence doit **pouvoir s'appuyer sur un SIG (système d'information géographique)** actualisé au fil de l'eau sur l'état de santé de la population, ses déterminants et les réponses disponibles sur le territoire. Les enquêtes ne permettent pas de disposer d'une observation continue de la répartition des inégalités et d'observer l'impact des interventions financées par l'agence sur la réduction des ITSS.

Part des médecins en secteur 1 (pratiquant des tarifs opposables) **rapportée au nb total de médecins** (secteur 1+secteur 2 (pratiquant

% <i>Source : Erasme</i>	Alsace 2012	National 2012	Alsace 2013
Médecins (global)	74 %	75 %	74 %
Médecins généralistes	94 %	94 %	94 %
Médecins spécialistes	55 %	58 %	54 %



2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

ITSS , améliorer la connaissance et l'observation partagée

- L'agence renforce ses connaissances de la santé de certaines populations et de leurs accès aux soins dans le cadre d'**enquêtes spécifiques** réalisées ou commandées par l'agence ou ses partenaires (CG). A titre d'exemple, l'enquête accès aux soins des personnes en situation de handicap dans le cadre de la médecine de ville (CREAI) peut être citée. Dans le cadre des DLS, **des états des lieux détaillés** sur des zones prioritaires spécifiques sont également réalisés. Ces observations peuvent être poursuivies dans le cadre des **CLS**, notamment dans le CLS de Mulhouse.
- Le **groupe 1 du comité santé précarité** installé par la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention est piloté par les partenaires de l'agence (CPAM et CAF 68). Ce groupe a élaboré une **analyse des freins d'accès aux droits et un repérage des bonnes pratiques**. Ces éléments alimenteront d'autres travaux pilotés par des partenaires, comme le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. L'agence a **collaboré à l'animation** de ce groupe et est en charge de la **rédaction de la stratégie**.
- L'amélioration de la couverture territoriale des actions de prévention et de promotion de la santé, en développant et en pérennisant un système régional d'informations en matière d'actions de prévention et de promotion de la santé, a été lancé début 2014 avec le logiciel **OSCARs**.

Adapter les politiques de prévention et d'accès aux soins aux populations concernées

- Sur la période considérée, l'agence a **encouragé une quarantaine d'actions facilitatrices d'accès à la santé pour les publics vulnérables**. Cf. focus ci-contre.
- Afin de mieux coordonner et d'optimiser les prises en charge réalisées auprès des publics vulnérables, l'agence a rédigé un **cahier des charges des interventions sanitaires au sein de structures d'hébergement social et développe actuellement les missions** « hors les murs » des permanences d'accès aux soins (PASS) pour toucher les personnes au plus près de leur milieu de vie tout en garantissant une prise en charge sanitaire de qualité et mieux répartie au niveau des territoires de santé.

Diminuer les écarts intra-régionaux d'offre

Diminution des écarts intra régionaux d'équipement en ESMS (PA) : dans le cadre de la réduction des écarts territoriaux, l'agence travaille à l'harmonisation des règles de financement au niveau régional via l'octroi des crédits de médicalisation de façon équitable sur toute la région (92% de la dotation plafond des EHPAD). En 2014, ce seuil sera atteint pour tous les EHPAD de la région.

Adapter les politiques de santé aux territoires & favoriser leur prise en compte au sein des autres politiques publiques

5 CLS ont été signés : Strasbourg, CUS, Mulhouse, Val d'Argent et Vallée de la Bruche, 3 en agglomération et 2 en zones rurales. Ils portent sur des territoires où les ITSS sont particulièrement marqués et nécessitent une mobilisation renforcée et coordonnée des partenaires (exemples d'actions : PRECOSS dans 3 quartiers ZUS ; femmes ambassadrices à destination des personnes défavorisées et éloignées du dépistage du cancer du sein etc.)

Un **protocole de collaboration entre la DRJSCS et l'ARS a été signé en 2012, de façon à mieux coordonner l'action des deux services notamment lorsqu'elles ont trait à des personnes en difficulté sociale**.

Focus

Faciliter l'accès à la santé des publics vulnérables

Parmi les actions financées par l'agence, la grande majorité sont mises en place au niveau local au plus près des milieux fréquentés par les publics les plus éloignés du système de santé (au sein de quartiers prioritaires dans le cadre de CLS, de structures sociales et d'insertion ou de lieux de prises en charge de publics spécifiques: migrants, familles en situation de précarité, Roms, détenus...). Ainsi, des acteurs du champ de la santé mais aussi du social contribuent à repérer et accompagner ces personnes dans leurs démarches d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Ces actions territorialisées sont complétées par des dispositifs régionaux ou départementaux qui permettent d'agir sur des freins récurrents à l'accès à la santé (comme l'interprétariat pour lutter contre la barrière de la langue, la sensibilisation des professionnels de santé pour qu'ils adaptent leur prise en charge à l'ensemble des publics...) Au total, ces actions représentent plus de **800 000€ par an**.

87

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

L'analyse de l'offre des dispositifs spécifiques d'accès à la santé pour les personnes vulnérables ou en situation de précarité laisse apparaître une zone blanche sur le territoire de santé 1. Une étude devra permettre d'apprécier l'opportunité et la faisabilité du développement de PEDS sur ce territoire.

↓ ITSS → améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Les CLS demeurent un vecteur privilégié d'action

Ils permettent de conduire une action globale et de chercher à agir sur tous les déterminants de la santé (environnement, logement, emploi, éducation, transports, aménagement urbain...).

« Pass hors les murs », un essai transformé

Une des associations portant une action d'intervention sanitaire au sein de structures d'hébergement social financée par l'agence a cessé son activité fin 2013. Afin de pérenniser l'action et en vue d'en élargir le champ, l'agence a confié le relai aux HUS dans le cadre de leur PASS. A ce titre, l'agence a repéré une opportunité en mettant en lien deux dispositifs a priori distincts. Ainsi, l'expérimentation de la PASS hors des murs avec les HUS a permis de réfléchir et de repenser des missions pour développer le « allers vers » les publics les plus défavorisés.

Intégration de la problématique ITSS dans la stratégie du groupe diabète, une approche transversale

Dans le cadre de l'élaboration du plan d'action régional visant un meilleur dépistage et prise en charge des complications du diabète, des acteurs du champ de la santé précarité ont été intégrés aux groupes de travail mis en place par l'agence. Cela permet d'emblée d'associer aux orientations la notion d'accessibilité à des publics touchés par la problématique et éloignés du système de santé.

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

• Faire mieux prévaloir l'objectif de diminution des ITSS dans toutes les politiques de l'agence

- En faire un critère systématiquement évalué dans l'attribution de crédits, quelle que soit l'action envisagée
- Renforcer les instruments de mesure et d'exploitation de l'information relative aux inégalités territoriales et sociales de santé
- Tester de nouveaux outils pour faire prendre en compte la santé dans les politiques publiques ayant une incidence sur ses déterminants (ex : évaluations d'impact sur la santé, cf. focus outil)
- Développer la négociation de **contrats locaux de santé** et faire de la réduction des IITSS l'objectif premier de ces contrats
- Mettre en place le **service territorial de santé au public**, porteur d'une réduction des inégalités d'accès à la santé
- Pour favoriser l'accès à la santé et à la prévention des publics vulnérables, consolider l'articulation entre les axes santé-environnement et ITSS, notamment via l'axe lutte contre l'habitat indigne.

• Adapter les politiques d'accès à la prévention et aux soins :

- Structurer l'offre en PEDS en encourageant, par territoire de santé, un meilleur chaînage de l'ensemble des secteurs concernés par le parcours de santé des personnes en situation de précarité.

• Développer l'évaluation des interventions de santé publique dans une perspective de réduction des ITSS.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

Une action nécessairement partenariale

L'action sur les déterminants de santé passe par la possibilité de faire prendre en compte l'impact sur la santé de politiques hors du champ sanitaire (logement, transport, aménagement urbain, environnement etc.). L'agence ne dispose pas de leviers directs, son action passe par la négociation ou une stratégie de conviction.

Avec les promoteurs et les partenaires

Si la précarité se concentre surtout au sein des grandes agglomérations urbaines d'Alsace, elle existe également en milieu rural. Faute de promoteurs implantés sur ces zones, peu d'actions sont mises en œuvre.

L'agence finance un grand nombre de dispositifs spécifiques pour favoriser l'accès aux soins des populations précaires, faute d'une implication suffisante du droit commun à leur prise en charge et des **difficultés à mettre en œuvre des interventions intersectorielles et décloisonnées** visant les déterminants de la santé dans un **contexte budgétaire très contraint**.

RESSOURCES A MOBILISER

- Des **outils méthodologiques** permettent d'élaborer les projets en intégrant la prise en compte des ITSS (ex : outil de catégorisation des résultats).
- Les nouveaux diagnostics locaux de santé élaborés sur certains territoires vont permettre de compléter et d'affiner l'analyse des besoins en termes d'ITSS.

DISPOSITIFS

Dispositifs PEDS :

ACT (appartement de coordination thérapeutique) : Etablissement médico-social qui a pour vocation d'héberger à titre temporaire des personnes atteintes de maladies chroniques lourdes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

LHSS (lits halte soins santé) : Ce sont des structures médico-sociales assurant une prise en charge globale sanitaire limitée dans le temps de personnes sans domicile.

PASS (permanence d'accès aux soins de santé) : Elle a pour mission de faciliter l'accès immédiat aux soins des personnes en situation de précarité et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité) : elle est chargée de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des publics sans chez soi ayant des troubles psychiatriques graves et éloignées du système de soin.

OUTILS

Outil de catégorisation des résultats (OCR) : Outil de planification et d'évaluation, utilisé en promotion de la santé, visant à intégrer dans les projets la prise en compte des différents déterminants de santé, pour agir à la fois sur les individus, les groupes et les organisations. Son utilisation garantit ainsi une approche globale de la santé et une intégration des problématiques d'accessibilité dans les projets de santé publique.

Evaluation d'impacts sur la santé (EIS) : Méthode permettant d'agir sur des projets portés par d'autres domaines que la santé mais qui ont un impact sur celle-ci. Recommandée par l'OMS pour agir sur les ITSS, elle est développée dans de nombreux pays occidentaux et démarre seulement en France. Concrètement, il s'agit, sur le modèle des évaluations d'impacts sur l'environnement, d'apprécier les effets négatifs et positifs en amont d'un projet (aménagement urbain, transport, logement, petite enfance...) et d'élaborer des recommandations afin de le rendre plus favorable à la santé pour les différentes populations qui seront concernées. A titre d'exemple, il est question de s'interroger sur l'agencement d'espaces publics (aires de jeux, éclairage des rues...) profitant également aux populations et quartiers les plus défavorisés pour qu'elles puissent adopter des comportements de santé sains et actifs.

A noter, cet outil est **une action** à part entière à ne pas confondre avec une évaluation d'un programme de santé publique finalisé mené dans le cadre de recherches cliniques.

LEXIQUE

AAP : appel à projets

CLS : contrat local de santé

COM : contrat d'objectifs et de moyens

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CREAI : centre régional pour l'étude et l'action en faveur de l'insertion

DLS : diagnostic local de santé

DO : dépistage organisé

DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMS : établissement médico-social

ESMS : établissement et service médico-social

IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

ISSTAL : indicateurs sanitaires et sociaux territoriaux d'Alsace

ITSS : inégalités territoriales et sociales de santé

MIG : mission d'intérêt général

PA : personnes âgées

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PEC : prise en charge

PEDS : personnes confrontées à des difficultés spécifiques

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies

PRECCOSS : prise en charge coordonnée des enfants obèses ou en surpoids à Strasbourg

SRP : schéma régional de prévention

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

TS : territoire de santé

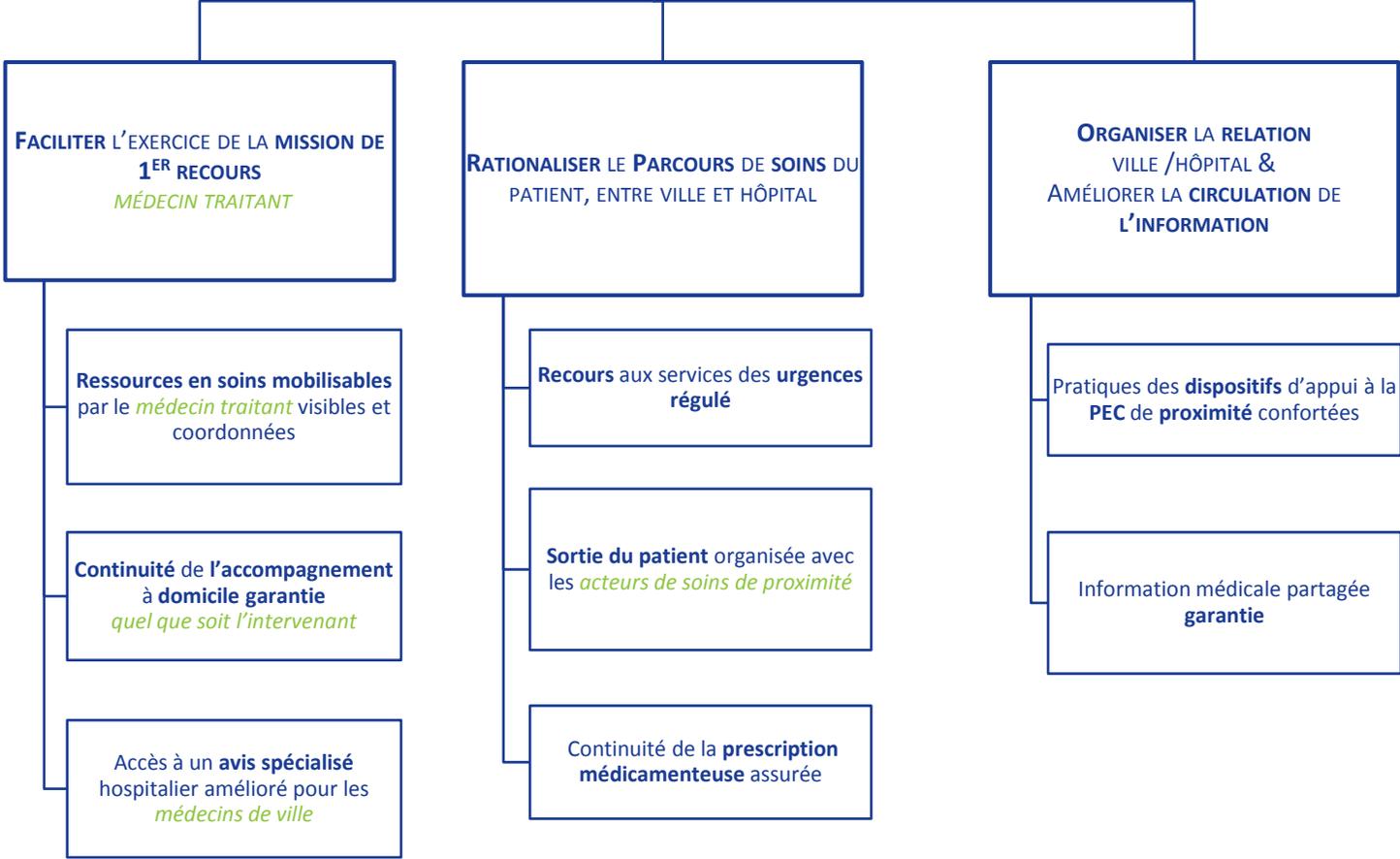
REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 10 DU PSRS

 **Organisations & outils**
→ assurer la continuité du parcours de soins

Référent thématique : Adeline Jenner

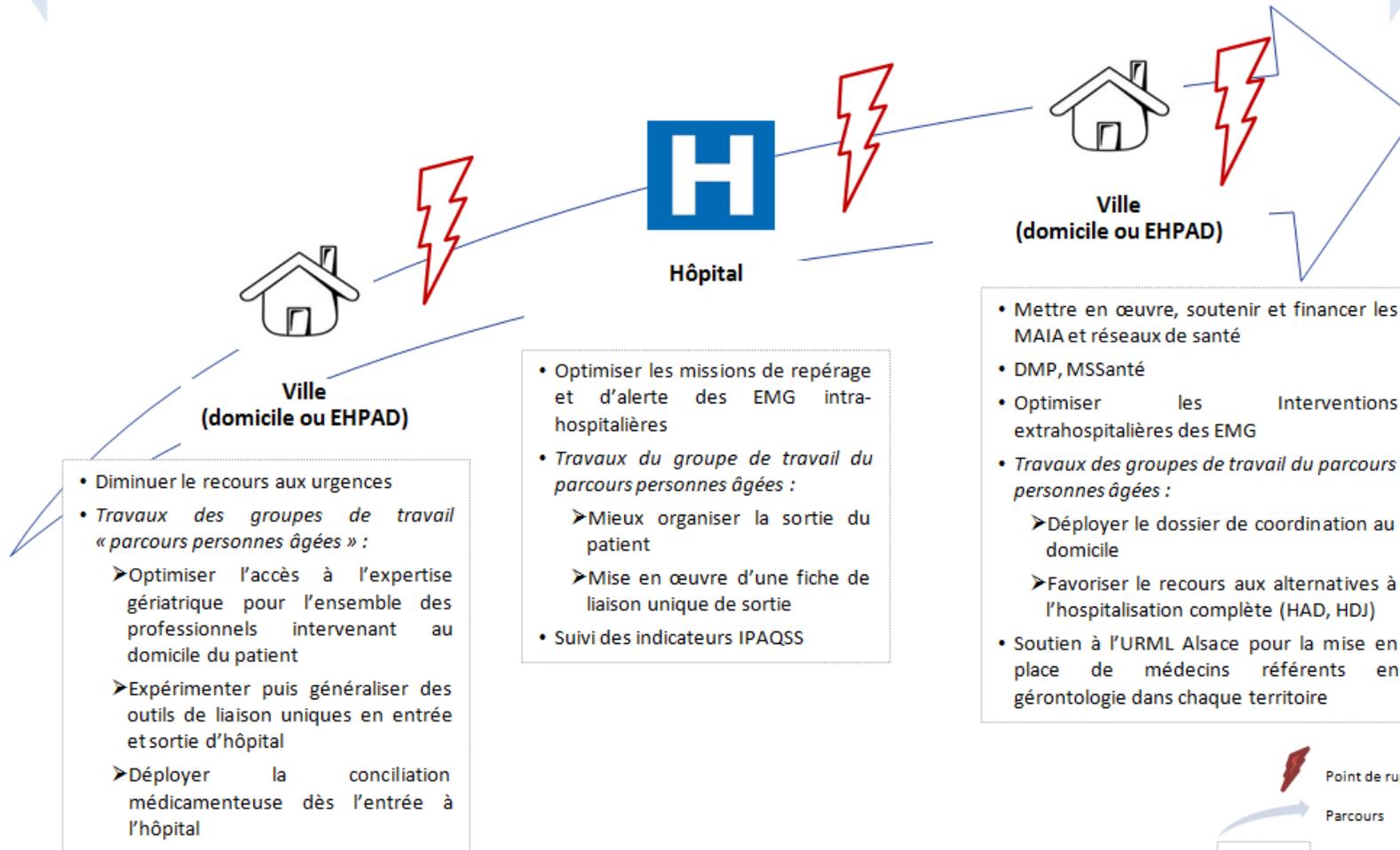
Priorité 10 :
☀ organisations & outils
→ assurer la continuité du parcours de soins



☀ : développer/favoriser/consolider

☀ organisations & outils → assurer la continuité du parcours de soins

VISION EN « PARCOURS » DE LA PRIORITE



- Diminuer le recours aux urgences
- *Travaux des groupes de travail « parcours personnes âgées » :*
 - Optimiser l'accès à l'expertise gériatrique pour l'ensemble des professionnels intervenant au domicile du patient
 - Expérimenter puis généraliser des outils de liaison uniques en entrée et sortie d'hôpital
 - Déployer la conciliation médicamenteuse dès l'entrée à l'hôpital

- Optimiser les missions de repérage et d'alerte des EMG intra-hospitalières
- *Travaux du groupe de travail du parcours personnes âgées :*
 - Mieux organiser la sortie du patient
 - Mise en œuvre d'une fiche de liaison unique de sortie
- Suivi des indicateurs IPAQSS

- Mettre en œuvre, soutenir et financer les MAIA et réseaux de santé
- DMP, MSSanté
- Optimiser les Interventions extrahospitalières des EMG
- *Travaux des groupes de travail du parcours personnes âgées :*
 - Déployer le dossier de coordination au domicile
 - Favoriser le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète (HAD, HDJ)
- Soutien à l'URML Alsace pour la mise en place de médecins référents en gériatrie dans chaque territoire

BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Face aux ruptures constatées sur les parcours des personnes âgées ou malades chroniques, l'agence s'est fixée l'objectif d'améliorer la continuité du parcours de soins. Le PRS a identifié trois pistes d'actions : faciliter l'exercice par le médecin traitant de sa mission de premier recours ; rationaliser le parcours de soins du patient entre ville et hôpital ; organiser la relation entre ville et hôpital et améliorer la circulation de l'information.

