

Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes

Bilan des actions 2011 - 2015



Faire grandir la santé

ars
● Agence Régionale de Santé
Poitou-Charentes

Le 15 décembre 2011, le Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes était adopté.

À peine plus d'un an après la création de l'Agence Régionale de Santé (ARS), cette adoption marquait la concrétisation de l'ambition fondatrice des ARS : développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre les secteurs de prise en charge, et coordonner les politiques pour favoriser les synergies favorables à la santé des Picto-charentais.

Au-delà de la politique régionale portée, une nouvelle démarche était à l'œuvre : celle d'une concertation large, structurée, de l'ensemble des acteurs en santé : services de l'État, opérateurs, usagers, collectivités territoriales, etc. Une dynamique forte, sincère, portée par la démocratie sanitaire locale et régionale : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), et Conférences de territoires, ainsi que les Commissions de coordination des politiques publiques.

Depuis 2011, chaque année, le PRS a été actualisé. C'est là le fruit d'une double exigence : adapter au plus près des besoins la politique régionale de santé, et faire vivre, de manière concrète, la démocratie sanitaire, dans toutes ses composantes. C'est l'image d'une politique régionale de santé en mouvement, exigeante dans son ambition, et pragmatique dans sa mise en œuvre.

À quelques mois de la fin de l'année 2015 et à l'aube de la nouvelle grande région Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, le temps est évidemment au bilan. Non par souhait d'autosatisfaction excessive ou par nostalgie manifeste, mais parce que le bilan 2011 - 2015 des actions du PRS nous permet de revenir sur les réalisations marquantes, et les axes forts des grandes politiques portées par l'Agence, par secteur d'intervention et par public. Il nous permet aussi de commencer à construire la politique régionale de santé de demain, en dégagant des perspectives d'action à court et moyen termes.

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif important. Que chacune et chacun qui y a contribué - équipe projet, référent thématique - en soit sincèrement remercié.

Le Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes est l'affaire de tous. Ce bilan est aussi et surtout l'action des femmes et des hommes qui, au quotidien, nourrissent, impulsent, déclinent une politique régionale forte sur les territoires.

Bonne lecture !

François Fraysse
Directeur général par intérim de l'ARS Poitou-Charentes



Sommaire

1) Édito

3) Regards sur...

12) Le PRS en actions

14) Schéma Régional d'Organisation des Soins - Hospitalier (SROS-H)

47) Schéma Régional d'Organisation des Soins - Ambulatoire (SROS-A)

64) Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Âgées (SROMS-PA)

77) Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Handicapées (SROMS-PH)

97) Schéma Régional de Prévention (SRP)

126) Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)

129) Schéma Régional des Ressources Humaines en santé (SRRH)

132) Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

135) Glossaire

139) Contributions



Regards sur...

Assurer la qualité de l'offre de proximité en santé : la mise en œuvre du Pacte Territoire-Santé	4
Coordonner les acteurs dans le parcours de soins : le développement de la chirurgie ambulatoire	5
Améliorer l'accompagnement et la réponse apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie : le déploiement des MAIA en Poitou-Charentes	6
Favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus vulnérables : le dépistage et la prise en charge précoce des Troubles Envahissants du Développement (TED)	7
Agir sur les déterminants de santé avec le Plan Régional Santé-Environnement 2 (PRSE2)	8
Développer les systèmes d'information en santé	9
Développer une politique régionale des ressources humaines en santé	10
Intégrer les publics précaires : une priorité de la prévention en santé mentale et en addiction	11



Assurer la qualité de l'offre de proximité en santé : La mise en œuvre du Pacte Territoire-Santé

Le Pacte Territoire-Santé a été lancé en Poitou-Charentes par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, le 13 décembre 2012 à Scorbé-Clairvaux (86).

Plan global de lutte contre les déserts médicaux, le Pacte Territoire-Santé se décline en **12 engagements articulés autour de 3 objectifs** : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé, investir dans les territoires isolés.



>> Lancement du Pacte Territoire-Santé par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, le 13 décembre 2012 à Scorbé-Clairvaux (86)

Par ailleurs, une démarche personnalisée a été mise en place (accompagnement par le référent installation, rendez-vous individuel pour chaque CESP, etc.).

EN CHIFFRES

au 1^{er} septembre 2015

24 Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG) en Poitou-Charentes pour favoriser l'installation des médecins sur les territoires fragiles

54 Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) signés

50 Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels labellisés

Depuis sa création, l'ARS Poitou-Charentes s'est fortement investie dans l'offre de 1^{er} recours afin de garantir un maillage du territoire et mettre en place des modes d'exercice innovants. L'ARS a ainsi déployé les outils offerts par le Pacte Territoire-Santé : Contrats d'Engagement de Service Public (CESP), Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG), médecins correspondants SAMU, etc. Elle a mobilisé un accompagnement de proximité sur chacun des 5 territoires de santé au service de la construction de projets de maisons et de pôles de santé.