A mi-parcours, l'objectif de faciliter l'exercice par le médecin traitant de sa mission de premier recours reste capital. Il est au cœur de deux séries d'initiatives. D'une part la structuration en région de réseaux d'éducation thérapeutique susceptibles de proposer une offre de prise en charge associant le médecin traitant partout en région ; d'autre part des projets visant à améliorer le parcours de soins des personnes âgées et faciliter leur maintien à domicile (cf. priorité 6). Ces deux initiatives doivent être confortées dans la période à venir, en particulier par la mise en place d'un dispositif d'appui à la coordination des cas complexes, préconisé par la stratégie nationale de santé.

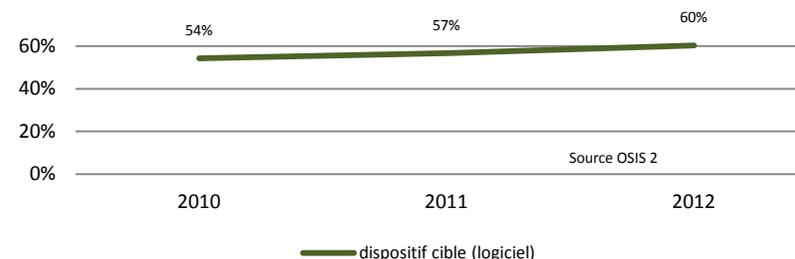
Concernant l'objectif de rationaliser le parcours de soins du patient entre ville et hôpital, l'agence a fait émerger des propositions d'actions, en lien avec les acteurs pour favoriser le juste recours aux urgences, qui nécessitent à présent d'être déployées. Le projet Parcours PA a permis de favoriser le développement de solutions aux recours inadéquats et aux ruptures du parcours directement par les professionnels, qu'il reste à expérimenter.

L'objectif d'améliorer la circulation de l'information entre l'hôpital et la ville repose notamment sur le déploiement des systèmes d'information partagés. Mais la mise en œuvre du DMP est ralentie par la complexité du projet. En juillet 2014, quelques 48 925 DMP sont alimentés mais leur nombre et surtout leur utilisation n'évoluent pas. **Le développement des messageries sécurisées de santé est un enjeu fort** sur lequel il faut encore travailler.

Pour conclure, les réalisations de l'agence concernent essentiellement des outils développés ou en cours de développement, dont les délais de mise en œuvre peuvent être relativement longs, ainsi que des nouveaux modèles d'organisation des parcours de soins. Ce sont des projets « complexes » nécessitant l'adhésion et la mobilisation des partenaires et acteurs, et un accompagnement dans une démarche de conduite du changement.

EN CHIFFRES

Mise en place des dispositifs de prescription hospitalière informatisée



En 2012, 60% des services des établissements utilisent pour leurs prescriptions le dispositif cible (logiciel).

Alsace	Nb DMP	Nb DMP alimentés	Nb documents
DMP créés ou alimentés (au 30/07/2014)	48 969	28 162	121 736

Source: ASIP Santé, rapport régional mensuel

	Officines raccordées		Dossiers pharmaceutiques créés	
France	22 274	98,3 %	30 252 947	46,3%
Bas-Rhin	269	98,5 %	372 266	33,8%
Haut-Rhin	184	97,9 %	297 482	39,4%

Source: ordre national des pharmaciens

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE (1/2)**Faciliter l'exercice de la mission de 1er recours du médecin traitant**

- Les actions mises en œuvre ont pour objectif d'apporter de nouveaux services ou un nouveau mode d'organisation facilitant la prise en charge des cas les plus complexes en proximité. S'agissant des maladies chroniques, se déploient progressivement sur l'ensemble du territoire des **réseaux de prise en charge et d'éducation thérapeutique consacrés aux maladies métaboliques, de l'adulte ou de l'enfant**. Ces réseaux, prestataires et coordonateurs d'éducation thérapeutique doivent associer systématiquement les médecins traitants à leur fonctionnement et aux prises en charge effectuées. Ils ont également pour mission de promouvoir l'éducation thérapeutique de proximité, en cabinet, laquelle est possible et souhaitée.
- La coordination des soins et prestations nécessaire à la prise en charge à leur domicile des personnes âgées est une fonction essentielle dans la bonne organisation des soins. La coordination clinique est réalisée par le médecin traitant. La coordination des différentes prestations au bénéfice de personnes au sortir d'une hospitalisation ou dont la situation se dégrade est plus complexe à organiser. **Le déploiement progressif de MAIA sur l'ensemble du territoire** régional est une réponse pour permettre une prise en charge intégrée des personnes âgées dépendantes auprès desquelles interviennent de nombreux services, notamment dans les cas complexes par l'intervention de gestionnaires de cas. La stratégie nationale de santé préconise le déploiement de plateformes d'appui à la prise en charge de situations complexes.
- L'HAD reste peu développée en région alors qu'elle est un outil du maintien à domicile d'une réponse de proximité, impliquant le médecin traitant. **Un travail est engagé pour faciliter la coordination des soins entre HAD et SSIAD.**
- Les dispositifs de recensement de l'offre disponible dans un territoire sont inégaux et pour l'essentiel inexistant. Toutefois, le projet de répertoire opérationnel des ressources (ROR) est lancé en septembre 2014 (date d'achèvement novembre 2015). Il donnera des indications fines sur l'offre en santé disponible sur un territoire.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

- Faire évoluer la prescription médicamenteuse de sortie à l'ensemble des établissements et des pathologies (cf. expérimentation des HUS et Parcours PA).
- Favoriser l'accès des médecins de ville à un avis spécialisé hospitalier pour l'ensemble des spécialités.

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE (2/2)

Rationaliser le parcours de soins du patient, entre ville et hôpital

- Afin de réguler le recours aux services des urgences de population générale, l'agence **sensibilise le grand public** (organisation du débat public le 12 juin 2013 sur le recours aux soins urgents). Une campagne de communication a été menée régionalement avec les partenaires de l'urgence à l'automne 2013, avec une diffusion de prospectus auprès des professionnels de santé, des affiches explicatives et une vidéo, et mise à disposition en salle d'attente des structures d'urgence. Par ailleurs, l'agence **finance les maisons médicales** de Colmar, Mulhouse et Riedisheim et du Pays Thur-Doller qui assurent une consultation médicale libérale de garde ou une permanence des soins en appui des urgences.
- **Une démarche d'audit et d'accompagnement est menée au sein des HUS**, dans le cadre du contrat de performance, visant à **préparer les modalités de sortie** des personnes âgées hospitalisées et ce dès l'admission, et à assurer, au moment de la sortie, la continuité des soins et la prise en charge sociale en associant tous les acteurs concernés du champ sanitaire, médico-social et ambulatoire.
- Ainsi que cela a été indiqué dans la priorité 6, l'agence déploie dans chaque territoire de santé une démarche collective avec ses partenaires, visant à identifier les principaux points de rupture des parcours de soins des personnes âgées et y apporte des réponses opérationnelles. Douze groupes sont réunis et doivent rendre leurs propositions à partir de l'automne 2014.
- Le **déploiement du dossier pharmaceutique** est porté par le CNOP dans le but de favoriser la continuité de la prescription médicamenteuse. **Une expérimentation d'accès et d'utilisation du DP au sein des HUS est en cours dans le cadre d'un projet national**. L'agence accompagne par ailleurs 30 EHPAD dans l'analyse de la prise en charge médicamenteuse en vue notamment de sécuriser les processus et de limiter les risques iatrogéniques (outil ANAP Interdiag). L'agence s'associe également à l'expérimentation « Med'Rec » des HUS, qui trouve écho au sein d'un groupe de travail en cours œuvrant à accroître la conciliation médicamenteuse pour les patients âgés aux HUS et au GHSV.
- Le système d'information partagé en sortie contribue de façon majeure à une amélioration du parcours en permettant le partage des informations entre professionnels. Après le déploiement réussi de Trajectoire SSR en région, étendu ensuite à l'HAD et aux USLD, l'équipe a porté le développement de la plateforme Trajectoire Ehpap.

Organiser la relation ville /hôpital & Améliorer la circulation de l'information

- La circulation de l'information entre les professionnels de santé est un pré-requis à la bonne relation ville-hôpital. A ce titre, **l'agence favorise le développement du DMP** et promeut la DMP comptabilité par l'action du GCS e-santé. L'Alsace est la quatrième région pour **48 925 DMP créés**, mais ce nombre a peu progressé au cours des deux dernières années. Le DMP est utilisé par 510 PS libéraux et déployé sur 21 ES et structures MS de la région. Le projet national de **messagerie sécurisée de santé** est disponible pour les médecins libéraux depuis l'été 2013. Son déploiement est soutenu par l'agence.

FOCUS

Projet Trajectoire EHPAD

Le projet a été lancé en 2012. Plusieurs sites pilotes dans le Sundgau et la région des 3 Pays (11 EHPAD, 1 MAIA, le pôle géronto, les hôpitaux d'Altkirch et de Sierentz) ont été déployés depuis fin septembre 2013. La zone de Saverne (10 EHPAD, MAIA, ESPAS, RAG, hôpital de Saverne et d'Ingwiller) est couverte depuis fin octobre 2013. **Au 4^{ème} trimestre 2013, le déploiement à tous les EHPAD d'Alsace et l'expérimentation de l'accès aux médecins généralistes ont été lancés.** En parallèle, un plan de communication est prévu.

L'outil est opérationnel depuis mai 2014 pour les établissements et sera ouvert aux familles en décembre 2014. Le déploiement de Trajectoire est inclus dans les **CPOM des établissements.**

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Parcours PA : travailler dans une logique de parcours pour assurer la continuité des soins

L'agence a entrepris d'organiser des initiatives au sein des territoires de santé dans la cadre du projet « parcours PA » avec les professionnels, en lien avec les CG et les 4 conférences de territoire. Après une phase de **diagnostic** quantitatif et qualitatif, des **séminaires** (1 par territoire) ont permis de faire émerger **des pistes de travail partagées** dans une logique de parcours : *organisation du recours à l'expertise gériatrique et accès à un avis gériatrique pour l'ensemble des professionnels intervenant au domicile du patient, fiche de liaison unique d'entrée et de sortie, conciliation médicamenteuse, organisation de la sortie du patient, dossier de coordination au domicile, bon usage du dossier de liaison d'urgence*. Une consultation relative à un outil informatique de coordination des acteurs au domicile, en lien avec le parcours, sera lancée début 2015, après la finalisation de la phase d'étude.

Après cette période d'expérimentation, la démarche d'organisation des parcours doit être **généralisée** à d'autres cibles et thématiques.

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

La coordination des professionnels autour du patient est le cœur de la stratégie nationale en santé et des outils qu'elle déploie. L'action de l'agence a pour objectif de mettre en œuvre cette stratégie.

Appui au médecin traitant

- Mettre en place des plateformes d'appui à la coordination des cas complexes ;
- Poursuivre la structuration des réseaux de santé avec le médecin traitant au cœur de cette dynamique.

Parcours

- Parcours PA : **expérimenter** les propositions retenues puis **généraliser** celles qui s'avèreront efficaces à l'ensemble de la région ;
- Généraliser l'élaboration de parcours pour les patients dont la prise en charge est la plus complexe : patients atteints de maladies chroniques, patients en situation de précarité, patients en addiction, malades psychiques ou handicaps psychiques ;
- Urgences : continuer à communiquer auprès du grand public les bonnes pratiques en matière d'utilisation des structures de médecine d'urgence.

Circulation de l'information et développement des outils de connaissances des ressources

- Accompagner au sein de la région la généralisation du DMP en cohérence avec les orientations de la stratégie nationale de santé et de la messagerie sécurisée ;
- Mettre en œuvre, avec les partenaires, le répertoire opérationnel des ressources.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- Difficulté à associer à l'ensemble des projets le nombre important d'acteurs impliqués notamment pour le parcours de soins (secteurs médico-social, associatif, sanitaire, institutionnel).
- Existence de freins réglementaires au regard des problématiques HAD et des besoins d'évolution sur certains territoires.
- Diversité des financeurs et des stratégies

OUTILS

Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) : service informatisé ayant pour but d'afficher l'offre de soins régionale des ES, dans une logique opérationnelle, et apportant une aide à l'orientation des patients vers l'offre de soin la plus adaptée à sa prise en charge. Il permettra aux professionnels de santé d'accéder à une vision en temps réel des caractéristiques et à la composition des ressources disponibles. Cela devra faciliter l'exercice professionnel et permettre de gagner en efficacité.

Trajectoire EHPAD : outil d'aide à l'orientation et à la gestion des admissions, inspiré de Trajectoire SSR, qui permet une gestion fiable d'une liste d'attente unique en apportant une facilité d'utilisation, et couvre les acteurs extra-sanitaires (grand public, médecins traitants, service sociaux,...). Il est porté à la fois par l'ARS et par les Conseils généraux. Cet outil collaboratif, orienté web, favorise le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social et la fluidité du parcours d'admission en EHPAD.

Messagerie sécurisée de santé (MSSanté) : système mis en place par les pouvoirs publics avec l'ensemble des ordres professionnels afin de développer les messageries sécurisées de santé. Ces messageries doivent permettre à tous les professionnels de santé d'échanger entre eux par email, rapidement et en toute sécurité, des données personnelles de santé de leurs patients (compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation, résultats d'analyses ou tout document d'information jugé utile à la prise en charge coordonnée du patient), dans le respect de la réglementation en vigueur.

Dossier pharmaceutique (DP) : outil recensant, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, l'ensemble des médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, que ces derniers soient prescrits par le MT ou conseillés par son pharmacien.

Dossier médical personnel (DMP) : dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination de ses soins. Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins.

Dossier de liaison urgence (DLU) : outil qui synthétise les informations indispensables à un diagnostic précis et à une prise en charge adaptée lors du transfert en urgence d'un résident d'EHPAD vers l'hôpital.

ORGANISATION

Parcours PA : le projet « **parcours personnes âgées** » s'intéresse à la structuration du parcours des personnes âgées dans les territoires pour maîtriser le recours à la prise en charge en institution et favoriser le maintien à domicile.

HAD et équipes mobiles : l'hospitalisation à domicile et les équipes mobiles permettent de rendre accessibles les compétences hospitalières en dehors des établissements de santé. Pour les cas qui s'y prêtent, elle garantissent une prise en charge des patients à domicile, pour des bilans, des soins, etc. ; ces modes de prise en charge, si leur recours est optimisé, constituent un gain en efficacité du système de santé et en qualité de la prise en charge pour les patients.

Maisons médicales de garde (MMG) : lieu fixe dispensant des prestations de médecine générale ne relevant pas d'une urgence vitale, fonctionnant uniquement aux heures de fermeture des cabinets médicaux et assurant une activité de consultation médicale non programmée. La MMG répond à un besoin bien identifié, défini dans la circulaire du 23 mars 2007 et s'inscrit dans l'organisation de la PDS, ainsi que dans les orientations du SROS dans ce domaine.

Les niveaux de recours : ils reposent sur un accès aux soins par le biais d'un parcours coordonné, centré autour du médecin traitant et structuré en 3 niveaux, en fonction de la complexité des soins requis : soins usuels dispensés principalement par les médecins généralistes pour le premier niveau, soins plus complexes prodigués par les médecins spécialistes pour le second niveau. On distingue généralement un troisième niveau de soins qui se caractérise par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe : il s'agit là des soins hospitaliers.

LEXIQUE

ANAP : agence nationale d'appui à la performance

CG : conseil général

CNOP : conseil national de l'Ordre des pharmaciens

CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyens

DLU : dossier de liaison d'urgence

DMP : dossier médical partagé

DP : dossier pharmaceutique

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EM(G) : équipe mobile (de gériatrie)

ES : établissement de santé

GCS : groupement de coopération sanitaire

HAD : hospitalisation à domicile

HDJ : hôpital de jour

IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

MAIA : maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MCO : maladie cardio-vasculaire

MG : médecin généraliste

MT : médecin traitant

PDS : permanence des soins

PEC : prise en charge

PPS : plan personnalisé de santé

PS : professionnels de santé

PSRS : plan stratégique régional de santé

PRS : projet régional de santé

RAG : réseau Alsace gérontologie

SI : système d'information

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

URML : union régionale des médecins libéraux

USLD : unité de soins de longue durée

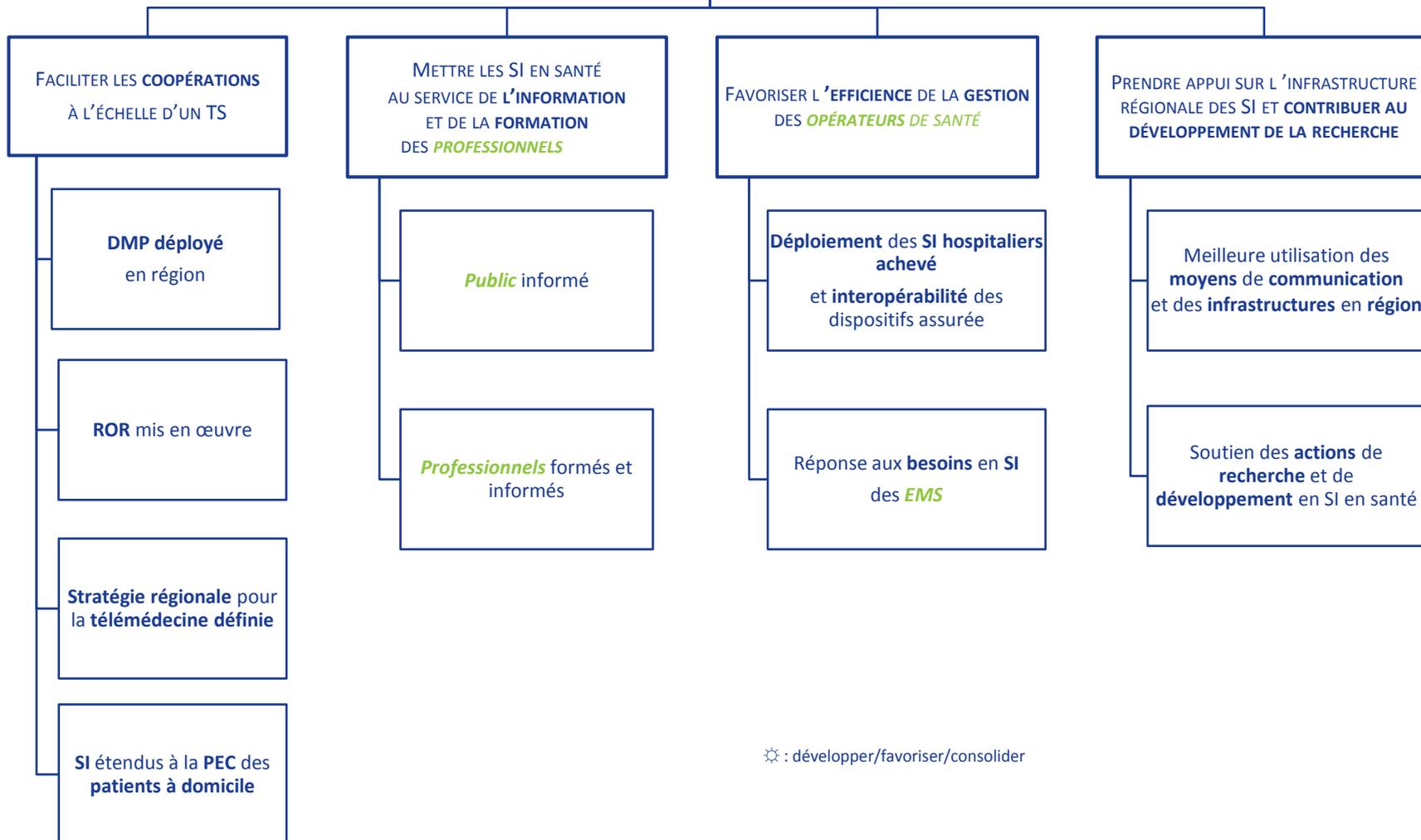
REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 11 DU PSRS

**Faciliter la circulation
et le partage de l'information**
Entre les acteurs de la santé

Référent thématique : Bruno Bouteau

Priorité 11
Faciliter la circulation et le partage de l'information
entre les *acteurs de la santé*



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Cette **priorité d'action, particulièrement structurante**, irrigue l'ensemble des priorités. L'agence s'est fixée quatre objectifs stratégiques : faciliter les coopérations à l'échelle d'un territoire de santé, former et informer, favoriser l'efficacité de gestion des opérateurs de santé et utiliser au mieux les infrastructures régionales et la capacité de recherche en système d'information. **L'organisation des SI de santé à l'échelle de la région a été définie par l'agence dans le cadre du schéma régional des systèmes d'information en santé.**

Dans la continuité des stratégies définies antérieurement, l'agence soutient le **déploiement des SI propres aux établissements sanitaires**, via les programmes nationaux Hôpital 2012 et Hôpital numérique. Les SI propres aux ESMS sont quant à eux promus dans le cadre d'un Appel à Candidatures pour l'accompagnement financier de l'évolution de leurs SI soins.

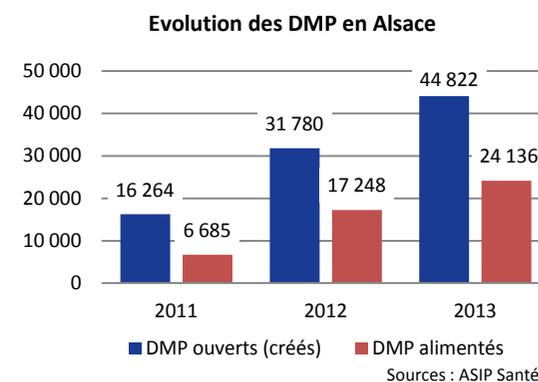
Par ailleurs, elle met en place une offre de services à destination des opérateurs de santé de la région, en s'appuyant sur le GCS e-santé (structure régionale de maîtrise d'ouvrage des SI). Des outils d'orientation, de partage et de coordination sont en cours de déploiement, tels que le DMP, la messagerie sécurisée de santé, Via trajectoire (Sanitaire, EHPAD, PH), SIMRAL (service d'imagerie médicale régionale), des expérimentations en télémédecine, le ROR (répertoire opérationnel de ressources), etc.

La gouvernance des projets SI est suivie dans le cadre du conseil d'orientation des systèmes d'information (**COSI**), dont la composition, élargie en 2012, regroupe : l'agence, le GCS e-santé, les URPS, le COTRIM, les fédérations et associations (secteurs sanitaire et médico-social), les réseaux de santé, des établissements sanitaires et médico-sociaux, les représentants des patients et des familles, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie.

A mi-parcours, un nombre important de projets est lancé et ce aussi bien au niveau national (DMP, DP, MSSanté...) que régional (Via Trajectoire, ROR,...).

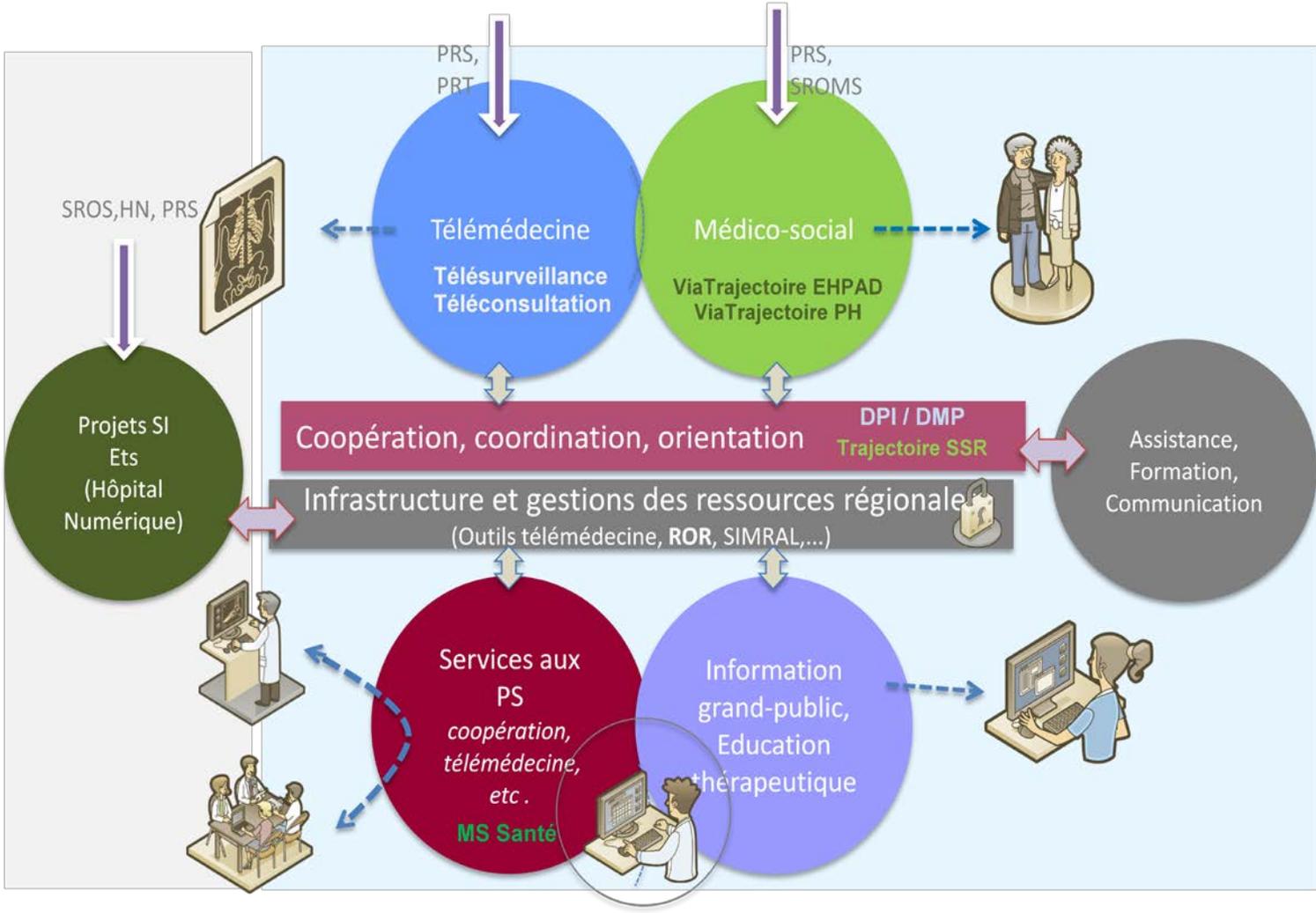
L'objectif de la deuxième phase du PRS est de mener à bien l'ensemble des projets d'ores et déjà lancés, de les inscrire dans un cadre interrégional et national de partage des réflexions quant aux orientations stratégiques et aux outils techniques à adopter et de mettre en œuvre les projets nouveaux inscrits dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, en matière d'information du patient notamment.

EN CHIFFRES



En 2014, l'Alsace est la 4ème région de France pour la création des DMP et 2ème région pour son alimentation (2012 et 2013). Toutefois, la dynamique originelle s'est essoufflée.

ORGANISATION CIBLE DES SI SANTE EN ALSACE



Sources : coproduction ARS/GCS e-santé

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

Faciliter les coopérations à l'échelle d'un territoire de santé

En faveur de la coordination :

- L'Alsace est l'une des quatre premières régions où le **DMP national** s'est déployé dès février 2011. Aujourd'hui, il touche un demi-millier de PS libéraux (mais beaucoup moins sont réellement actifs) et 25 ES et EMS de la région. Son utilisation par les ES est encouragée en privilégiant les populations pour lesquelles l'outil représente une plus grande valeur ajoutée (personnes en EHPAD notamment). L'Alsace met en œuvre par ailleurs un projet pilote national, soutenu par l'ASIP pour intégrer les données structurées de biologie au sein du DMP.
- Le projet national de **Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté)** est également soutenu par l'agence. Ce service est disponible pour les médecins libéraux depuis l'été 2013. Une expérimentation est en cours avec un établissement pilote en région, Sélestat (financement agence : 86 K€). Le déploiement sur 5 autres établissements (4 ES de référence et le CH de Rouffach) est prévu (financement agence sur 2015 : 400K€).
- Le projet de **DCC** est quant à lui retravaillé avec la collaboration de l'ensemble des établissements concernés et des réseaux 3C. Le dispositif devrait être opérationnel en 2015.
- Dans le cadre des réflexions sur l'amélioration du parcours PA, un groupe de travail a débuté une réflexion, reprise à l'échelle de la région, pour l'élaboration d'un dispositif partagé d'information entre intervenants au domicile du patient.

Pour faciliter l'orientation : Via Trajectoire, lors de la rédaction du PRS, était déjà déployé pour les SSR, HAD, USLD. Sur la période 2012-2014, l'agence a organisé l'adaptation du dispositif d'orientation aux EHPAD, en partenariat avec les CG, l'équipe Via Trajectoire et le soutien des GCS e-santé d'Alsace et de Rhône-Alpes (cf. bonnes pratiques). Financement agence sur 3 ans : 280K€. Le projet Via Trajectoire PH est en cours (expression de besoins et développements). L'objectif est de faciliter l'orientation des personnes handicapées par les MDPH vers les services et établissements médico-sociaux et son suivi. Les pilotes commenceront en 2015.

En ce qui concerne la connaissance des ressources: Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) doit décrire à terme les capacités et ressources de l'ensemble des opérateurs en santé, quel que soit le secteur d'exercice : hospitalier, ambulatoire, médico-social. L'organisation et le lancement du projet seront effectifs au 4^{ème} trimestre 2014. La phase 1 portera sur les activités MCO, auxquelles viendront s'ajouter, grâce à une passerelle liant les deux systèmes, les annuaires déjà présents dans Via Trajectoire.

Favoriser l'efficacité de la gestion des opérateurs de santé

• Achever le déploiement des SI hospitaliers et s'assurer de l'interopérabilité des dispositifs :

Dans le cadre du plan Hôpital 2012, 3 des 6 projets lancés sont d'ores et déjà terminés, les autres (HUS, EPSAN et CHM) sont en cours.

Dans le cadre du programme **Hôpital numérique**, la contractualisation avec les établissements est en cours. Sur la période 2014/2017, l'aide accordée sera de 12 M€. Sur 2013, l'agence a financé à hauteur de 600K€ certains établissements pour favoriser l'atteinte des pré-requis.

• Répondre aux besoins en SI des EMS :

- Suite à l'expérimentation lancée par l'ASIP « bureautique santé » et une enquête faisant l'état des lieux des SI des EMS, un appel à candidatures portant sur un accompagnement financier des SI soins en EMS a été réalisé. Plus de 20 candidatures de structures ou d'associations ont été reçues. 300K€ de financement pour le secteur Personnes âgées et 300K€ pour le secteur Personnes handicapées seront attribués aux candidats retenus.

Faciliter la circulation et le partage de l'information

Focus

Programme régional de télémédecine

• **SIMRAL** : Le groupement de commandes (55 membres) a attribué un contrat-cadre fin 2013. 2014 est consacré aux projets pilotes qui vont permettre de « recetter » le système. Ce projet fait l'objet d'un financement de 3,6 millions d'euros, pour un projet de plus de 10 millions d'euros sur 5 ans.

• **Télé-AVC** : une étude de faisabilité est lancée pour une 1^{ère} expérimentation entre le CH de Saverne et les HUS.

• **Télé-radiologie** : Les centres hospitaliers d'Haguenau, Saverne et de Sélestat se sont abonnés à des services de télé-radiologie nationaux.

• Un projet de **télé-surveillance** est en cours à Mulhouse avec le réseau RSSA : 130 personnes incluses en quelques mois (30/40 par mois).

• Le projet de **télémédecine** en ESMS est porté par 4 EMS associant une quinzaine de structures. Ils ont déjà réalisé plus de 300 télé-actes (y compris télé-expertise, téléconsultation et téléassistance). Budget: 762 K€.

• **Télémédecine en univers carcéral** : 1 chariot sur le site d'Ensisheim en lien avec les HCC (financement de 115 K€).

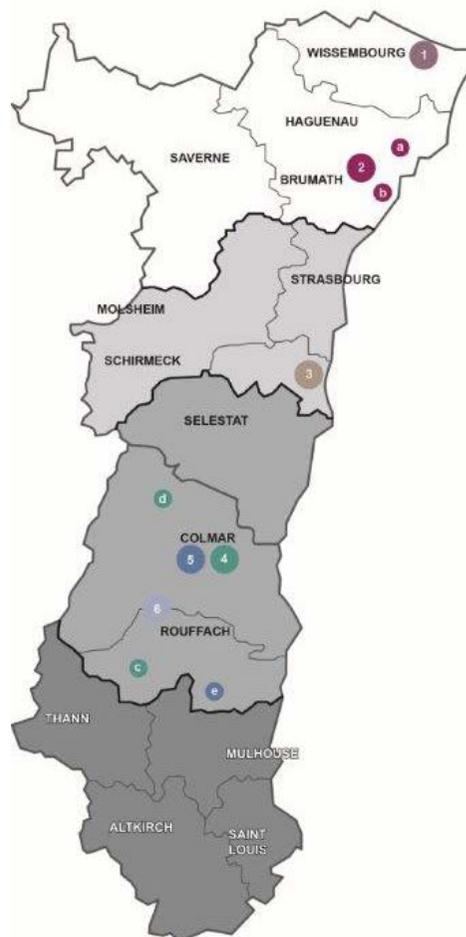
• **L'espace numérique régional de santé** développé par le GCS e-santé est un portail collaboratif à destination des professionnels mettant à leur disposition des services d'information, des outils collaboratifs de communication. Il est notamment utilisé par les observatoires, l'ORA dans le cadre du projet PHARE et l'OMEDIT.

Expérimentations Article 36

L'Alsace fait partie des 9 régions sélectionnées sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 en vue de la mise en œuvre d'expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine.

Cartographie Télémédecine

Bilan télémédecine MS à juin 2014



- **6** maquettes pilotes actives :
 - **15** sites géographiques
 - **17** effecteurs à distance, médicaux et paramédicaux

- **320** télé-actes réalisés :
 - Plus de **81** heures de prise en charge de patients à distance
 - **16** minutes en moyenne par télé-acte (+/- 9 minutes)

- **+ 26** télé-staffs

- Motifs principaux :
 - Dermatologie, suivi de plaies et cicatrisation (**208/320**)
 - Médecine générale, gériatrie (**76/320**)
 - Psychiatrie, neuropsychologie (**22/320**)

- Indicateurs de satisfaction :
 - **98,6** % de patients satisfaits à très satisfaits (n=145)
 - **94** % de patients « compliants » à très à l'aise lors d'1 télé-acte (n=300)
 - **90,8** % de télé-actes concluants à irréprochables (n=262)
 - **91** % d'effecteurs avec un index de confiance non dégradé (n=266)

Source : Comité d'Orientation des Systèmes d'Information ARS Alsace – Alsace esanté

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Suivi des projets organisé :

- Le rôle central du GCS e-santé, maître d'ouvrage unique pour l'ensemble des projets de système d'information partagée en santé.
- L'implication large des différentes composantes du champ sanitaire (ES, EMS, professionnels libéraux) et de leurs représentants est une condition essentielle du succès.

Mutualisation des expériences et des portages avec les autres régions et bonne coordination avec l'ASIP et la DSSIS (placée sous l'autorité du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales).

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE & RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

- Mener à bien les projets lancés en cours (rappel : le schéma régional des Si contient 33 projets).
- Lancer de nouveaux projets stratégiques : partage des données et coordination au domicile du patient.
- Mettre en œuvre les orientations de la stratégie nationale de santé :
 - redéfinition du pilotage du déploiement du DMP,
 - mise en place du service public d'information en santé en région.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- **Télémédecine** : absence de modèle économique défini (objectif des expérimentations Art 36).
- **Outil de coordination à domicile** : contraintes pratiques, techniques et organisationnelles (liées entre autres au grand nombre d'acteurs) .
- **SIMRAL** : difficulté à faire converger l'ensemble des acteurs (périmètre régional, utilisateurs bénéficiaires : radiologues, cliniciens et cadres de santé...).
- **Via Trajectoire PH** : prise en compte des différences entre les différentes régions pilotes.
- Manque d'évaluation économique, organisationnelle et pratique capable de pérenniser les SI et leur usage.