Coordonner les acteurs dans le parcours de soins : Le développement de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est une pratique centrée sur le patient, qui permet un retour au domicile le jour même de l'intervention : un séjour en service ambulatoire n'excède pas 12h. Le développement de cette pratique permet un saut qualitatif dans la prise en charge du patient. Il représente un enjeu majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Il est inscrit depuis 2011 dans le Programme Régional de Gestion du Risque, et depuis 2015 dans le plan triennal ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

La région Poitou-Charentes se positionne au **6^{ème} rang** en taux global de chirurgie ambulatoire sur les 22 régions métropolitaines avec 50,5 % en 2014.

Promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès des professionnels de santé

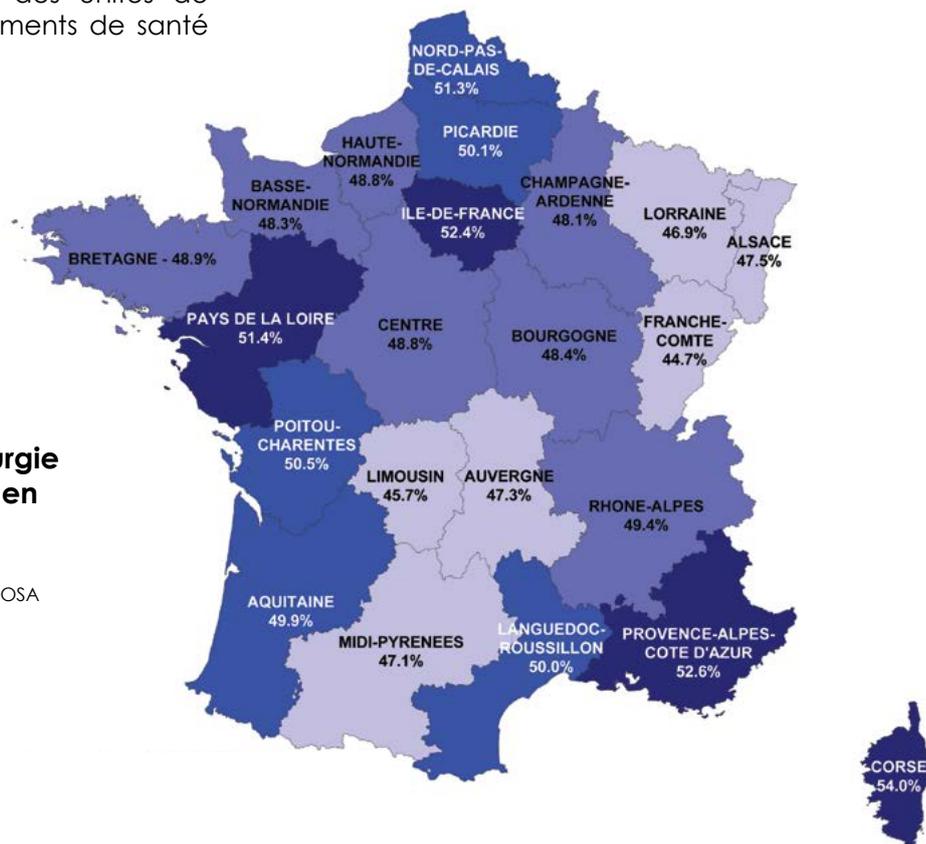
L'Agence a, dans un premier temps, sensibilisé les professionnels de santé lors d'une session régionale d'information sur la chirurgie ambulatoire organisée en avril 2013. En parallèle, elle a produit et adressé un profil individualisé à chaque établissement pratiquant ce mode de prise en charge, pour lui permettre de se situer par rapport aux autres établissements de même catégorie de la région. En 2015, l'Agence a organisé, avec l'appui d'un cabinet extérieur, un benchmark des unités de chirurgie ambulatoire des établissements de santé de la région.

Promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès des patients

En novembre 2014, l'ARS, en partenariat avec le Collectif Interassociatif sur la Santé de Poitou-Charentes (CISSPC) et l'Assurance Maladie, a organisé une demi-journée d'information et d'échanges pour les représentants des usagers, sur les enjeux du développement de la chirurgie ambulatoire et ses bénéfices pour le patient. Les représentants des usagers sont venus nombreux à cette rencontre, puisque environ 85 personnes étaient présentes. Des professionnels de la région ont présenté le parcours d'un patient pris en charge dans une unité de chirurgie ambulatoire et ont illustré cette prise en charge pour 3 actes chirurgicaux réalisés en région.

>> Taux global de chirurgie ambulatoire par région en 2014

Sources : Bases PMSIM MCO 2014
Réalisation : ARS Poitou-Charentes, COSA





Améliorer l'accompagnement et la réponse apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie : le déploiement des MAIA en Poitou-Charentes

La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie (MAIA) est une méthode visant à améliorer l'accompagnement et la réponse apportée aux besoins des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie.

Elle ne se superpose pas aux structures déjà existantes mais elle s'appuie sur les services d'aide et de soins pour les faire évoluer vers un mode d'organisation dit « intégré ». Cette démarche permet une mise en synergie des ressources et des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social.

La MAIA permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée, quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

Chaque année depuis 2011, l'ARS Poitou-Charentes organise des appels à candidature afin de sélectionner les porteurs de projets chargés de mettre en place les MAIA sur un territoire de proximité.

Avec un budget total de 1 900 000 €, l'ARS Poitou-Charentes a permis le déploiement de 7 MAIA (1 en Charente, 2 en Charente-Maritime, 2 en Deux-Sèvres et 2 en Vienne).



Les MAIA mettent en œuvre la méthode de l'intégration grâce à 3 mécanismes :

- La concertation qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs
- Le guichet intégré, afin de fournir à tout endroit du territoire une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des personnes âgées
- La gestion de cas, afin de suivre de manière intensive les personnes âgées en situation complexe

Les MAIA sont constituées d'un pilote et de 2 ou 3 gestionnaires de cas. Le pilote établit un diagnostic du territoire, anime, impulse et met en place le dispositif d'intégration. Les gestionnaires de cas sont les référents des situations complexes, ils coordonnent les interventions pour ces personnes âgées afin de fluidifier leur parcours.

ZOOM

Une 8^{ème} Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie (MAIA) a été installée en Charente en septembre 2015.



Favoriser l'accès au système de santé pour les personnes les plus vulnérables : Le dépistage et la prise en charge précoce des TED

Depuis 2014, l'ARS Poitou-Charentes décline le Plan Régional d'actions Autisme (PRA) 2014-2017 pour chaque territoire de santé.

L'élaboration du Plan Régional d'action Autisme 2014-2017 et les travaux relatifs à sa mise en œuvre ont constitué un temps fort de la politique régionale de santé et de l'activité de l'ARS Poitou-Charentes. En effet, dans la droite lignée du 3^{ème} Plan national Autisme et en partenariat étroit avec les membres du comité technique régional autisme, l'ARS Poitou-Charentes a choisi de particulièrement axer ses actions en faveur de l'amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge des Troubles Envahissants du Développement (TED).

Aussi cette orientation majeure du plan régional se traduit par :

- Le développement du dépistage précoce des enfants autistes : 800 000 € versés par l'ARS pour permettre aux CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) de réorganiser le dispositif de repérage, dépistage et diagnostic
- La montée en charge d'un dispositif d'accompagnement en Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) pour développer les prises en charge précoces (10 places de SESSAD petite enfance) et favoriser l'inclusion scolaire (28 places programmées)
- La création d'une unité d'enseignement en maternelle dans chaque département
- Le financement de 46 places de Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), dont 35 places pour accroître l'offre d'accueil permanent, 7 places pour développer l'accueil temporaire et 4 places pour expérimenter au niveau régional un dispositif innovant d'accueil séquentiel et de remédiation
- Le renforcement des structures existantes avec une enveloppe de 1,8 M€ pour améliorer leur encadrement

Dans ce cadre, l'Agence a décidé de positionner les Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) comme pilotes de la structuration et de l'identification axée sur le dépistage et le diagnostic précoce, mais aussi sur les premiers accompagnements dans la prise en charge. Elle a permis aux SESSAD petite enfance d'être un appui à cette démarche.

En Deux-Sèvres, à la demande de l'ARS de Poitou-Charentes, cette approche a été initiée par le directeur du Groupement PEP-APAJH (GPA) et présentée devant le comité technique régional sur l'Autisme le 20 mars 2015.

Cette expérience est en cours de généralisation sur les quatre autres territoires.



>> 10 ans de la loi handicap 2005-2015 - Le défi de l'inclusion - Colloque du 3 juin 2015 à Poitiers



Agir sur les déterminants de santé avec le Plan Régional Santé-Environnement 2 (PRSE2)



La gouvernance du PRSE2 Poitou-Charentes, qui couvrait la période 2011-2014, était basée sur une représentation des 5 collèges du Grenelle de l'environnement (État, collectivités, associations, employeurs et salariés) et était constituée :

- Du Groupe Régional Santé Environnement (GRSE), co-présidé par le Préfet de Région et le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, chargé du suivi du PRSE2
- De la cellule d'animation chargée du pilotage opérationnel et de préparer les travaux du GRSE
- Des Comités de Pilotage de chaque action opérationnelle

EN CHIFFRES

30 agents de l'ARS ont assuré, pour une partie de leur temps, le pilotage ou le copilotage de 25 opérations sur les 36 où l'Agence était impliquée