RESSOURCES A MOBILISER

Les acteurs à mobiliser sont nombreux : GCS e-Santé, ASIP, COSI, les Conseils généraux, les établissements, les professionnels libéraux, ...

OUTILS

Dossier communicant de cancérologie (DCC): il doit permettre à chaque professionnel de produire, lire et partager les documents clés du parcours en cancérologie à partir de ses outils quotidiens, en ville comme en établissement de santé

Dossier médical partagé (DMP) : dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet aux PS qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins.

Dossier pharmaceutique (DP) : outil développé par le conseil de l'Ordre des pharmaciens, recensant, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par son médecin ou conseillés par son pharmacien.

Hôpital numérique : afin de rendre les systèmes d'information des ES plus performants, en particulier en termes de qualité et de sécurité des soins, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé, en novembre 2011, le programme hôpital numérique.

Messagerie sécurisée de santé (MS Santé) : dispositif devant permettre à tous les PS d'échanger entre eux par mail sécurisé, rapidement et en toute confiance, des données personnelles de santé de leurs patients (compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation, résultats d'analyses ou tout document d'information jugé utile à la prise en charge coordonnée du patient), dans le respect de la réglementation en vigueur.

Répertoire opérationnel des ressources (ROR) : service informatisé ayant pour but de recenser et mettre à disposition l'offre de soins régionale des ES dans une logique opérationnelle, apportant une aide à l'orientation des patients vers l'offre de soin la plus adaptée à sa prise en charge. Il permettra aux PS d'accéder à une vision en temps réel des caractéristiques et de la composition des ressources pour faciliter l'exercice professionnel et gagner en efficacité.

Service d'imagerie médicale en région Alsace (SIMRAL) : les objectifs sont d'équiper les établissements d'un service en mode SAAS de partage de l'imagerie médicale au niveau régional et optionnellement d'outils PACS et d'archivage.

Téléconsultation : permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient.

Télésurveillance médicale : permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient, et le cas échéant, de prendre les décisions relatives à sa PEC.

Téléassistance médicale : permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre PS au cours de la réalisation d'un acte.

Téléexpertise : permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels libéraux.

Via Trajectoire ou Trajectoire : outil web d'aide à l'orientation et à la gestion des admissions qui permet une gestion fiable d'une liste d'attente unique en apportant une facilité d'utilisation, couvrant les acteurs extra-sanitaires (grand public, médecins traitants, service sociaux,...) et porté à la fois par l'ARS et par les Conseils généraux. Cet outil collaboratif favorise le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social et la fluidité du parcours.

LEXIQUE

AAC : appel à candidature

AAP : appel à projet

ASIP Santé : agence des SI partagés de santé

CG : conseil général

CHM : centre hospitalier de Mulhouse

COTRIM: comité technique régional

CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyens

DMP : dossier médical partagé

DSSIS : direction de la stratégie des SI en santé du ministère de la santé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPSAN : établissement public de santé Alsace Nord

ES : établissement sanitaire

ESMS : établissement et service médico-social

GCS : groupement de coopération sanitaire

HAD : hospitalisation à domicile

HCC : hôpitaux civils de Colmar

HN : hôpital numérique

H 2012 : hôpital 2012

MCO : médecine chirurgie et obstétrique

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

OMEDIT : observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

ORA : observatoire régional des achats

PA : personne âgée

PH : personne handicapée

PRS : projet régional de santé

PS : professionnels de santé

PSRS : plan stratégique régional de santé

RSSA : réseau de santé sud Alsace

SI : système d'information

SSR: soins de suite et de réadaptation

TS : territoire de santé

URML: union régionale des médecins libéraux

URPS: union régionale des professionnels de santé

USLD : unité de soins de longue durée

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

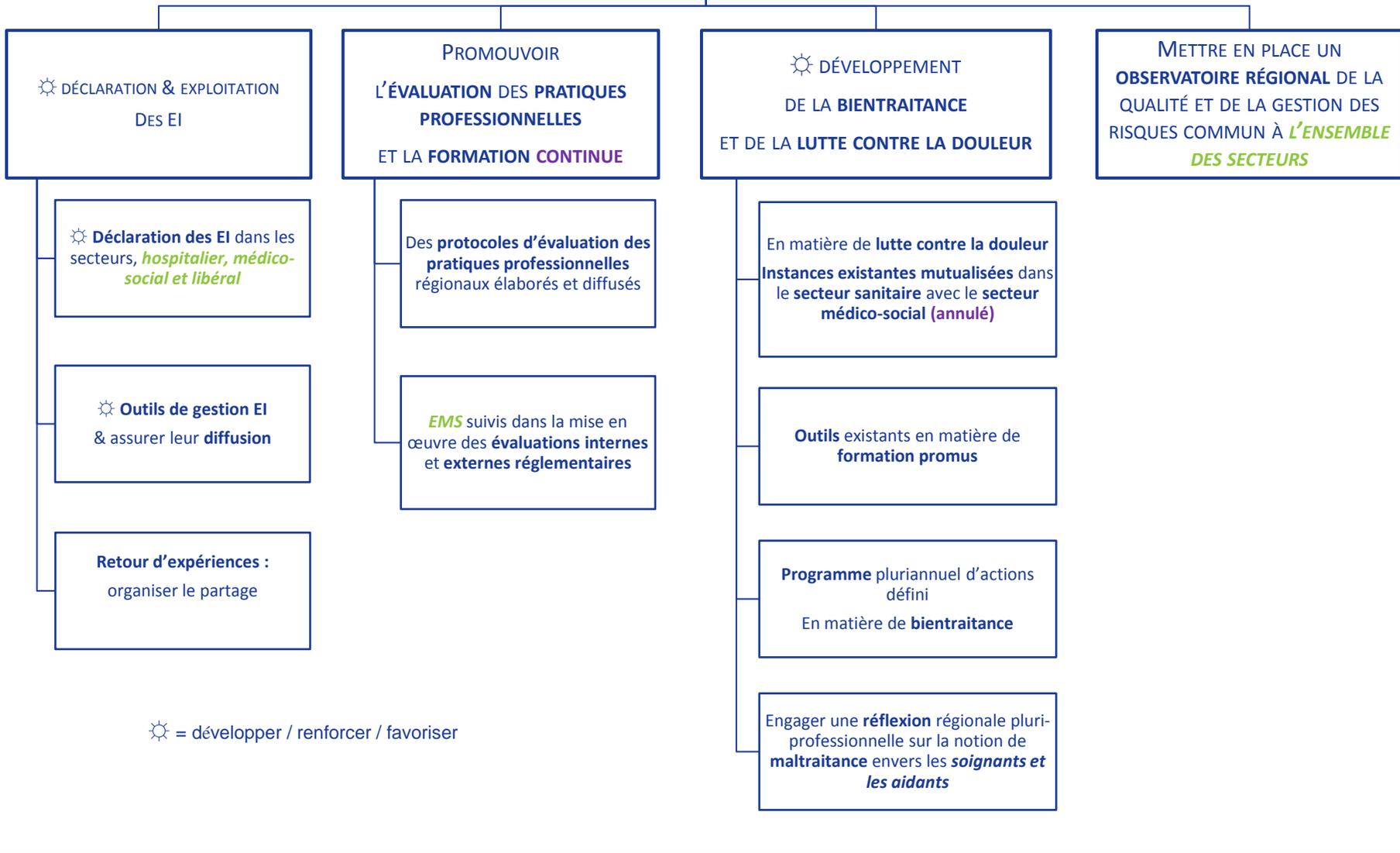
PRIORITE 12 DU PSRS

 **Qualité et gestion des risques**

Référent thématique : Dominique Thirion

Priorité 12

☀ Qualité et de la gestion des risques



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

A la rédaction du PSRS, l'Alsace était, pour la plupart des indicateurs mesurant la qualité et la sécurité des soins, bien positionnée par rapport à la moyenne nationale. Les indicateurs présentés ci-contre montrent le maintien de ce positionnement.

Dès octobre 2011, l'agence a élargi l'**Observatoire régional de la qualité et de la gestion des risques** au secteur médico-social et ambulatoire. Il intègre dans son programme de travail les objectifs du projet régional de santé relatifs à l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Ces missions consistent à développer des analyses partagées de la qualité et de la gestion des risques, favoriser le partage d'expériences entre les professionnels de la région, valoriser les initiatives locales et de les faire connaître, participer aux travaux nationaux, informer les usagers. Il mobilise l'ensemble des acteurs en région en choisissant des thèmes transversaux aux établissements sanitaires et médico-sociaux et à la médecine de ville.

Les actions engagées dans le cadre de cet observatoire correspondent aux préoccupations de l'ensemble des acteurs : déclaration des événements indésirables, évaluation des pratiques professionnelles, bientraitance. Sur le champ sanitaire, ces thématiques sont évaluées au cours des certifications conduites par l'HAS dont les résultats sont pris en compte pour définir les axes de travail à partager entre les établissements et l'Agence.

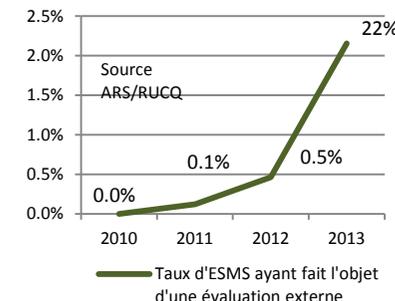
D'autres leviers comme le contrat de bon usage du médicament, les évaluations internes-externes et les différents dispositifs de contractualisation avec l'ARS permettent d'engager les établissements dans une démarche continue d'amélioration de leurs pratiques.

L'agence **accompagne également les acteurs, notamment en mettant à leur disposition les formations pour la mise en œuvre de comités de retour d'expériences (CREX) relatifs à l'analyse des événements indésirables et en soutenant financièrement leur développement au sein des établissements sanitaires.**

A mi-parcours, la priorité est donnée à définir une organisation territoriale de la fonction qualité et gestion des risques, à accompagner les établissements de santé pour répondre de façon satisfaisante aux exigences de la nouvelle version de la certification (V2014) et à permettre aux établissements médico-sociaux d'améliorer leurs démarches d'évaluation interne et externe. L'agence s'attachera à étendre cette réflexion territoriale au secteur de la médecine de ville, avec l'appui des URPS.

EN CHIFFRES

Evaluation externes et certifications



Certifications des établissements de santé en Alsace

L'Alsace compte 63 établissements de santé ou groupes d'établissements concernés par la certification. Au 1^{er} juin 2014, 55 établissements avaient terminé leur procédure de certification V2010. 40 d'entre eux ont été certifiés sans réserve.

28 ES sont certifiés, soit 44% des ES alsaciens (27 % France entière)

12 ES sont certifiés avec recommandations, soit 19 % des ES alsaciens (34 % France entière)

12 ES sont certifiés avec réserves, soit 19 % des ES alsaciens, (comme France entière)

3 ES sont en sursis de certification, soit 5 % des ES alsaciens (6 % France entière)

Indicateurs de qualité

Evolution des indicateurs relatifs à la tenue du dossier patient pour les établissements de santé d'Alsace sur la période 2010 – 2014

Indicateurs de la thématique « Tenue du dossier patient » pour la filière médecine-chirurgie-obstétrique : moyennes régionales et nationales exprimées en pourcentage de conformité des séjours/dossiers

	Année 2010		Année 2011		Année 2014	
	Alsace	France	Alsace	France	Alsace	France
Tenue du dossier patient	76	72	78	76	78	79
Traçabilité de la douleur	70	61	79	73	84	81
Délai d'envoi du courrier	48	40	49	48	45	51
Dépistage des troubles nutritionnels	87	79	89	84	91	87
Tenue du dossier d'anesthésie	83	80	87	84	85	85

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

Mettre en place un observatoire régional de la qualité et de la gestion des risques commun à l'ensemble des secteurs

• Pour favoriser le développement d'une culture de la qualité et de la sécurité des PEC et pour partager ces valeurs avec l'ensemble des acteurs, l'agence a **mis en place**, en octobre 2011, un **observatoire régional de la qualité et de la gestion des risques** intégrant dans son programme de travail 2012-2016 les objectifs de la priorité n°12. Il comprend un **comité de pilotage et quatre commissions spécialisées** réunissant au total **une soixantaine de professionnels de la santé tous domaines confondus (sanitaire, médico-social, médecine de ville), d'usagers, de personnalités qualifiées issues de l'université et des collectivités territoriales, et de représentants de l'agence.**

Développer la déclaration et l'exploitation des événements indésirables

• La commission spécialisée « Déclaration et analyse des événements indésirables » a pour objectif principal d'encourager et de soutenir la déclaration des EI par les professionnels de santé. Les actions menées en 2012 et 2013 ont permis d'une part, de **préciser les modalités de déclaration** des EIG à l'ARS (instructions données aux établissements en décembre 2013), d'autre part, **d'élaborer des outils** favorisant la déclaration et l'analyse des événements indésirables, outils mis à disposition des professionnels sur le site internet de l'ARS. A compter de 2014, les travaux de la commission portent sur la définition d'une cartographie des risques en EHPAD.

• **Par ailleurs, l'agence accompagne (formations, moyens financiers) la mise en œuvre de comités de retour d'expérience (CREX) permettant l'analyse des EI.** Afin de renforcer la culture « sécurité des soins » dans les ES, **180 professionnels de santé ont été formés en 2013** à l'analyse des causes des événements indésirables. Des moyens financiers à hauteur de **438 K€** ont été alloués fin 2012 par l'ARS pour accompagner les établissements de santé exerçant les activités de MCO à la mise en œuvre de ces CREX. Les 32 établissements MCO concernés ont ainsi signé avec l'ARS un **contrat d'engagement**. Il est envisagé en 2014 d'une part, d'allouer des moyens financiers aux établissements exerçant les activités de SSR, de SLD et de psychiatrie (400 K€) et d'autre part, de mettre en place des formations à l'analyse des causes des EI à l'attention des établissements médico-sociaux (MAS, FAM et EHPAD). **Une enveloppe de 150 K€** est prévue pour l'organisation de ces nouvelles formations.

Promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation continue

• **La commission spécialisée « évaluation des pratiques professionnelles »** s'est consacrée à la **prévention des chutes** en construisant des outils d'évaluation permettant d'identifier, pour chacun des secteurs (sanitaire, médico-social, médecine de ville), les facteurs de risques, de définir les mesures préventives et les pistes d'amélioration des organisations et des pratiques professionnelles. Ces outils ont été mis à disposition des professionnels sur le site internet de l'agence.

• Dans le cadre des **évaluations internes et externes des EMS**, l'agence a mis en place des **réunions conjointes avec les CG**. Elle a organisé une journée régionale avec l'ANESM et les CG afin de sensibiliser les acteurs aux évaluations. Les grilles d'analyse des rapports d'évaluation ont été élaborées. Les rapports d'évaluation interne et externe réceptionnés sont actuellement en cours d'instruction par les agents du pôle RUCQ. A noter, l'association des qualitiens d'Alsace (QUALESM) a développé et diffusé un référentiel d'évaluation pour les EHPAD, action soutenue par l'Agence.

Conforter le développement de la bientraitance et de la lutte contre la douleur

• **La commission spécialisée « bientraitance »** a vocation à promouvoir les bonnes pratiques en matière de bientraitance en identifiant les actions remarquables mises en œuvre dans les établissements et en mettant à disposition de l'ensemble des professionnels les outils existants ou développés par les groupes de travail : par exemple, bonnes pratiques déclinées selon la journée type d'un résident ou développées lors de l'accueil du patient et lors des soins d'hygiène, information sur le dispositif d'aide aux aidants, création d'une équipe interservices ... A mi-parcours, l'état des lieux est acté et la stratégie d'actions élaborée. Elles doivent encore être mises en œuvre.

Focus

Elargissement des règles de déclaration des EI à l'ensemble des PS

Dans l'attente du décret d'application qui définirait la notion de gravité des EI, l'agence a coordonné le projet visant à établir une procédure propre à la région, et ce, conjointement avec les acteurs concernés. Dans le cadre de la commission spécialisée de l'observatoire pilotée par un professionnel d'établissement, les besoins opérationnels des acteurs ont été recensés en vue d'apporter une réponse opérationnelle. Travailler ainsi a permis de fédérer les acteurs et de les faire adhérer : les solutions proposées sont les leurs.

109

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

• L'axe de travail relatif à la lutte contre la douleur a été écarté pour tenir compte des difficultés de mobilisation des acteurs sur la thématique de la bientraitance.

• La possibilité d'étendre le programme de formation « MobiQual » au secteur du handicap n'a pas été explorée par l'agence sur la période considérée.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

Prioriser son action pour atteindre ses objectifs

La thématique est large (qualité et gestion des risques) et le périmètre d'intervention de l'agence étendu (500 EMS, 70 ES, des milliers de professionnels de ville). La stratégie adoptée pour la priorité 12 de se focaliser sur des thèmes précis, de délimiter le périmètre d'intervention de l'agence et d'identifier avec les partenaires des sous-thèmes prioritaires est une stratégie qui porte ses fruits dans la mesure où des résultats tangibles sont à noter et une culture qualité et gestion des risques se développe (cf. ci-après).

Capitalisation de la sécurité des soins de l'hospitalier vers le secteur médico-social

La représentation et la participation du secteur médico-social aux travaux menés pour mettre en œuvre la priorité 12 du PSRS contribuent à l'appropriation par les professionnels de ce secteur des méthodes de gestion des risques déjà largement éprouvées dans le secteur sanitaire. Les formations territoriales à l'analyse d'un événement indésirable qui seront mises en place fin 2014 – début 2015 permettront aux professionnels exerçant en EHPAD, FAM et MAS de développer leurs compétences et de partager une culture commune de sécurité favorisant une approche systémique de l'événement indésirable et une meilleure coordination entre les professionnels.

Observatoire régional : une mobilisation des PS et des échanges intersectoriels et interdisciplinaires réussis

La composition des instances de l'observatoire respecte quatre principes : la diversité des professionnels issus des trois secteurs et des différents champs d'activité (sanitaire, médico-social, médecine de ville, soins de suite, psychiatrie, PA, PH, ...), la mixité des métiers (directeur, médecin, cadre de santé, ...), la représentativité des fédérations, l'association de personnalités qualifiées (notamment universitaires) et d'usagers. Il réunit au total une soixantaine de personnes. La richesse des travaux menés au sein des commissions spécialisées tient notamment au fait qu'elles sont pilotées par un professionnel de santé exerçant en établissement et qu'elles favorisent les échanges intersectoriels et interdisciplinaires dans une logique de parcours de l'utilisateur.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE & RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

La priorité sera donnée à **définir une organisation territoriale de la fonction qualité et gestion des risques**, accompagner les établissements de santé pour qu'ils répondent de façon satisfaisante aux exigences de la nouvelle version de la certification (V2014) et permettre aux établissements médico-sociaux d'améliorer leurs démarches d'évaluation interne et externe.