47 actions opérationnelles sur les 53 initialement prévues, soit 89 %, ont été lancées ou terminées depuis décembre 2010

Plus de 200 000 € de budget a été consacré chaque année par l'ARS pour financer la mise en œuvre des actions

Le PRSE2 a été adopté par le Groupe Régional Santé Environnement (GRSE) du 9 décembre 2010 (arrêté par la préfecture de région le 5 janvier 2011). Il a eu vocation à répondre aux préoccupations légitimes de la population et à satisfaire aux deux objectifs majeurs fixés au plan national :

- Lutter contre les inégalités environnementales
- Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé

Ces deux axes repris dans 5 thèmes sont déclinés en 26 actions qui correspondent à 53 opérations :

- **Thème 1** : Air extérieur et vivre dehors (3 actions, 8 opérations)
- **Thème 2** : Espaces intérieurs et lieux de vie (7 actions, 13 opérations)
- **Thème 3** : Eau, source de vie (6 actions, 14 opérations)
- **Thème 4** : Vivre mieux : maîtrise des nuisances et des pollutions (7 actions, 14 opérations)
- **Thème 5** : Information et formation : faire vivre le PRSE2 (3 actions, 4 opérations)

Un premier bilan, présenté lors de la conférence évaluative du 30 juin 2015, met en évidence l'implication d'un large panel d'acteurs, de l'ensemble des agents, tant des unités territoriales de vigilance et sécurité de l'environnement et des milieux, que du service de prévention des risques liés à l'environnement et aux milieux.





Développer les Systèmes d'information en santé

Face aux enjeux de santé publique, la prise en charge globale et continue des patients et des usagers du système de santé au plus proche de leur lieu de vie implique une optimisation de leurs parcours de santé. La coordination des différents acteurs est alors essentielle ; le développement d'outils d'échange et de partage de données de santé entre professionnels constitue un levier majeur en matière de coordination.

À titre d'exemple, elle est utilisée, dans le département de la Vienne par plus de 50 % des médecins généralistes libéraux, aussi bien pour adresser des demandes de télé-expertise que pour la réception de comptes rendus d'hospitalisation ou de résultats d'examens.

- **Partager des données de santé nécessite de pouvoir consulter un dossier commun** : une des priorités de l'ARS Poitou-Charentes a été de déployer sur l'ensemble du territoire régional le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), mis en œuvre par le réseau Onco Poitou-Charentes et le Dossier de Coordination des Réseaux (DCR), utilisé par les 13 réseaux gérontologiques et les 7 Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) de la région. Le développement de l'usage du Dossier Médical Personnel (DMP) vient compléter ces dispositifs
- **Échanger des données de santé nécessite de recourir à des services sécurisés** : la messagerie sécurisée régionale, mise en place en 2010, est utilisée par plus de 1900 professionnels de santé, qui s'échangent plus de 23 000 messages chaque mois



>> Liaison entre des projets, services et outils relevant des systèmes d'information en santé et les objectifs du Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)

Projet SIS, services ou outils	Objectifs opérationnels du SDRSIS
Dossier de Coordination des Réseaux - DCR	Objectif 1 : supporter le développement des coopérations entre acteurs de santé
Dossier Communicant de Cancérologie - DCC	Objectif 6 : soutenir le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) en région
Messagerie sécurisée	Objectif 2 : généraliser et développer le socle des services de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)
Dossier Médical Personnel - DMP	Objectif 6 : soutenir le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) en région



Inscrit à part entière dans le Projet Régional de Santé (PRS), le Schéma Régional des Ressources Humaines en santé (SRRH) est devenu un véritable outil de pilotage de l'ARS au service des professionnels de santé, des responsables de formation, des jeunes en recherche d'emploi ou de filière de formation. En transversalité et en complément des autres Schémas, il contribue à permettre à toute personne de Poitou-Charentes d'accéder à une offre de premier recours en santé, quelle que soit sa situation géographique sur le territoire, et à améliorer la qualité du système de santé.

Depuis 2011, l'ARS accompagne financièrement (plus de 600 000 €) les établissements de santé et les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) relevant des établissements publics de santé, pour mettre en place au sein de leur structure la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La finalité est d'anticiper les besoins en professionnels de santé en intégrant les Ressources Humaines (RH) dans l'organisation du système de santé avec une valorisation du métier et des compétences mobilisées au quotidien. De plus, et afin que les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) s'entourent de personnels qualifiés pour faire face aux changements dans les prises en charge des personnes accueillies, l'ARS finance, en partenariat avec les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) et les établissements concernés, des études promotionnelles et de la formation continue depuis 4 ans (550 000 € par an). À titre d'illustration, des formations comme « la prise en charge de la douleur en EHPAD », « la prévention des escarres, plaies et cicatrisation en EHPAD », ou « la démarche de fin de vie et prise en charge palliative de la personne âgée en EHPAD » ont été conduites dans le cadre de l'accompagnement précité.