L'agence régionale de santé s'attachera également à **étendre cette réflexion territoriale au secteur de la médecine de ville**, avec l'appui des URPS.

Enfin, l'observatoire régional de la qualité et de la gestion des risques **poursuit ses travaux relatifs à la mise en œuvre des objectifs de la priorité n°12** du PSRS, en particulier l'élaboration d'une cartographie des risques dans le secteur médico-social, d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles et la définition d'un cadre d'actions en matière de bientraitance.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- **Sensibilisation des professionnels de ville à la déclaration des EI**
- **Accompagnement par l'agence à la mise en œuvre des évaluations internes et externes** : près de 400 établissements sont concernés par le renouvellement. Un accompagnement individuel n'est pas envisageable au regard des ressources dédiées.
- **Difficulté d'appréhender le concept de bientraitance** qui apparaît comme un concept complexe aux multiples définitions et approches (large champ d'investigation). En ce sens, la commission spécialisée installée en juillet 2012 a eu des difficultés à se pérenniser. Des sous-groupes par secteur (ES, EMS, médecine de ville) ont dû être créés.
- Nécessité de **valoriser les travaux menés par l'agence** à l'ensemble des intervenants extérieurs

DISPOSITIFS

Accréditation des médecins pratiquant une activité à risque : il s'agit d'un dispositif de gestion des risques médicaux fondé sur la déclaration, par les médecins, des « événements porteurs de risques médicaux » (EPR) concernant leur activité en établissement de santé. Ces déclarations anonymisées d'événements constituent la « matière première » de la base de données de retour d'expérience gérée par la Haute autorité de santé (HAS). L'accréditation concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite "à risques" en ES.

L'analyse de ces événements par des professionnels conduit à produire des recommandations individuelles (en réponse aux événements déclarés par un médecin) et des recommandations générales (résultant de l'analyse de la base de données, d'études de risques et de la veille scientifique), recommandations que les médecins adhérant au dispositif devront mettre en œuvre. Parallèlement, la recherche des causes de l'évitement des dommages produira des enseignements pour la pratique.

C'est une démarche volontaire et individuelle permettant un reversement de la caisse primaire. Le praticien est tenu d'envoyer son rapport annuel régulièrement sinon son accréditation n'est pas renouvelée.

Evaluations des pratiques professionnelles (EPP) : l'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique par rapport aux recommandations disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients.

L'enjeu de l'évaluation des pratiques professionnelles est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé. L'EPP s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et constitue une des composantes du dispositif réglementaire de développement professionnel continu (DPC).

Certification V 2014 : une nouvelle procédure de certification des établissements de santé – dénommée V2014 - est parue au Journal Officiel en décembre 2013, et concernera les établissements alsaciens dès le début de l'année 2015.

L'enjeu de la V2014 porte sur de nouvelles modalités de certification, qui seront mises en œuvre de façon continue, et synchronisée avec les démarches qualité menées au quotidien par les établissements (rendez-vous réguliers, audits de processus, parcours patients traceurs, compte-qualité accessible en continu via une plateforme internet...). Les établissements devront faire le lien entre stratégie et démarche qualité, et intégrer cette dimension au moment des fusions et regroupements entre structures.

LEXIQUE

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

DGARS : directeur général ARS

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EI(G) : événement indésirable (grave)

EMS : établissement médico-social

ES : établissement de santé

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

FAM : foyer d'accueil médicalisé

HAS : haute autorité de santé

MAS : maison d'accueil spécialisé

MCO : médecine, chirurgie et obstétrique

PA : personnes âgées

PEC : prise en charge

PH : personnes en situation de handicap

PS : professionnels de santé

RUCQ : pôle relations avec les usagers, contrôle et qualité

SLD : soins de longue durée

SSR : soins de suite et de réadaptation

TERMINOLOGIE

Evènement indésirable (EI) : Tout événement inattendu, constaté et qui a ou pourrait causer des dommages, y compris les événements liés aux vigilances réglementaires, aux infections liées aux soins, et qui peut aboutir à la plainte d'un patient/d'un résident ou de ses proches.

CREX : Le CREX est une démarche organisée et systématique de recueil et d'analyse méthodique des événements indésirables associés aux soins sans conséquences graves pour le patient, et des événements précurseurs de risques, en vue de comprendre ce qui s'est passé et éviter de reproduire une situation comportant un risque.

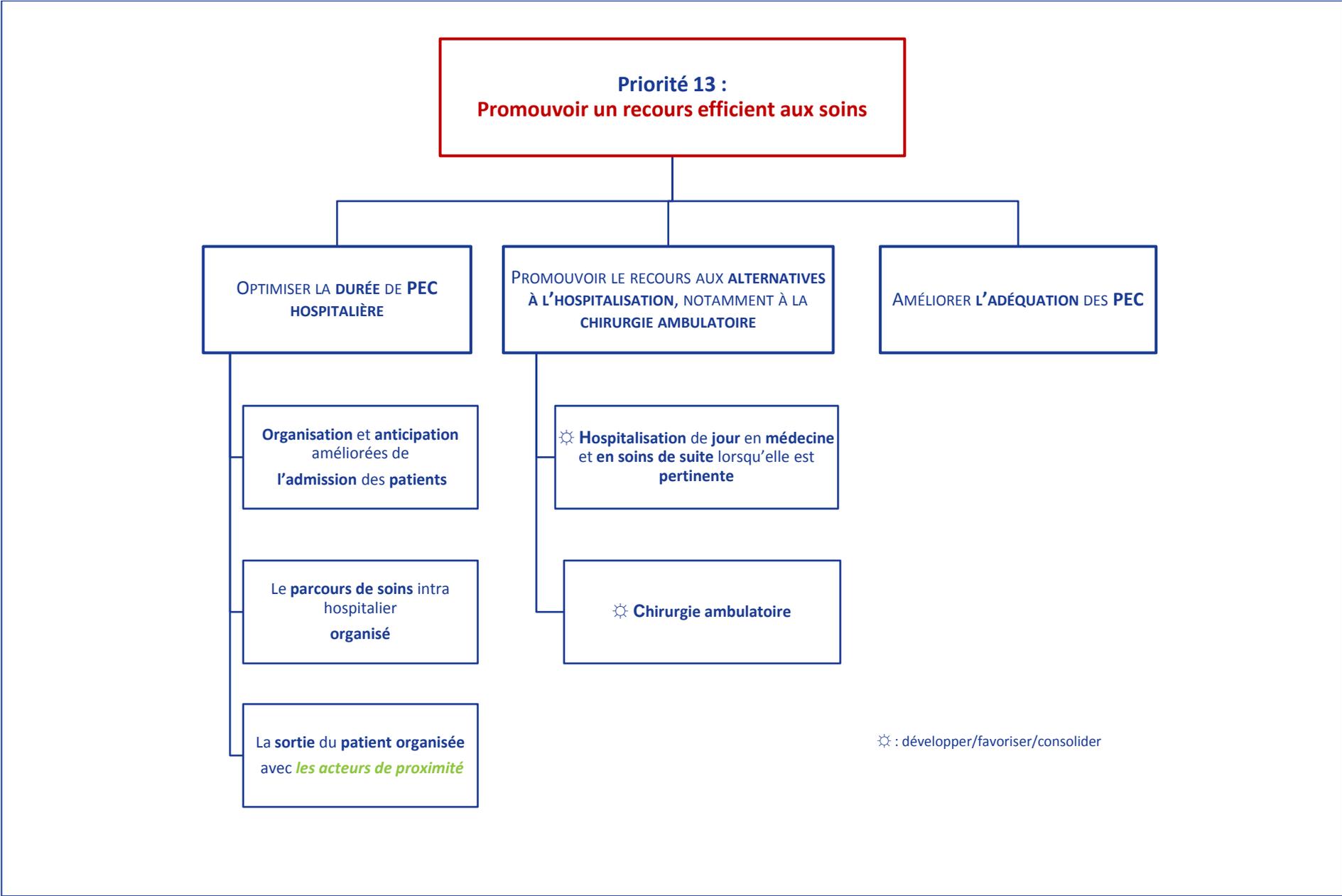
Gestion des risques : Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins. Cette démarche est guidée au moyen d'une politique institutionnelle et d'un programme d'actions évolutif, établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.

REVUE DU PRS A MI-PARCOURS

PRIORITE 13 DU PSRS

**Promouvoir un recours efficient
aux soins**

Référent thématique : Adeline Jenner



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

L'efficacité dans le domaine de la santé s'appréhende dans sa **double dimension qualitative et économique**. Pour l'agence, elle concerne tant l'équilibre économique que l'utilisation optimale des ressources humaines, la mise en place d'organisations fluides et adaptées et la qualité de la prise en charge. Au regard du champ à explorer, le périmètre a été jusqu'ici circonscrit au secteur hospitalier, l'Alsace se caractérisant par un développement insuffisant des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète et par **deux catégories d'atypies très marquées** : des **durées moyennes de séjour** nettement plus élevées que la moyenne nationale en MCO et des **taux de recours aux soins hospitaliers**, notamment en médecine et pour certains actes chirurgicaux, sensiblement supérieurs à la moyenne française.

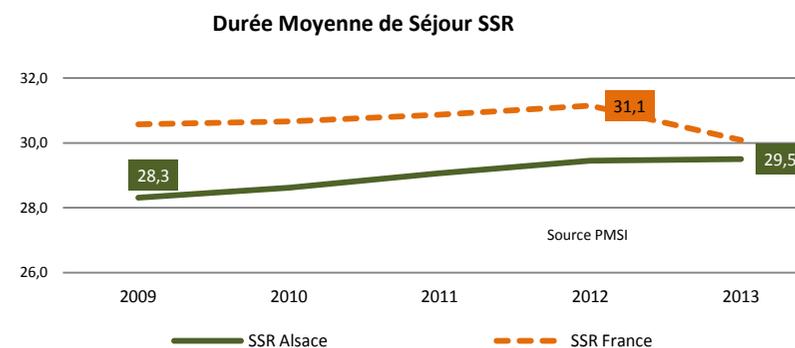
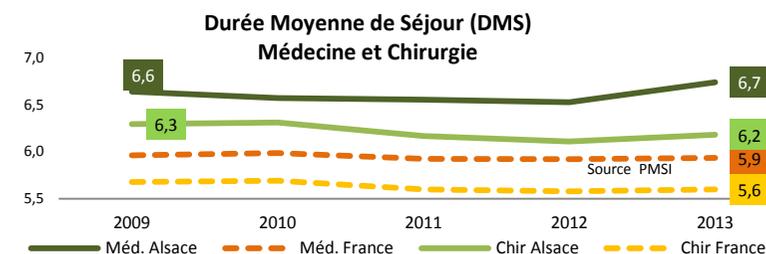
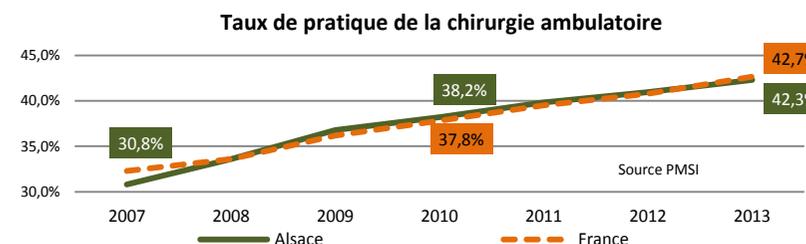
Les leviers actionnés par l'agence sont notamment :

- Les dispositifs réglementaires et contractuels
- La mobilisation d'expertises internes et externes (cabinets de conseil) pour analyser les pratiques et les résultats avec les établissements (accompagnements imagerie, chirurgie ambulatoire, achats...)
- L'animation de travaux collectifs entre établissements ou entre professionnels de santé, pour faire évoluer les organisations ou les pratiques

A mi-parcours, on peut faire le constat que c'est en premier lieu le levier réglementaire et contractuel qui a été actionné : utilisation des CPOM ; contrôles T2A et mise sous accord préalable (chirurgie et SSR) ; évolutions des autorisations (la transformation de places de médecine MCO en SSR a ainsi impacté les séjours médicaux sans nuitée à la baisse). L'implication dans les dispositifs de performance portés conjointement avec l'ANAP a par ailleurs témoigné d'une forte volonté d'accompagner directement et financièrement les établissements. Par ailleurs, plusieurs actions d'accompagnement sur le terrain, rendues possibles par la mobilisation d'expertises reconnues par les professionnels des établissements, ont permis d'élargir les modalités d'intervention de l'agence sur le champ de l'efficacité en apportant une plus value réelle sur le terrain et un dialogue renouvelé. L'agence doit donc poursuivre dans ces deux voies et développer la troisième modalité d'intervention, l'animation de travaux entre pairs, indispensable pour faire évoluer les pratiques (amélioration de la pertinence des actes et soins).

L'exigence d'efficacité doit par ailleurs être portée dans tous les domaines de compétence de l'agence, de la prévention aux soins et au secteur médico-social.

EN CHIFFRES



Indice de performance de la DMS (IP-DMS MCO):

L'IP-DMS correspond au rapport de la durée moyenne de séjour (DMS) effective de l'établissement à la durée théorique (extrapolation de la durée moyenne nationale de chaque séjour à l'ensemble des séjours de l'établissement). La référence pour l'IPDMS est 1. **L'Alsace a un IPDMS de 1.10 : les séjours sont en moyenne 10% plus longs.** (Données 2012)

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE (1/2)

Optimiser la durée de prise en charge hospitalière

Organiser et anticiper l'admission des patients:

- Dans le cadre des CPOM ARS/Etablissements, l'agence a inscrit des objectifs spécifiques afin de favoriser une bonne programmation des séjours en se fondant notamment sur les travaux de l'ANAP. 13 établissements MCO ont ainsi dans leur CPOM l'objectif d'« améliorer et formaliser l'organisation des séjours programmés par la programmation des avis spécialisés et des examens complémentaires avant l'admission du patient ».
- L'agence porte via le GCS e-santé la mise en place d'outils d'orientation du patient à l'instar de la plateforme « Trajectoire SSR » qui permet d'anticiper l'admission en SSR.

Organiser le parcours de soins intra-hospitalier:

- Pour les sept établissements engagés dans une **démarche de gestion des lits** (deux établissements dans un contrat de performance et cinq établissements dans le programme national de gestion des lits de l'ANAP), l'agence promeut notamment les objectifs suivants :
 - renseigner une durée prévisionnelle de séjour ou date prévisionnelle de sorties ajustées tout au long du parcours,
 - mettre en place des cellules de gestion des lits ou d'ordonnancement,
 - améliorer les délais d'accès aux plateaux techniques pour les patients hospitalisés.
- L'agence a **contractualisé sur des DMS** plafond pour les établissements SSR présentant une DMS > 30 jours (vague 1 des CPOM). Cette contractualisation a dans un premier temps porté sur 4 établissements présentant des DMS atypiques. Par ailleurs, les contrats de performance du centre hospitalier de Mulhouse et des HUS comportent des objectifs d'amélioration de l'organisation interne du parcours du patient de diminution de la DMS.
- Les **délais d'accès à l'IRM** font l'objet d'une attention particulière de l'agence. Une mission régionale d'analyse de l'organisation de l'accès à l'IRM et d'appui au changement est conduite de mars à décembre 2014 (cf. bonnes pratiques).
- L'organisation de la sortie du patient avec les acteurs de proximité est particulièrement traitée sous l'angle des systèmes d'information (**DMP, messagerie sécurisée de santé**) et du parcours des PA (**3 groupes de travail territoriaux** sur l'interface ville-hôpital et l'organisation de la sortie) cf. priorités 6 et 10.

Promouvoir le recours aux alternatives à l'hospitalisation

- L'agence a accompagné l'assurance maladie dans la **mise en œuvre des dispositifs de MSAP (mise sous accord préalable) en SSR**. Ainsi, la campagne 2012 de MSAP SSR a concerné 8 établissements pour 4 gestes, et celle de 2013, 8 établissements pour 6 gestes. Le constat sur la campagne 2012 conclut à une légère diminution des prises en charge SSR chez une population jeune pour les interventions sur l'épaule. En revanche, aucune évolution notable n'est constatée sur les autres gestes.
- La mise sous accord préalable est également un des leviers utilisés pour promouvoir la chirurgie ambulatoire (cf. focus). Le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (42,3% fin 2013) est inférieur aux objectifs (44% à cette date, pour atteindre 50% en 2016.)

Focus

Plan d'actions chirurgie ambulatoire

Le plan régional de développement de la chirurgie ambulatoire repose sur :

- Les leviers réglementaires : la mise sous accord préalable (MSAP), la fixation d'objectifs individualisés dans le cadre des CPOM ARS/Etablissements et la contractualisation sur la transmission des plans de développement de la chirurgie ambulatoire pour les établissements ayant un projet de reconstruction / restructuration / regroupement.
- La mise en place sous l'égide de l'ARS d'un comité régional de chirurgie ambulatoire (depuis octobre 2013) afin de faire évoluer les pratiques et les organisations.
- Une démarche d'accompagnement auprès des établissements de santé.
- Une expérimentation menée pour mesurer l'impact sur le taux de chirurgie ambulatoire et les possibilités de financement des modes d'hébergement non médicalisés pour patients pris en charge en ambulatoire.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

Agenda patient

Le PRS préconise la mise en place d'un agenda-patient organisant de façon anticipée le déroulement d'un séjour d'un patient de sa date d'arrivée à sa sortie en prévoyant le séquençage des soins délivrés par les services soignants ou médico-techniques.

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE (2/2)

FOCUS

Améliorer l'adéquation des prises en charge

• L'ARS pilote l'instance régionale de dialogue sur la pertinence des soins (IRDPS) créée en juin 2013. Le diagnostic régional basé sur l'analyse des atypies du taux de recours aux séjours hospitaliers a été réalisé en juin 2013.

Quatre priorités régionales de travail ont été définies pour 2013 et 2014 : la prise en charge du syndrome du canal carpien, les cholécystectomies, les angioplasties coronaires et la participation à l'expérimentation nationale sur la pertinence des césariennes programmées à terme.

La mise en œuvre de ce plan d'actions validé nécessite la constitution de groupes de travail thématiques pilotés par l'ARS. Les objectifs sont une meilleure appropriation des référentiels par les professionnels de santé, permettant de rapprocher le parcours de soin des patients des bonnes pratiques et une politique d'accompagnement, qui peut être portée par une contractualisation avec les établissements notamment autour d'un objectif d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles).