Faisant suite au diagnostic territorial sur le personnel non médical élaboré par l'ARS, qui a mis en évidence le besoin en professionnels de la filière rééducation pour la région Poitou-Charentes, il a été décidé avec le Conseil Régional d'ouvrir deux instituts de formation initiale en ergothérapie (septembre 2015) et en orthoptie (automne 2016). De plus, et afin d'apporter une réponse aux secteurs en difficulté pour recruter des professionnels de la filière susvisée, les quotas pour la formation en kinésithérapie et en orthophonie seront augmentés pour la rentrée de 2016. De la même manière, l'ARS soutiendra en priorité dès 2015 les études promotionnelles de psychomotricien.

Par ailleurs, compte tenu des écarts de densité constatés et de la difficulté de compenser les départs à la retraite, plus particulièrement pour 5 disciplines médicales (gynécologie, psychiatrie, radiologie, anesthésie-réanimation, ophtalmologie), l'ARS, à compter de 2015, a décidé de développer le post-internat afin de d'inciter les jeunes médecins qui ont fait leur internat à Poitiers, à s'installer et à exercer en Poitou-Charentes. En partenariat avec le Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes (COGEMS) et les internes de médecine générale, les efforts sont conjugués pour la promotion des terrains de stage chez les médecins libéraux et dans les territoires en difficulté.

La cartographie régionale des métiers et des compétences élaborée en collaboration avec l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) sera finalisée à l'automne 2015 et permettra d'affiner les données quantitatives et qualitatives sur les métiers exercés en région. Ainsi, les métiers en tension et émergents seront identifiés de manière précise sur chaque territoire, et la politique puis l'offre de formation seront adaptées en conséquence.

ZOOM

Afin d'apporter une réponse aux secteurs en difficulté pour recruter des professionnels de la filière susvisée, les quotas pour **la formation en kinésithérapie et en orthophonie seront augmentés** à la rentrée 2016. L'ARS soutiendra en priorité, et dès 2015, les études promotionnelles de psychomotricien.



Intégrer les publics précaires : Une priorité de la prévention en santé mentale et en addiction

Suite à un processus de concertation initié depuis mars 2014 entre les différents acteurs de la région, visant à renforcer la gouvernance des politiques publiques de l'ARS, la plateforme Santé mentale et Addictions a élaboré des objectifs prioritaires pour le volet Santé mentale et Prévention du suicide, et pour le volet Addictions. Tous les objectifs retenus, c'est-à-dire l'ensemble de la politique, intègrent une prise en compte des publics les plus précaires en articulation avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).



Ainsi, un objectif commun aux deux volets Santé mentale et Addictions concerne le renforcement de la cohérence et le développement des actions en matière de compétences psycho-sociales sur la région Poitou-Charentes à destination des publics de 0 à 12 ans. Les actions menées dans le cadre d'un programme réalisées par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Poitou-Charentes sont réalisées en majorité et en priorité dans des écoles situées en quartier prioritaire ou en zone rurale avec des indicateurs de santé défavorables.

Le volet Addictions est constitué de quatre objectifs généraux ciblant en particulier l'usage des produits psycho-actifs auprès des jeunes scolarisés, des étudiants, des publics précaires, notamment les femmes en désir de grossesse ou en début de grossesse, et les risques liés à l'alcoolisation ponctuelle importante. Des actions de réduction des risques sont soutenues sur l'ensemble du territoire régional, particulièrement auprès des jeunes en formation professionnelle (CFA, lycées professionnels et technologiques) afin notamment d'éviter l'entrée en consommation.

Le volet Santé mentale et prévention du suicide comprend deux objectifs généraux ciblant les nouveaux publics (apprentis, chefs d'entreprise et personnes endeuillées par le suicide) ainsi que le repérage précoce de la souffrance psychique, l'écoute et l'orientation des publics du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins 2011-2016 (PRAPS). En ce sens, différentes institutions et associations sont soutenues en région pour animer des permanences d'écoute dans les lieux où vivent ou se rendent les personnes les plus précaires.

Le PRS en actions

Schéma Régional d'Organisation des Soins - Hospitalier (SROS-H)

Santé mentale	15
Innovations Recherche	17
Santé des personnes détenues	18
Conduites addictives - Offre de soins	20
Médecine	22
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie	23
Médecine d'urgence	24
Réanimations, soins intensifs et surveillance continue	25
Imagerie médicale	27
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, offre conformité	28
Soins de longue durée	31
Hospitalisation À Domicile (HAD)	32
Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	34
Chirurgie ambulatoire	36
Maladie d'Alzheimer	38
Périnatalité	40
Soins palliatifs	42
Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)	43
Examen des caractéristiques génétiques	44
Biologie médicale	46

Schéma Régional d'Organisation des Soins - Ambulatoire (SROS-A)

Diagnostic	48
Pacte Territoire-Santé	49
Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS)	51
Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)	52
Regroupement professionnel	54
Réseaux de santé	56
Transports sanitaires	58
Protocoles de coopération entre professionnels de santé autorisés en Poitou-Charentes	61

Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Âgées (SROMS-PA)

Dispositif de répit et aide aux aidants	65
Amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge en EHPAD	67
Coordination gériatrique	70
Maintien des personnes âgées à domicile	72
Prévention et prise en charge des maladies neuro-dégénératives chez les personnes âgées	74

Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Handicapées (SROMS-PH)

Connaissance des besoins	78
Dépistage	80
Enfant et adolescent handicapés	82
Inclusion scolaire	84
Adultes handicapés	86
Personnes handicapées vieillissantes	89
Aide aux aidants	91
Complémentarité des soins et du médico-social	93
Handicaps rares	95

Schéma Régional de Prévention (SRP)

Vaccinations	98
Prévention des risques associés aux soins	100
Atteindre la qualité maximale de l'eau potable sur tout le territoire de la région	103
Risques liés aux pesticides dans l'air et dans l'eau	106
Lutter contre l'habitat défavorable à la santé	108
Maîtriser la croissance des risques liés à l'air extérieur et aux substances allergisantes	110
Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée résidant en EHPAD	112
Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)	114
Maladies cardiovasculaires	116
Lutter contre l'obésité	118
Santé mentale, lutter contre le suicide et les addictions	120
Cancers	122
Politique de promotion et de prévention pour la préservation de l'autonomie des personnes avançant en âge	124

Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS) ... 126

Schéma Régional des Ressources Humaines en santé (SRRH) 129

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 132

Schéma Régional d'Organisation des Soins - Hospitalier (SROS-H)

Santé mentale

Contexte

- Le Plan national psychiatrie et santé mentale 2011/2015 a abouti à une réécriture intermédiaire de ce volet en 2012
- La publication du 3^{ème} Plan national autisme 2013/2017, suivi de l'élaboration d'un Plan régional autisme 2014/2017, ont également été pris en compte dans ce volet du SROS Hospitalier



Données quantitatives

La densité régionale d'équipement en lits et places à temps complet et en hôpital de jour ou de nuit est de 1,4 pour 1 000 habitants. Elle est plus faible qu'en France métropolitaine. L'activité en nombre de journées à temps complet et à temps partiel est de 372 journées pour 1 000 habitants contre 412 en France métropolitaine. C'est dans le département de la Vienne que la densité est la plus forte (1,6 lits ou places avec 440 journées pour 1 000 habitants)

Enjeux stratégiques

- Améliorer l'accès aux soins et assurer la continuité des prises en charges dans le cadre d'un parcours
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Développer la prise en charge et l'insertion des personnes présentant un handicap psychique
- Améliorer la coordination avec l'ambulatoire et le médico-social dans une logique de parcours de soins

Réalisations depuis 2011

- Création d'un établissement sanitaire dédié aux adolescents avec une insertion scolaire adaptée en collège et lycée à Pons (17)
- Création d'une fédération picto-charentaise de prise en charge des troubles de l'humeur et bipolaires dans le cadre d'un parcours de qualité et de recherche clinique ARIATHYM
- Diminution du nombre de personnes hospitalisées au long cours en créant des sites de post-cures et des établissements médico-sociaux adaptés (foyer de post-cure Centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers)
- Amélioration de la prise en charge des personnes autistes et de leurs aidants avec des actions de dépistage, de diagnostic et d'accompagnement
- Amélioration de la prise en charge des adolescents et des personnes âgées en créant des unités dédiées (Lap's ado à Saintes (17), service de géro-psi-chiatrie)

Points forts

Mobilisation forte des professionnels :

- Pour participer au Comité technique régional santé mentale (COTER de santé mentale)
- Pour construire la fédération ARIATHYM
- Sur la prise en compte du handicap psychique
- Sur la mise en œuvre d'une recherche clinique multicentrique

Priorités à court terme

- Faire vivre la fédération de prise en charge des troubles de l'humeur et des troubles bipolaires, l'élargir aux régions Limousin et Aquitaine
- Améliorer la prise en charge des patients schizophrènes et leur réinsertion sociale en structurant leur parcours de soins puis de réinsertion

Santé mentale

- Améliorer la prise en charge de l'autisme en mettant en œuvre le plan régional autisme d'actions 2014/2017

Perspectives à moyen terme

- Organiser un parcours de soins pour les patients schizophrènes à l'image de la fédération ARIATHYM
- Structurer et consolider le réseau de dépistage des jeunes enfants autistes
- Développer la recherche en santé mentale et psychiatrie