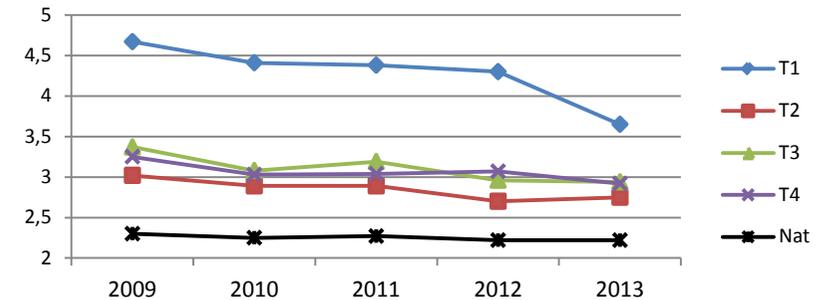
• L'agence a inscrit dans le SROS-PRS l'objectif de convergence des taux de recours, ce qui participera à la maîtrise de l'évolution à la hausse des séjours en médecine et en chirurgie. Des contrôles T2A sont également réalisés, en particulier pour les séjours médicaux sans nuitée. L'agence a contractualisé sur des volumes plafond pour des activités ciblées (TS3 notamment).

• Elaboré en partenariat avec les organismes d'assurance maladie, le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR) organise les actions devant contribuer à améliorer l'efficacité du système de santé en arrêtant la stratégie de gestion du risque et en définissant les actions à conduire. Le risque est compris ici comme tout ce qui génère des dépenses de santé : apparition et aggravation de la maladie, coût des soins, maintien de l'insertion dans la société des personnes atteintes de pathologies chroniques. La gestion du risque (GDR) passe notamment par la prévention des maladies et de leur aggravation, le juste recours aux soins, une offre de soins adaptée en quantité et en qualité et la maîtrise du coût de ces soins.

Les transports et les médicaments prescrits par les établissements connaissent depuis plusieurs années de fortes évolutions. Les dépenses ainsi générées sont suivies par l'agence. Des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) encadrant les taux d'évolution de ces dépenses ont été signés avec les établissements fort prescripteurs. La démarche, en étroite collaboration avec l'assurance maladie, a conduit à mettre en place un accompagnement à l'analyse (partage des données de la CNAMTS) et aux actions (financement d'audits...) ainsi qu'un mécanisme d'intéressement et de pénalité.

Evolution par territoire des taux de recours standardisés en séjours de chirurgie du canal carpien entre 2009 et 2013

Sources : SNATHI (jusqu'à 2012), ARS/OADS (2013)



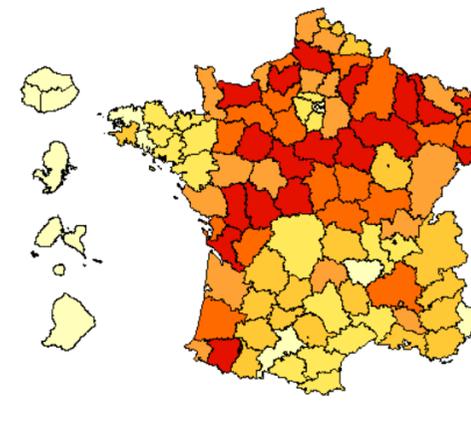
Taux de recours MCO par territoire de santé – canal carpien

Séjours 2012/pop. 2010 – Taux standardisé

Taux de recours national : 2.22

Source : SNATHI

Taux de recours en Nombre séjours /1000 hab.



FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

La mobilisation d'expertises au plus près des établissements

Plusieurs thématiques d'efficience font l'objet d'un accompagnement rapproché des établissements:

- Rencontre avec les professionnels de chaque plateau technique d'IRM ou de chirurgie ambulatoire pour réaliser un état de lieux partagé et identifier les leviers d'actions, formalisée dans une note
- Le cas échéant, proposition d'accompagnement pour le suivi de la mise en œuvre
- Point d'avancement individuel sur site
- A terme, une synthèse régionale et la mise en place d'un groupe de travail régional

La capitalisation de la méthodologie du chantier gestion des lits

L'agence décline le plan national de gestion des lits. Ce programme de 18 mois piloté par l'ANAP concerne 5 établissements de santé pilotes. Il repose sur des outils en ligne, une session de formation dont l'objectif est de former les binômes des établissements à la conduite d'une démarche d'optimisation de la gestion des lits, par l'apport de savoir faire et d'autonomie, des sessions collectives d'accompagnement et des sessions téléphoniques individuelles d'accompagnement. L'objectif pour l'ARS est d'identifier avec les parties prenantes de la démarche les points forts de l'accompagnement mis en œuvre et de proposer à de nouveaux établissements un accompagnement optimal pour la rentrée 2014.

La production de données comparatives et d'indicateurs au service de l'évolution des pratiques

Dans le cadre du suivi du volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO et SSR, la production et la diffusion depuis 2013 des données de consommation et de production régionales par les établissements permet d'objectiver les atypies de taux de recours régionales et territoriales.

RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Durée moyenne de séjour: la priorité doit être donnée à la **réduction de la DMS** dans l'ensemble des établissements de la région (objectif : rejoindre la moyenne nationale ou à défaut le 3^{ème} quartile des régions métropolitaines en fin de PRS) et à l'adaptation des capacités en lits, des organisations et des moyens humains à ce contexte de DMS plus courtes.

Poursuivre les travaux relatifs à la pertinence de soins : il est nécessaire de **développer les démarches professionnelles collectives** visant à améliorer la pertinence des actes et soins et réduire les atypies régionales.

Chantier régional de gestion des lits : généralisation de la démarche à l'échelle de la région. Accompagnement de nouveaux établissements dans le cadre d'un chantier régional.

Chirurgie ambulatoire : accompagnement individuel des établissements et augmentation de la capacité de prise en charge en ambulatoire par transformation, en priorité dans les établissements publics de santé qui ont le plus gros potentiel de chirurgie ambulatoire ; poursuite des actions déjà engagées (MSAP, évaluation intermédiaire et revue des objectifs individualisés par établissement, mise en œuvre des 3 groupes de travail issus des séminaires : organisation des plateaux et flux, formation, pratiques médicales). Lancement d'actions de communication (via la newsletter de l'ARS), évaluation de l'impact des implications économiques de la chirurgie ambulatoire pour les établissements.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

117

Chirurgie ambulatoire

Les principaux freins au développement de la chirurgie ambulatoire sont d'ordre structurel et culturel. L'échelle de temps est de fait allongée.

Evaluation de l'impact des dispositifs

Efficacité a priori limitée des actions de MSAP en SSR (en attente toutefois des résultats détaillés 2012).

Défaut d'outils

Absence de RPPS et de possibilité d'identifier les prescriptions nominatives (transports, médicaments) par les professionnels de santé.

DISPOSITIFS

Mise sous accord préalable (MSAP) : Elle consiste à subordonner la réalisation d'un acte de soins à l'avis du service médical de l'assurance maladie. Ce dispositif est utilisé pour des actes de chirurgie qui peuvent se pratiquer en ambulatoire et pour l'orientation en soins de suite et de réadaptation d'un patient dont la rééducation peut être pratiquée en ville par des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (MSAP – SSR).

Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : L'enjeu de l'EPP est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé. Elle s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle consiste à analyser l'activité clinique d'un professionnel de santé par rapport aux recommandations disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients.

Contrat de performance : Contrat négocié entre un établissement de santé, l'ANAP et l'ARS visant à améliorer la performance organisationnelle et économique de l'établissement, majoritairement en réalisant des économies de charge mais en développant son activité. L'établissement est accompagné dans sa démarche, encadré dans le temps, par des cabinets conseils financés par l'ANAP. La mise en œuvre du contrat et l'atteinte des objectifs font l'objet d'évaluations régulières. Deux contrats de performance ont été signés en Alsace (CH de Mulhouse et HUS).

PRGDR : Ce programme est défini conjointement entre le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de la région qui s'engagent, par sa signature, sur la mise à disposition de moyens et la réalisation d'actions concourant à la réalisation des priorités définies par le projet régional de santé.

Priorité 13 :

Promouvoir un recours efficient aux soins

LEXIQUE

AM : assurance maladie

ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CAQOS : contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DMP : dossier médical partagé

DMS : durée moyenne de séjour

GCS : groupement de coopération sanitaire

GDR : gestion du risque

HC : hébergement complet

HDJ : hôpital de jour

IRDPS : instance régionale de dialogue sur la pertinence des soins

IRM : imagerie par résonance magnétique

MCO : médecine chirurgie obstétrique

PEC : prise en charge

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PRGDR : programme régional de gestion du risque

PS : professionnels de santé

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SSR : soins de suite et de réadaptation

TS : territoire de santé

T2A : tarification à l'activité

REVUE DU PRS A MI-PAROURS

PRIORITE 14 DU PSRS

Anticiper dans l'organisation des soins les évolutions de la démographie & des modes d'exercice des *Professionnels de Santé*

Référent thématique : Tayana Kirstetter

Priorité 14 :
Evolutions de la démographie & des modes d'exercice des PS
→ À anticiper dans l'organisation des soins

ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES
À VENIR ET LES BESOINS EN PS
☀ LA CAPACITÉ D'ANALYSE EN RÉGION

Consensus régional sur l'évolution
de la démographie des PS et des
besoins en professionnels

Evolution de la répartition des
postes d'internes en médecine
ouverts à l'examen classant
national
→ prendre en compte les besoins
prioritaires en formation

☀ : développer/favoriser/consolider

☀ L'INSTALLATION
ET LA BONNE RÉPARTITION
SUR LE TERRITOIRE DES PRATICIENS

Une bonne répartition des terrains
de stage sur l'ensemble du
territoire
Et des conditions de stage
améliorées

Une installation facilitée

Des installations orientées vers les
zones du territoire les plus
déficitaires

☀ Un exercice collectif ou
coordonné

☀ LES COOPÉRATIONS
INTERPROFESSIONNELLES
ET MIEUX UTILISER LA RESSOURCE MÉDICALE

Une coopération
interprofessionnelle facilitée
(notamment au sein des ES)

Une meilleure organisation pour
une meilleure utilisation de la
compétence médicale

BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

L'Alsace est dans une situation démographique globalement plus favorable que le reste du territoire national. La moyenne régionale cache toutefois des disparités territoriales relativement importantes. Par ailleurs, l'Alsace va connaître au cours des prochaines années une diminution du nombre de médecins en exercice sur le territoire régional. Ainsi, **la priorité d'action vise essentiellement à anticiper les conséquences de l'évolution de la démographie des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins. Cette priorité s'inscrit dans le cadre du pacte territoire santé (PTS) annoncé par la Ministre en décembre 2012 et qui a pour objectif de garantir l'accès aux soins de médecine générale partout sur le territoire.**

Pour répondre à cette priorité, l'agence mène un **travail statistique prospectif** avec l'ensemble des institutions concernées (faculté de médecine, Ordre des médecins, CG, URPS, ES, EMS, représentants des internes) afin d'établir un consensus régional sur l'évolution de la démographie des besoins en professionnels de santé (PS). Ce **travail partenarial** est également effectué dans le cadre permanent du comité régional de l'observatoire national des PS. Il permet notamment d'orienter la répartition des postes d'internes en médecine ouverts à l'examen classant national.

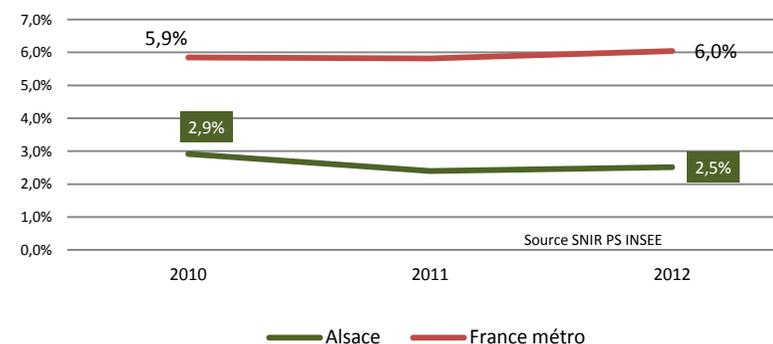
Pour favoriser l'installation des praticiens et leur bonne répartition sur le territoire, l'agence **déploie les dispositifs incitatifs (guichet unique, CESP, PTMG...)** spécifiquement prévus dans le cadre du PTS. L'objectif est de garantir une bonne répartition des terrains de stage sur l'ensemble du territoire, de faciliter l'installation des jeunes praticiens, de favoriser un exercice collectif ou coordonné, pratique encore peu développée en Alsace, et d'orienter les installations vers les zones du territoire les plus déficitaires. Les **CLS sont un des leviers d'actions mis en œuvre par l'agence** pour inciter à l'exercice coordonné prioritairement dans les zones déficitaires en offre de soins.

Pour favoriser les coopérations interprofessionnelles, l'agence **autorise systématiquement les protocoles validés par la haute autorité de santé**. Elle conseille les promoteurs régionaux de tels protocoles. Elle appuie également des programmes expérimentaux de télé-médecine, et organise la permanence des soins (PDSA/PDSES) afin de garantir à la population une prise en charge optimale des soins.

La stratégie de l'agence repose essentiellement sur des mesures incitatives et de conseil pour stimuler l'émergence de nouveaux projets, notamment d'exercice coordonné ou regroupé. Le succès de cette action dépend largement de dynamiques professionnelles propres et pour certains projets, du partenariat avec les élus locaux. Par ailleurs, les délais de réalisation peuvent être longs, particulièrement pour la création des MSP, pouvant aller jusqu'à trois ans. A mi-parcours, l'adhésion et la mobilisation des partenaires et acteurs méritent d'être consolidées pour assurer des résultats pérennes.

EN CHIFFRES

Part de la population des bassins de vie dont la densité MG est inférieure de 30% à la moyenne nationale



Seuls 1,3% de la population alsacienne (soit 25 000 personnes) met 30 min ou plus pour accéder à une structure de soins urgents (Vallée de la Bruche), contre 6,7 % en moyenne nationale (Source: DREES - SAE 2010).

Plus de **200** médecins généralistes libéraux sont agréés maîtres de stage en médecine générale, dont 4 en zones déficitaires.

4 contrats de PTMG ont été signés en 2013, 2 dans le canton de la Petite Pierre (67), un dans le canton d'Ensisheim et un dans le canton de Neuf-Brisach (68).

10 CESP ont été signés depuis 2010. En 2014, 3 CESP en odontologie (sur les 3 contrats à pourvoir) et 2 CESP en médecine (sur les 13 à pourvoir) sont conclus.

6 Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) fonctionnent en 2014 (4 dans le 67 et 2 dans le 68).

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

→ les évolutions de la démographie & des modes d'exercice PS

FOCUS

Mieux anticiper les évolutions démographiques et les besoins en PS et renforcer la capacité d'analyse en région

Après plusieurs périodes de consultations réglementaires, l'agence a arrêté les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des médecins généralistes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes, des orthophonistes et des chirurgiens-dentistes libéraux.

Favoriser l'installation et la bonne répartition sur le territoire des praticiens

- L'agence travaille à la généralisation du **stage de 2^{ème} cycle de MG** en accélérant la recherche de maître de stage plus particulièrement dans les zones déficitaires.
- L'agence a identifié un « **réfèrent installation** » qui va à la rencontre des futurs médecins. Par ailleurs, en 2014, l'agence a mis en place un **guichet unique** dans le Bas-Rhin, en partenariat avec l'Ordre des médecins et l'assurance maladie, pour faciliter les démarches d'installation.
- La **plateforme d'appui aux professionnels de santé** mise en place en juillet 2011 est régulièrement mise à jour. Elle met à disposition des informations sur les stages, les démarches à effectuer à l'installation, les modes d'exercice coordonné et les aides existantes.
- Pour favoriser la connaissance du **dispositif CESP**, une campagne d'information annuelle en lien avec les facultés et les syndicats représentant les étudiants (permanences à la faculté de médecine, participation aux réunions de rentrée...) est organisée par l'agence. Concernant le dispositif **PTMG**, l'agence organise une information à destination des internes de MG, des remplaçants et des médecins installés depuis moins d'un an en zones déficitaires, en lien avec les Ordres et l'assurance maladie.
- Les communes de la vallée de la Bruche sont les plus concernées par le besoin de garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. A ce titre, une réflexion est en cours pour la mise en place de **médecins correspondants du SAMU**, en lien avec un établissement de santé présent sur le territoire et les médecins libéraux. Elle devrait aboutir au 3^{ème} trimestre 2014.
- Afin de garantir une meilleure répartition des postes de médecins dans l'ensemble des établissements de la région, l'agence assure le financement annuel de **5 postes d'assistants spécialistes partagés**, chiffre largement insuffisant.
- En 2013, un appel à projets régional relatif à la création de **structures d'exercice coordonné ou regroupé** a été lancé par l'agence. 13 projets ont bénéficié d'un accompagnement par des cabinets de conseils financés par l'agence, dont un projet de **maison de santé universitaire** dans le Haut-Rhin. Une enveloppe financière d'un montant de 100 000€ en 2013 a été consacrée à cet appel à projets. Certains projets verront cet accompagnement se poursuivre en 2014 et un nouvel appel à projets a été lancé au deuxième trimestre 2014, permettant de retenir 4 nouveaux projets.

Favoriser les coopérations interprofessionnelles et mieux utiliser la ressource médicale

- L'agence a répondu à l'appel à candidature national pour l'expérimentation de la tarification en télémédecine et sa candidature a été retenue.
- Afin d'accélérer les transferts de compétences, un **protocole de coopération** a été autorisé et initié en Alsace, en milieu hospitalier, dans le domaine de l'échographie cardiaque. **19 protocoles** initiés par d'autres régions par exemple pour faciliter l'accès aux soins en ophtalmologie ont été autorisés en Alsace par l'agence.
- Un appel à candidatures a également été lancé pour la mise en œuvre du protocole national **ASALEE** qui concerne la délégation de tâches du médecin vers un infirmier formé pour des actions de dépistages et de suivi de pathologies chroniques. Trois infirmiers sont formés dans ce cadre.

La **permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA)** a pour objet d'offrir une réponse de premier recours aux besoins de soins non programmés de la population durant les heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux. Son cahier des charges est élaboré annuellement par les services de l'agence, en concertation avec les acteurs de la permanence des soins concernés au niveau régional, notamment l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), des médecins, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins et les préfets des départements concernés.

En 2013, plus de 5 M€ ont été consacrés à la mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoire (rémunération des astreintes et de la participation à la régulation)

Sources : Rapport d'activité du FIR 2013

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE

La formalisation, en lien avec le département de médecine générale de la faculté, de supports de formation à la maîtrise de stages, afin de sensibiliser les médecins libéraux à cette formation.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES

La mise en place de dispositifs incitatifs corrélée à l'engagement des partenaires

L'agence met en place des actions d'information afin de promouvoir les dispositifs incitatifs auprès des professionnels de santé et des élus.

Si **aucun des outils n'est à lui seul déterminant** pour influencer la démographie des professionnels de santé, **leur diversité** peut répondre à des attentes des professionnels différentes selon leur situation : étudiants/internes, professionnels souhaitant s'installer, professionnels déjà installés et souhaitant faire évoluer leurs conditions d'exercice.

A titre d'exemple, la majoration d'actes en zone prioritaire et la mesure PTMG, garantissant un revenu à l'installation, a facilité l'installation de praticiens dans nos zones prioritaires et permis de pérenniser le maintien des professionnels de santé déjà installés. A ce titre, une bonne pratique a été la prise de contact directe auprès des professionnels installés depuis moins d'un an en zones déficitaires afin de leur présenter le dispositif de PTMG.