Innovations Recherche

Contexte

- Si la recherche ne dépend pas directement du Ministère de la santé, la recherche médicale reste étroitement liée aux progrès technologiques de la médecine ainsi qu'à leur impact sur la durée de vie en bonne santé. La veille technologique permet d'équiper les établissements sanitaires de nouveaux matériaux pour améliorer la prise en charge de patients
- La recherche relève avant tout des acteurs qui mettent en place des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC). Le système d'évaluation de la production en recherche se traduit par des points Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publics Scientifiques (SIGAPS) attribué à chaque auteur d'articles publiés dans une revue scientifique, en fonction de la revue, la notoriété, et la diffusion au plan mondial. Chaque CHU se voit attribuer un indice SIGREPS qui se traduit par un niveau de dotation financière dédiée à la Recherche (points MERRI)
- Au niveau interrégional, le CHU de Poitiers appartient à l'association HUGO qui réunit les 6 CHU du Grand Ouest. Cette association gère un groupement de recherche et valide directement les PHRC qui seront financés par le Ministère de la Santé

Enjeu stratégique

- Consolider et développer les partenariats de recherche au sein d'HUGO

Réalisations depuis 2011

- Élaboration d'un volet Recherche du Schéma Interrégional d'Organisation des Soins (SIOS) 2014/2019 (SIOS 2)
- Financement d'un PHRC de génétique associant tous les CHU du Grand Ouest (Brest, Rennes, Nantes, Angers, Tours, Poitiers) en partenariat avec la Direction Générale d'Organisation des Soins (DGOS)
- Équipement de salle hybride, d'un Cyberknife conformément au SIOS 2

- Financement d'une unité de recherche régionale en santé mentale Pierre Denicker
- Financement de projets de recherche en santé mentale
- Financement de projet de recherche dans le cadre du Contrat de Plan État-Région
- Installation d'un robot chirurgical au CHU de Poitiers

Points forts

- Appropriation des acteurs de la santé des thématiques de recherche
- Développement de la recherche au sein des Centres hospitaliers (La Rochelle, Henri Laborit de Poitiers)
- Développement des partenariats public-privé pour pérenniser la recherche en santé mentale (clinique Villa Hypocrate - Centre hospitalier Henri Laborit)
- Structuration de la direction de la recherche clinique et de l'innovation au CHU de Poitiers

Priorités à court terme

- Développer la recherche au niveau du CHU de Poitiers
- Consolider et développer la recherche dans les Centres hospitaliers
- Consolider et développer la recherche en santé mentale
- Porter au sein de la future grande ARS Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes une politique de recherche en laissant une place à part entière à tous les acteurs CHU-clinique

Perspectives à moyen terme

- Développer la recherche multithématique dans les centres hospitaliers de recours
- Créer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de Recherche en santé mentale sur la future région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes

Santé des personnes détenues

Contexte

- La publication du guide méthodologique de prise en charge des personnes placées sous main de justice, en octobre 2012, conjointement par les Ministères de la justice et de la santé, a permis de constituer un référentiel de bonnes pratiques opposable et commun à ces deux ministères en charge des personnes détenues
- La région Poitou-Charentes est dotée d'une maison centrale à Saint-Martin-de-Ré (17), de deux centres de détention à Vivonne (86) et Bédénac (17) et de six maisons d'arrêt. Cela représente plus de 1 200 places pour les personnes détenues (taux d'occupation variable), dont 98 % d'hommes
- Les trois centres de détention sont habilités à recevoir des auteurs d'infraction à caractère sexuel

Enjeux stratégiques

- Améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités d'accès aux soins en détention
- Développer les systèmes d'information partagée, la télémedecine et la télé-expertise
- Prendre en charge les personnes détenues vieillissantes, et les personnes détenues à mobilité réduite
- Favoriser la recherche interdisciplinaire pour améliorer les connaissances sur les déterminants comportementaux des personnes détenues

Réalisations depuis 2011

- Mise en place d'une instance technique d'échange de pratique professionnelle et de réflexion stratégique, de dialogue éthique réunissant les directeurs des établissements pénitentiaires, les responsables (médecins et cadres de santé) des unités de soins : COTER santé des détenus unique en France

- Mise en place d'activités thérapeutiques de groupes par des intervenants formés pour les Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuelle (AICS) (20 % de la population carcérale)
- Valorisation et accompagnement de la mise en place d'actions d'éducation à la santé
- Amélioration de l'accès aux soins spécialisés (dentaire, ophtalmologique, dermatologie)
- Mise en place d'équipements domotiques des cellules de personnes détenues à mobilité réduite