Nécessité d'un accompagnement étroit pour la réalisation de projets d'exercice coordonné ou regroupé

La garantie de la réalisation de projets d'exercice coordonné ou regroupé tient essentiellement à l'engagement de professionnels de santé autour d'un projet de santé fédérateur. Une bonne pratique consiste notamment à accompagner et conseiller, pas à pas, les porteurs de projets dans les différentes étapes de mise en œuvre et de s'assurer en amont de la faisabilité du projet.

L'accompagnement initié en 2013 aura permis d'impulser une réelle dynamique auprès de plusieurs professionnels et par la même, la mise en œuvre concrète de plusieurs projets dans la mesure où 6 d'entre eux devraient voir le jour au cours de l'année 2014.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE & RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Structurer l'offre de services de l'agence dans le domaine du premier recours

- **Développer les outils** pour suivre de façon plus fine l'évolution de la démographie médicale et des modalités de son organisation.
- **Poursuivre la mise en œuvre du pacte territoire santé** et adopter une **démarche proactive** pour prévenir les signes de rupture du maillage sanitaire.
- Repenser l'organisation plus efficacement pour **répondre aux sollicitations** des professionnels qui souhaitent un **exercice regroupé ou coordonné**, en lien avec les représentants des professionnels.
- Mettre en place le **service territorial de santé au public** et les **plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes**, au service des professionnels de premier recours.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

- Pas d'implication du conseil régional et des conseils généraux.
- Une faible adhésion des étudiants et internes en médecine au CESP est à constater, malgré une campagne de communication active. La dynamique d'organisation de l'activité en pôle ou maison de santé reste faible.
- Concernant les coopérations entre professionnels de santé, les démarches à réaliser par les professionnels sont encore longues et fastidieuses. A ce jour, en Alsace, les protocoles concernent uniquement le secteur hospitalier. Une meilleure adaptation de la nomenclature des actes professionnels à ces nouvelles pratiques permettrait une adhésion des professionnels libéraux à ce dispositif.
- L'impact des mesures incitatives ne peut être mesuré que sur le long terme. Enfin, la réussite de ces mesures est fortement corrélée à l'adhésion des partenaires extérieurs (professionnels et élus).

RESSOURCES A MOBILISER

Des ressources et des outils sont à développer pour assurer une animation territoriale.

Un travail de partenariat avec la faculté de médecine est à envisager et ce de façon prioritaire.

A terme une meilleure coordination avec les organismes d'assurance maladie des deux départements est à mettre en place.

DISPOSITIFS

ASALEE : action de santé libérale en équipe : l'objectif de cette expérimentation nationale est l'amélioration de la qualité des soins via la délégation aux infirmières des consultations d'éducation à la santé concernant le diabète, l'hypertension artérielle, des consultations de dépistage des troubles cognitifs après 75 ans et le risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive du patient tabagique.

CESP : contrat d'engagement de service public : il ouvre droit à une allocation mensuelle brute de 1.200€ qui permet à de futurs médecins ou chirurgiens-dentistes de financer leurs études. En contrepartie de cette allocation, les étudiants ou internes en médecine et en odontologie s'engagent à exercer leurs fonctions dans des lieux où l'offre de soins de proximité doit être renforcée.

Guichet unique à l'installation : guide et conseille les candidats à l'installation, centralise l'information sur les aides disponibles et sur les différentes formules de collaboration...

MSP : maison de santé pluridisciplinaire : la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les MSP assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et ce dans le respect d'un cahier des charges national.

Pôle de santé : il est constitué "entre professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale". Chaque professionnel conserve son propre lieu d'exercice. Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

PTMG : praticien territorial de médecine générale : ce dispositif permet d'inciter l'installation des jeunes médecins généralistes, non encore installés ou installés depuis moins d'un an, dans les zones qui se caractérisent «par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins».

Le contrat PTMG offre à ses bénéficiaires, pendant deux ans maximum, un complément aux revenus tirés des activités de soins de manière à garantir un revenu net mensuel de 3 640 € (pour un temps complet). De même, des avantages en matière de protection sociale sont consentis aux bénéficiaires. En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent, par contrat, à respecter notamment les tarifs opposables et à participer à la permanence des soins ambulatoires.

Référent installation : correspondant identifié au sein des ARS, formé, facilitant les démarches d'installation pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

LEXIQUE

AAP : appel à projet

CG : conseil général

CLS : contrat local de santé

EMS : établissement médico-social

ES : établissement de santé

MG : médecine générale/ médecin généraliste

PDSA : permanence des soins en médecine ambulatoire

PDSES : permanence des soins en établissement de santé

PRS : projet régional de santé

PS : professionnel de santé

PSRS : plan stratégique régional de santé

PTMG : praticien territorial de médecine générale

PTS : pacte territoire santé

SAMU : service d'aide médicale urgence

SNS : stratégie nationale de santé

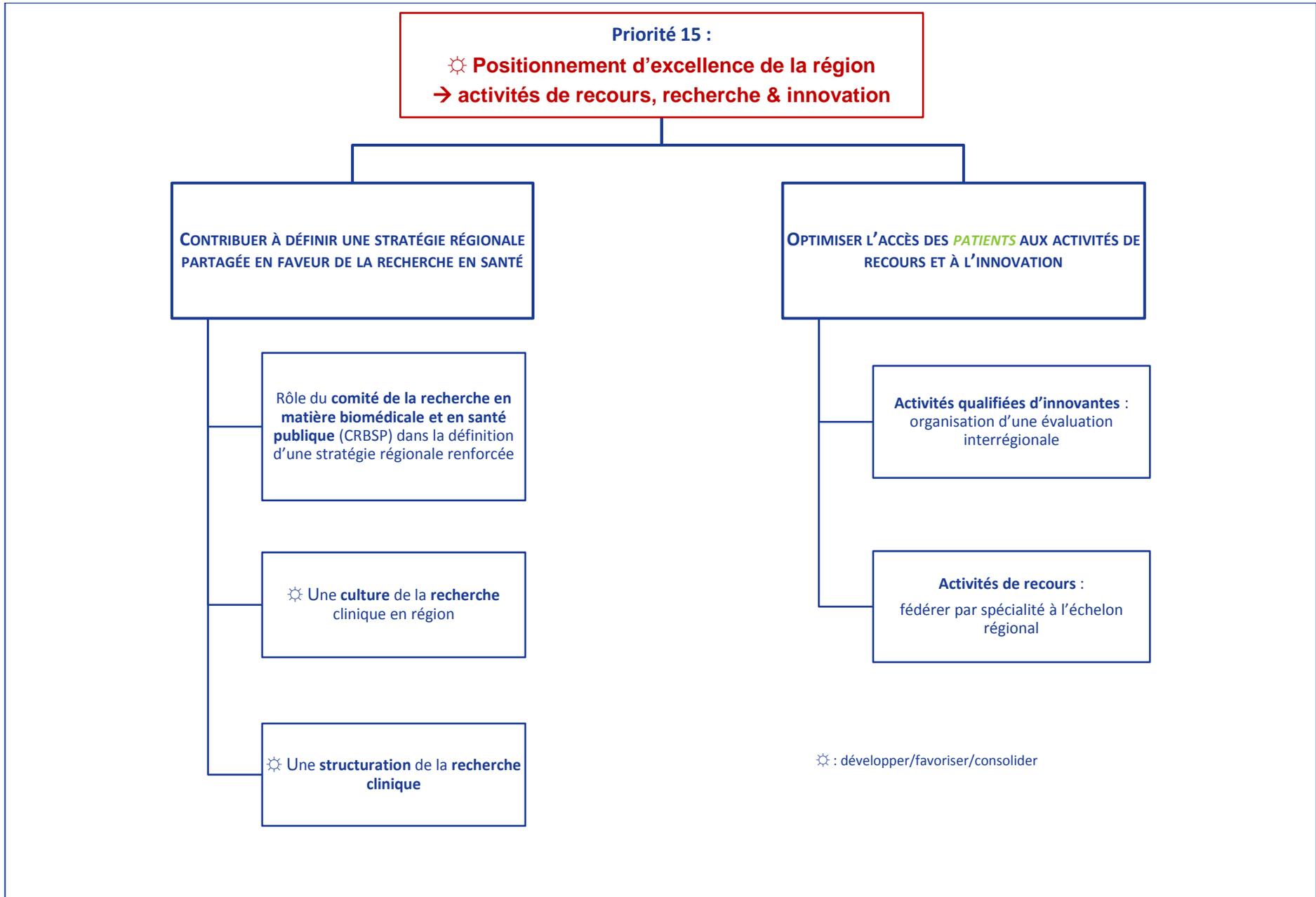
URPS : union régionale des professionnels de santé

REVUE DU PRS A MI-PAROURS

PRIORITE 15 DU PSRS

 **Positionnement d'excellence de la région**
→ activités de recours, recherche & innovation

Référent thématique : Dr François Seiller



BILAN DE LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

En région Alsace, si la recherche fondamentale est structurée et talentueuse, notamment dans le domaine de la santé, on constate que la recherche clinique n'a pas bénéficié d'efforts comparables. Dans l'activité des praticiens, la mission de recherche cède par ailleurs souvent le pas aux missions de soins et d'enseignement.

Si l'accès à l'innovation thérapeutique et aux activités de recours ne semble pas poser de difficulté particulière, on peut noter que les principaux indicateurs caractérisant la recherche clinique en région ne sont pas favorablement orientés. La réforme nationale du financement des activités de recherche met en lumière la faiblesse de la recherche clinique dans la région et se traduit, pour les deux principaux opérateurs que sont les HUS et le centre Paul Strauss, par une diminution constante au cours des dernières années des financements à ce titre, en dépit des efforts faits par le centre Paul Strauss pour augmenter substantiellement la part de patients inclus dans des protocoles de recherche.

La recherche entre de façon périphérique dans le champ de compétence de l'ARS et dans ses prérogatives de financement. Afin de contribuer à impulser une nouvelle et indispensable dynamique de la recherche clinique, l'agence a financé deux postes de personnels qualifiés dans le domaine de la méthodologie et des bio statistiques. Cette stratégie s'inscrit en appui d'une réorganisation par les HUS de leur recherche clinique et l'affirmation d'axes de recherche prioritaires.

Pour l'avenir, on peut faire le constat de l'arrivée à l'état de réalisation de projets très importants pour le développement d'une recherche clinique forte en région tels que l'institut régional du cancer ou l'institut hospitalo universitaire. L'agence s'engage, dans la limite de ses moyens et de ses compétences, dans l'appui à ces projets, tout particulièrement le projet d'institut régional du cancer dont le projet médical comporte une ambition d'amélioration de l'accès aux soins innovants et de structuration de la recherche clinique dans l'ensemble de la région.

De même l'Institut de Génétique Médicale d'Alsace, intégrant sur un même site les activités de clinique et de recherche, permettra de créer une synergie optimale au bénéfice de l'ensemble des patients. La localisation dans le futur bâtiment de recherche « translationnelle » du Centre de recherche biomédicale de Strasbourg renforcera par une interaction permanente des différentes équipes l'efficacité de l'ensemble des acteurs.

On doit faire le constat que l'environnement en région est plus que jamais favorable au développement de la recherche en région Alsace, avec la création prévue d'un campus Tech med sur l'emprise foncière libérée par les HUS sur le site de l'hôpital civil.

L'objectif d'optimiser l'accès des patients aux activités de recours et à l'innovation repose également sur une organisation inter régionale, concrétisée au travers de la mise en œuvre d'un nouveau SIOS, arrêté début 2014. Il confirme un haut niveau de compétence en région Alsace. L'un des enjeux de la période à venir sera de rendre opérationnelles les collaborations prévues dans le SIOS pour conforter les filières de soins interrégionales, permettre un accès effectif des patients aux soins et limiter les fuites extra régionales.

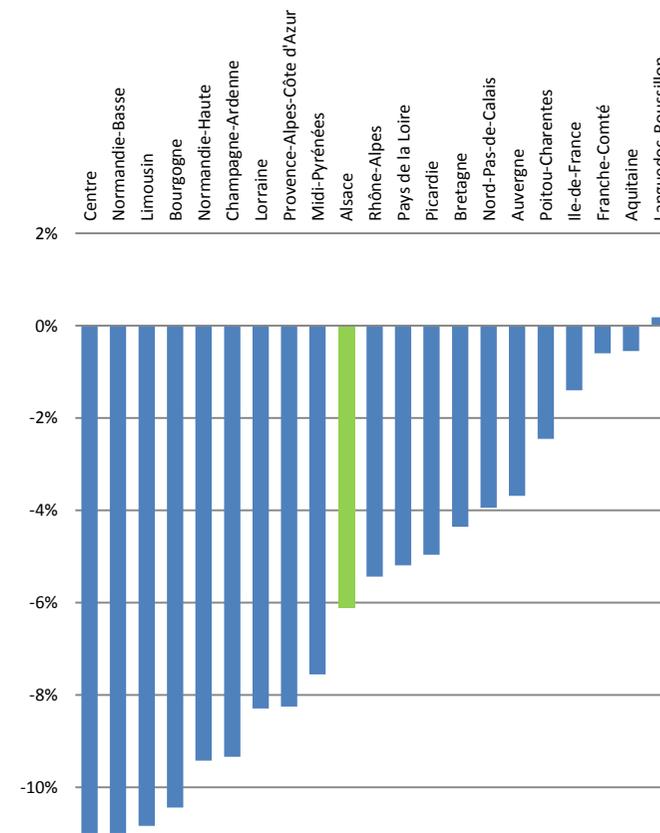
A mi parcours, les enjeux d'excellence et d'accès à l'innovation portés par cette priorité demeurent essentiels, dans un contexte porteur de progrès et malgré les difficultés financières de l'heure.

Priorité 15 :

☀ **Positionnement d'excellence de la région**
→ **activités de recours, recherche & innovation**

EN CHIFFRES

Crédits MERRI délégués par région :
évolutions 2011 / 2013



Sources : <http://www.sante.gouv.fr/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-reference-et-d-innovation-merri.html>

La baisse des crédits MERRI est généralisée sur la France; la baisse de 6 % en région Alsace se situe dans la moyenne.

2012-2014: LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR L'AGENCE

La Recherche : bilan

Le bilan de la recherche dans la région peut être caractérisé par trois indicateurs, dont deux mal orientés et qui témoignent de la difficulté à faire émerger une recherche clinique forte en région :

- L'enveloppe des **Merri**, qui constitue l'un des principaux indicateurs de l'activité de recherche, est en **diminution de 6.1 %** sur la région de 2011 à 2013. Cette diminution, qui s'explique principalement par la montée en puissance de la réforme du financement prenant en compte l'activité effective de recherche et d'enseignement au travers de certains indicateurs tels que les publications, est supérieure à celle constatée dans les régions métropolitaines les plus dynamiques.

- Le nombre de **patients inclus dans un protocole de recherche clinique** est en diminution entre 2012 et 2013 (l'Alsace, compte tenu du contexte local, garde la même tendance (passe de la 19^{ème} à la 20^{ème} place avec respectivement 2862 et 2719 inclusions)¹.

- Le **nombre de dossiers alsaciens de PHRC retenus** a légèrement augmenté entre 2012 et 2013 passant de 4 (sur 287) pour 954 616 € à 6 (sur 231) pour 1 241 967 € projets².

Confrontée à ce constat, la recherche s'est structurée en Alsace. Le centre d'investigation clinique des HUS, placé sous la direction d'un médecin coordonnateur et d'un médecin délégué, structure sa recherche autour de quatre axes prioritaires : pathologies cardiovasculaires et métaboliques, neurosciences, génétique et maladies rares ainsi que pathologies auto-immunes, inflammation et infection. Aussi, les HUS ont délocalisé une partie de la recherche sur un deuxième site (Haute-pierre). En parallèle, pour améliorer l'organisation de la recherche, l'agence a **incité** les HUS à identifier **des référents «recherche»** au sein des pôles, afin de faciliter l'orientation des patients vers un essai clinique.

Dans le cadre du CPOM avec les HUS, l'agence a **financé** (financement non reconductible de 500 000 € en 2012) la création pour 4 ans de deux postes de personnels qualifiés dans le domaine de la méthodologie et des bio-statistiques affectés au Groupe Méthode en Recherche Clinique (GMRC) aux HUS. Le financement de ces postes après 2016 devra être assuré par le biais de l'accroissement du montant des MERRI résultant de l'augmentation de l'activité de recherche.

L'agence accompagne la **création d'un institut régional du cancer (IRC)** au sein de la région Alsace (cf. priorité 4). Dès 2012, deux réalisations concrètes de collaboration CPS/HUS, rattachées à l'IRC, ont émergé : la création d'une plateforme d'oncobiologie et la création d'une plateforme de recherche clinique. Dans le cadre du projet, signature d'un accord cadre HUS/CPS pour l'élaboration du projet médico-scientifique, une première réunion du comité scientifique a eu lieu fin juin 2014.

La région bénéficie d'un des six **instituts hospitalo-universitaires (IHU)** retenus dans le cadre du plan « investissements d'avenir ». Les HUS sont étroitement associés au fonctionnement de cet institut, dans sa dimension soignante en particulier. Depuis le printemps 2012, un plateau technique d'imagerie lourde (scanner, IRM et bras d'angiographie) est mis en œuvre au sein du Pavillon Clovis Vincent ; il est exclusivement dédié à des activités de recherche expérimentale et d'enseignement. Les activités de l'IHU Strasbourg seront regroupées en 2016 au sein d'un nouveau bâtiment de 12 000m² dédié au soin, à la recherche et à la formation. A fin 2012, l'IHU est à l'origine de quatre premières chirurgicales (trois mondiales et une française) avec l'utilisation de techniques d'intervention innovantes.

L'objectif des professionnels du champ de la santé mentale est de mettre en place, en Alsace, un **groupe régional de recherche clinique en psychiatrie**, à l'image de ce qui existe en région Nord/Pas de Calais. A l'issue d'une réunion de présentation de l'organisation et de l'expérience de la **F2RSM** (Fédération régionale de recherche en santé mentale du Nord/Pas de Calais) l'ensemble des établissements présents a acté le principe de la mise en place d'une telle structure en Alsace.

 **Positionnement d'excellence de la région**
→ **activités de recours, recherche & innovation**

FOCUS

Etat des lieux de la recherche aux HUS

La place des HUS dans l'inter région : la file active la plus importante de l'inter région :

331 essais industriels en cours (325 Nancy, 241 Dijon, 259 Besançon, 159 Reims) dont 282 essais médicaments en cours (260 Nancy, 176 Besançon, 154 Dijon, 116 Reims) ;

Le plus grand nombre de **nouveaux essais industriels**: 86 dont 67 sur le médicament ;

Le plus grand nombre de **dossiers instruits** : 37 HUS, 9 Nancy, 21 Besançon, 25 Dijon, 10 Reims).

Sources:

1. <http://www.sante.gouv.fr/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-referance-et-d-innovation-merri.html>
2. <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hospitalier-de-recherche-clinique-phrc.html>

2012-2014: L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION RÉGIONALE

La Recherche : évolution de l'environnement

L'environnement de la recherche en région évolue. En effet, l'IHU évoqué plus haut fait partie d'un programme plus vaste, le **Campus Tech Med** sur le site du **Technoparc**, qui regroupera l'**institut des implants biomédicaux (IIB)**, dédié à la recherche et au développement de nouveaux dispositifs médicaux implantables. Cet institut, encore à l'état de projet, s'appuiera sur l'institut Carnot MICA (labellisé par l'ANR en 2011) et la plateforme d'ingénierie I-hCARE, accompagnée par le pôle de compétitivité Alsace BioValley, le **Biocluster** localisé à proximité immédiate de l'IRCAD et de l'IHU, au sein du site des anciens Haras royaux. Le Biocluster offrira un environnement de travail pour les entreprises de toutes tailles et toutes maturités, plus particulièrement adapté à des entreprises spécialisées en informatique médicale.

L'**institut de génétique et de biologie moléculaire et cellulaire (IGBMC)** permet aussi de favoriser un environnement transdisciplinaire qui favorise largement les collaborations et le transfert technologique dans les domaines de la biologie, de la biochimie, de la physique et de la médecine, et qui permet également d'attirer les étudiants du monde entier par une offre de formation de très haut niveau dans le domaine des sciences biomédicales.

Un projet d'**institut génétique médical d'Alsace** est en cours de réalisation. Il permettra un regroupement des activités en intégrant sur un même site les activités de clinique et de recherche créant une synergie optimale au bénéfice de l'ensemble des patients. La localisation dans le futur bâtiment de recherche translationnelle du centre de recherche biomédicale de Strasbourg renforcera par une interaction permanente des différentes équipes l'efficacité de l'ensemble des acteurs.

La Recherche : la régionalisation

La recherche en cancérologie est réalisée en grande partie par les HUS et le Centre Paul Strauss. Compte tenu de la géographie et de la densité alsacienne, les projets lancés comme l'IRC intègrent, dès leur conception, la notion de régionalisation pour gagner en visibilité, créer une dynamique régionale, faire bénéficier la région de l'existence de pôles importants et répondre à la tendance à l'économie de marché.

La recherche spécifique en psychiatrie et santé mentale est en cours de réorganisation, avec l'émergence d'une fédération régionale.

Les activités de recours : le schéma inter régional d'organisation des soins

Le **schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS)** a pour objet d'organiser des activités hautement spécialisées en favorisant la collaboration interrégionale (Grand Est: Alsace, Bourgogne, Champagne Ardennes, Franche-Comté, Lorraine). Il est arrêté pour une durée de 5 ans. La dernière version a été publiée début 2014.

Le SIOS concerne les activités de soins de chirurgie cardiaque, de traitement des grands brûlés, de greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, de neurochirurgie et les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Ce travail interrégional inclut les modalités d'accès aux soins, les modalités de fonctionnement des équipes et des filières de soins. Le SIOS est un document d'orientation évolutif, réalisé en concertation avec les professionnels médicaux et paramédicaux, les établissements de santé, les sociétés savantes, les représentants des fédérations d'établissements, les élus et les représentants d'usagers.

L'importance stratégique de l'organisation de ces soins hyperspécialisés doit inciter l'ensemble des acteurs de l'inter région à mener une réflexion commune, partenariale, devant permettre d'anticiper les difficultés potentielles (démographie médicale par exemple) et les éventuelles évolutions réglementaires et/ou de bonnes pratiques (masse critique, volume d'activité, filières formalisées...) et de conduire à un projet médical inter régional avec pour orientation :

- de limiter les fuites hors inter région en renforçant le rayonnement des centres de l'inter région ;
- d'anticiper les problèmes liés à la démographie médicale en prenant en compte les besoins de formation de l'ensemble de l'inter région, en particulier pour les neurochirurgiens et les neuroradiologues interventionnels ;
- d'augmenter le nombre de donneurs d'organes ;
- de développer les coopérations entre les équipes et harmoniser leurs pratiques au sein de l'inter région, renforcer la concertation pluridisciplinaire notamment entre chirurgiens cardiaques et cardiologues interventionnels.

☀ Positionnement d'excellence de la région → activités de recours, recherche & innovation

FOCUS

Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares des HUS

Prenant en compte la spécificité et la rareté de ces maladies et de l'expertise disponible, l'offre de soins est organisée à l'échelle nationale autour d'un nombre limité de centres experts, les centres de référence labellisés.

Les **missions** des centres de référence sont:

- d'assurer au malade et à ses proches une PEC globale et cohérente ;
- d'améliorer la PEC de proximité en lien avec les Ets et les PS ;
- de participer à l'**amélioration des connaissances** et des pratiques professionnelles dans le domaine des maladies rares ;
- de développer les outils de la coordination entre les différentes structures et acteurs prenant en charge la même pathologie ou groupe de pathologies ;
- d'apporter aux autorités administratives les connaissances essentielles pour évaluer et piloter la politique sanitaire dans le domaine des maladies rares, et d'être l'interlocuteur des associations de malades pour œuvrer à l'amélioration de la PEC et de la qualité de vie du malade et de sa famille.

Les centres de référence recouvrent les **domaines** des affections rares en génétique ophtalmologique (CARGO), des maladies neuromusculaires d'origine génétique de l'enfant et de l'adulte, des maladies génétiques à expression odontologique et des maladies auto-immunes rares. Le Pr Dollfus (HUS) est responsable de la filière maladies rares sensorielles « SENSEGENE » ; elle coordonne cette filière pour la France.

FACTEURS CLES DE SUCCES ET BONNES PRATIQUES

- Les établissements ont pris conscience de l'importance de mieux structurer et valoriser les activités de recherche clinique dans un contexte économique difficile.
- Le développement de postes d'assistants partagés (CH-CHU) soutenu par l'ARS permet de renforcer les liens entre les établissements et créer une dynamique d'équipe.
- Le rayonnement de l'université de Strasbourg dans le champ des sciences fondamentales.

ACTIONS NON MISES EN ŒUVRE & RESTE A FAIRE SUR LA 2EME PERIODE

Recherche

- Mise en place de l'Institut Régional du Cancer, avant même son installation dans les locaux définitifs ;
- Contribuer à mettre en place et à faire fonctionner l'IHU (relations HUS/ IHU à régler) ;
- Aider à formaliser une organisation régionale structurée et coopérative de la recherche clinique (cancérologie notamment);
- Structurer la recherche clinique en région (CH de Mulhouse, CH de Colmar, CHU de Strasbourg et Centre Paul Strauss).

SIOS

- Mettre en place un observatoire inter régional de chirurgie cardiaque permettant, entre autre, de mettre en place des projets de recherche et d'évaluation impliquant l'ensemble des acteurs ;
- Dans le cadre des greffes, améliorer le taux de recensement des donneurs potentiels et diminuer le taux d'opposition au don d'organes ;
- Pour la greffe de foie, mettre en place un observatoire inter-régional et des observatoires régionaux permettant d'améliorer les filières de soins (consultations dédiées, coopération avec les réseaux, mobilisation de l'ensemble des professionnels impliqués) : meilleur recensement et inscription des candidats à la greffe, suivi des patients greffés ;
- Renforcer l'attractivité du site de chirurgie cardiaque pédiatrique en formalisant la filière de prise en charge des enfants souffrants de cardiopathie congénitale ou acquise, en particulier pour les patients franc-comtois et lorrains.

DIFFICULTES ET ECUEILS A EVITER

L'ARS dispose de peu de leviers d'actions dans le domaine de la recherche. En effet, la plupart des projets sont hors du champ de compétence de l'agence ou gérés directement par le niveau national.

LEXIQUE

ANR : agence nationale de la recherche

CNRS : centre national de la recherche scientifique

CPS : Centre Paul Strauss

CRBSP : comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

IGBMC : institut de génétique et de biologie moléculaire et cellulaire

IHU : institut hospitalo-universitaire

Inserm : institut national de la santé et de la recherche médicale

IRC : institut régional du cancer

IRCAD : institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif

IRM : imagerie par résonance magnétique

ITSS : inégalités territoriales et sociales de santé

HUS : hôpitaux universitaires de Strasbourg

MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

PEC : prise en charge

PHRC : programme hospitalier de recherche clinique

PRS : projet régional de santé

PSRS : plan stratégique régional de santé

SI : système d'information

SIOS : schéma interrégional d'organisation des soins

DISPOSITIFS

MERRI : la participation des établissements de santé aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation est financée via une enveloppe budgétaire spécifique : les MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation). L'enveloppe budgétaire MERRI est composée de 3 sous parties différentes :

La **part fixe** correspond à la dotation historique des établissements destinée à compenser les charges liées à la réalisation des missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation. Elle a été initialement calculée en proportion des dépenses du personnel médical, du coût des plateaux médico-techniques et des charges d'infrastructure liées au MCO. Cette part est amenée à disparaître en 2016, au profit des parts modulable et variable.

La **part modulable** est destinée à compenser les charges liées à la réalisation des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Elle est répartie en fonction d'indicateurs de résultats ou de moyens qui sont des marqueurs de l'activité relative à ces missions. Il s'agit d'une dotation dynamique ayant une forte valeur incitative. La méthode de calcul de cette part évolue chaque année afin de mieux prendre en compte les pratiques des professionnels dans ce domaine.

La **part variable** est destinée au financement d'activités ou de structures réalisant des activités d'enseignement, de recherche, de référence ou d'innovation. Elle finance des dépenses individualisables (D. 162-8 SS). Ces crédits doivent donc être fléchés pour la réalisation des activités ou des structures qu'ils financent. La part variable comprend notamment le financement des appels à projets de la DGOS en matière de recherche et d'innovation, les structures d'appui à la recherche clinique, les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de référence, les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs.

L'institut hospitalo-universitaire : créé en 2011 sous la forme d'une fondation de coopération scientifique, il est issu d'un partenariat entre l'université de Strasbourg, les hôpitaux universitaires de Strasbourg, l'institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (Ircad) et l'INSERM. Dans le cadre du programme du projet de création d'Instituts hospitalo-universitaires, il a été sélectionné avec six autres projets, recevant ainsi un important financement des pouvoirs publics. Le but de l'institut est de faire émerger une nouvelle spécialité médicale, la chirurgie hybride mini-invasive guidée par l'image (MIX-Surg) mêlant plusieurs spécialités médicales dont entre autres, la chirurgie, la gastro-entérologie et la radiologie. L'IHU Strasbourg va conjuguer le savoir-faire d'experts médicaux, scientifiques et industriels afin de créer un site unique de soins, de recherche et de formation. L'IHU Strasbourg a pour vocation de devenir un centre de référence international, véritable moteur de développement économique strasbourgeois.

L'institut régional du cancer : cet institut, alliance du centre de lutte contre le cancer Paul Strauss et des hôpitaux universitaires de Strasbourg, a pour objectif de doter l'Alsace d'une offre de soins d'excellence en cancérologie de service public, accessible à tous les patients :

en regroupant au sein d'une même institution, les équipes et les moyens techniques des deux établissements, en oncologie médicale, en hématologie, en oncobiologie, en radiothérapie ainsi que la chirurgie oncologique, associés aux plateaux techniques des spécialistes en imagerie médicale ;

en définissant une politique commune de lutte contre le cancer basée sur la pluridisciplinarité, l'individualisation des traitements et le continuum recherche-soins ;

en établissant des coopérations avec tous les acteurs de la cancérologie publique à Strasbourg et dans la région en lien avec le Cancéropôle Grand-Est et l'Université de Strasbourg.

Le comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (décret 7/11/2006) : ce comité, opérationnel en Alsace depuis 2008, porte la réflexion stratégique régionale avec ses partenaires : centre hospitalier universitaire, université (faculté de médecine, de pharmacie, unités de recherche en sciences humaines et sociales...), Inserm, CNRS, futur institut régional du cancer.

Le Technoparc : ce lieu est le site principal d'accueil d'entreprises du Campus Tech Med. D'une capacité totale de 30 000m², il sera ouvert à toutes entreprises du secteur, et proposera des services mutualisés administratif (conseil réglementaire, communication...) et technique (salle blanche, stérilisation).

Conclusions et perspectives

A l'issue de cette revue de projets, qui constitue le bilan à mi-parcours du Projet régional de santé, il peut être fait le constat que, pour l'essentiel, les quinze priorités identifiées par ce projet ont servi effectivement de référence et de fondement à l'action de l'ARS au cours des deux dernières années.

Les réalisations sont d'ores et déjà effectives et les avancées significatives pour certains projets. Dans beaucoup de cas, les projets sont lancés mais leur réalisation est en cours et ne se traduira dans l'organisation de la santé qu'au cours de la deuxième phase d'application du PRS. Les deux prochaines années doivent donc être consacrées à la mise en œuvre opérationnelle de ces projets. Certaines actions en revanche soit sont encore au stade de la définition d'une stratégie d'action ou d'un mode opératoire précis, soit ne sont pas lancées. A cet égard, l'année 2014 est le dernier exercice pour lancer des actions dont la réalisation pourra encore intervenir au cours de la période d'application du PRS. Au total, le plus souvent, pour une priorité donnée, les projets qui doivent la mettre en œuvre sont à des stades différents d'avancement.

Ce constat contrasté reflète aussi l'ampleur du champ du PRS et des ambitions qu'il contient. Il peut, pour l'avenir, conduire à être encore plus sélectif dans la sélection des priorités régionales.

Pour la période à venir, un nouveau contexte stratégique accompagnera la mise en œuvre du PRS.

En premier lieu, un nouveau CPOM liera l'Etat et l'ARS. Ainsi, la préparation du **CPOM 2015-2018**, qui devrait être signé début 2015, doit être prise en compte dans la feuille de route que propose le bilan du PRS à mi-parcours. Cette nouvelle génération de CPOM, établie sur un nombre d'objectifs resserrés et donc transversaux, tient compte des orientations régionales et porte des convergences stratégiques fortes avec les priorités du PRS 2012-2016 (cf. liste des objectifs ci-contre).

11 OBJECTIFS DU CPOM ETAT-ARS

OBJECTIFS METIER

- 1.1 Maîtriser la dépense de santé en région et renforcer la gestion du risque
- 1.2 Rationaliser la gestion des établissements (ES et ESMS) et accélérer le redressement financier des plus déficitaires
- 2.1 Mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge (ES, ESMS et ville)
- 2.2 Prévenir et traiter les risques sanitaires
- 2.3 Améliorer la coordination et la pertinence des prises en charge
- 3.1 Organiser la continuité des prises en charge de proximité
- 3.2 Favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus éloignées
- 4.1 Agir sur les déterminants de santé : comportementaux, environnementaux et sociaux

OBJECTIFS MANAGEMENT

- 5.1 Garantir la maîtrise des risques financiers dans l'ensemble des services de l'ARS
- 5.2 Assurer la qualité de vie au travail des personnels de l'ARS
- 5.3 Garantir l'accès à la formation professionnelle des personnels, notamment au Management

En second lieu, la stratégie régionale aura à intégrer **les orientations de la stratégie nationale de santé et les nouvelles dispositions de la loi de santé** qui devrait être présentée au Conseil des ministres à l'automne 2014.

La stratégie nationale de santé affirme le **primat de la prévention** et porte une transformation du système de santé par une organisation plus structurée des professionnels de premier recours. Ces orientations confortent largement celles du PRS et n'impliquent donc pas en elles-mêmes une révision de ces priorités. Elles fixent toutefois comme mission prioritaire d'engager **une évolution structurelle de l'organisation du premier recours** et notamment de la médecine générale (le « virage ambulatoire »), en facilitant l'exercice collectif et coordonné, en organisant le service territorial de santé au public et en mettant à disposition des professionnels des outils nouveaux (système d'information, plateforme d'appui aux professionnels du premier recours) leur permettant d'assurer efficacement la coordination des prises en charge. Cette priorité sera naturellement celle de l'ARS.

La stratégie nationale de santé conforte également la **construction de parcours de soins en proximité**. De façon systématique, à l'instar de la démarche déjà entreprise en région pour les personnes âgées, l'ARS établira les conditions de parcours de santé et de soins efficaces pour les personnes dont la prise en charge est la plus complexe : prioritairement, patients gériatriques, personnes atteintes de maladies chroniques dont le cancer, personnes en situation d'addiction, patients atteints de maladies psychiatriques ou handicapés psychiques.

S'agissant de l'organisation hospitalière, en accord avec la stratégie nationale de santé et le projet de loi de santé, l'ARS réaffirmera la **dimension essentielle du territoire de santé comme cadre d'organisation** ; la cohérence d'organisation au sein des territoires de santé sera systématiquement recherchée, dans le cadre d'un projet médical de territoire et de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire.

Il devra être tenu compte en troisième lieu de **la contrainte budgétaire accrue, avec la perspective de la recherche de 10 Md€ d'économies sur l'assurance maladie**. La contrainte de financement, dans un contexte global de dégradation des équilibres budgétaires des établissements alsaciens, justifie qu'une **attention prioritaire soit portée à l'amélioration de la performance des opérateurs et du système de santé**. Dans les établissements de santé, **la réduction de la durée moyenne de séjour** est un objectif stratégique essentiel, la région ayant la DMS la plus élevée de France métropolitaine. Le développement de la chirurgie ambulatoire, dont le rythme est insatisfaisant, devra être accéléré. La performance doit concerner le système de santé dans son ensemble : le **déploiement des systèmes d'information** partagée doit être poursuivi et amplifié ; la pertinence des soins et des dépenses engagées par l'assurance maladie en région doit être systématiquement examinée. Le suivi à l'échelon régional de l'évolution des dépenses doit devenir une réalité.

Il faut mentionner enfin **les perspectives de réforme territoriale** qui devront avoir tant un impact sur l'ARS elle-même, dans le cadre des fusions de régions, que sur les partenaires, collectivités locales notamment.

La deuxième partie du PRS d'ici à 2016 verra donc se poursuivre les réalisations engagées en cohérence avec les orientations stratégiques nationales. Au cours de cette période, après la phase de bilan à mi-parcours, devra être abordée rapidement la question des modalités d'évaluation finale du PRS, qui devrait avoir lieu au 2nd semestre 2015, de manière à engager dès la dernière année du PRS, en 2016, les réflexions pour la définition du futur PRS de deuxième génération. A cet égard, le projet de loi de santé apportera un nouveau cadre à cet outil, recentré sur un document stratégique de programmation, allégé des schémas, et prévu pour une durée de 10 ans.

Le nouveau mandat de la CRSA 2014-2018 s'ouvre donc sur ces perspectives de travailler conjointement à la poursuite de la mise en œuvre et du suivi de l'avancement des priorités et à l'élaboration du cadre d'évaluation finale de ce premier PRS 2012-2016.

Contacts

Agence régionale de santé d'Alsace

Cité administrative Gaujot
14, rue du Maréchal Juin
67 084 Strasbourg
Téléphone : 03 88 88 93 00

Courriel : ars-alsace-direction@ars.sante.fr
www.ars.alsace.sante.fr

Contact Projet régional de santé :
ars-alsace-prs@ars.sante.fr