Points forts

- Bonne mobilisation des acteurs au sein du comité technique régional de santé des détenus
- Partenariat étroit et opérationnel avec la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DIRSP) de Bordeaux sur une thématique où interviennent de nombreux acteurs militants et engagés, issus des milieux associatifs (Observatoire International des Prisons - OIP), politique ou institutionnel (Contrôle général des lieux de privation de liberté)

Santé des personnes détenues

Priorités à court terme

- Modéliser sur un plan éthique et opérationnel l'accompagnement de la fin de vie en détention (rédaction des directives anticipées et mise en œuvre de l'accompagnement de fin de vie en milieu carcéral)
- Limiter les ruptures de prise en charge entre le milieu carcéral et le milieu ouvert
- Identifier les causes et les conséquences d'un isolement volontaire prolongé des personnes détenues en milieu carcéral

Perspectives à moyen terme

- Consolider l'accompagnement des personnes détenues vieillissantes ou à mobilité réduite
- Développer et installer la télé-expertise et la télémédecine
- Maintenir un climat de collaboration constructif entre les agents de l'administration pénitentiaire et les acteurs de la prévention et du soins

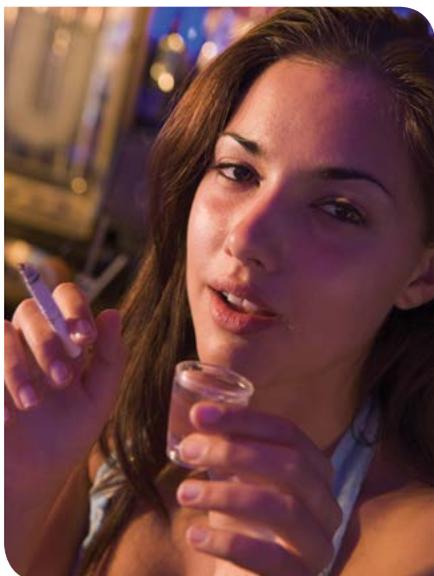
Conduites addictives - Offre de soins

Contexte

- La circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 structure l'addictologie en trois niveaux de prise en charge du plus général au plus expert
- Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013/2017 a été pris en compte dans la révision de volet en 2013

Données quantitatives

- Un indicateur de certaines conduites addictives est le taux d'accident de la route. Le Poitou-Charentes se classe en 3^{ème} position parmi les régions les plus meurtrières, après la Corse et le Languedoc-Roussillon. Cela renvoie aux addictions avec produits (alcool, cannabis, autres stupéfiants, etc.)
- Pour les addictions sans produits, il n'y a pas de données quantitatives régionales mais leur prévalence est croissante et directement observable à travers des faits d'actualité (addiction au sexe) ou plus simplement dans notre entourage (addiction aux écrans)



Enjeux stratégiques

- Structurer l'offre régionale de soins en trois niveaux au regard de la circulaire citée ci-dessus
- Prendre en charge les conduites addictives sans produit (addictions comportementales)
- Développer l'expertise des professionnels par la formation continue universitaire
- Développer des activités de recherche clinique en corrélation avec la recherche fondamentale menée dans cette discipline à l'Université de Poitiers

Réalisations depuis 2011

- Structuration effective de l'offre de soins en trois niveaux avec une identification précise du niveau de chaque établissement sanitaire au sein de la région
- Création d'un niveau 3 d'expertise en addictologie au Centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers
- Création d'une consultation spécialisée dans les conduites addictives comportementales (Centre hospitalier Henri Laborit)
- Amélioration de l'accompagnement des personnes addictes par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), le Réseau Addictologie Poitou-Charentes (RAP)

Points forts

- Un très bon maillage territorial avec trois établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisés pour la région
- Des partenaires institutionnels très en attente d'échanges
- Une structuration rapide du niveau d'expertise (niveau 3) principalement sur la formation continue universitaire

Conduites addictives - Offre de soins

Priorités à court terme

- Décloisonner, coordonner les différents dispositifs de prise en charge des patients ayant des conduites addictives par la prévention, la prise en charge ambulatoire et l'accompagnement social
- Créer une chaire d'addictologie clinique avec un poste de Chef de Clinique Assistant au Centre hospitalier Henri Laborit
- Développer les compétences des acteurs sur la prise en charge des conduites addictives sans produit

Perspectives à moyen terme

- Créer des consultations de prise en charge dédiée pour les adolescents, pour les femmes
- Développer le repérage et la prise en charge des conduites addictives en milieu professionnel en partenariat avec la médecine du travail (Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Oeuvre - MIRTMO)
- Poursuivre le décloisonnement des politiques de prévention et de prise en charge

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Contexte

- Optimiser la qualité et la rapidité de la prise en charge notamment en amont et en aval des syndromes coronariens aigus
- Constituer des filières de soins articulées autour des réseaux de prise en charge des urgences, évaluer leur fonctionnement et leur impact sur la qualité des prises en charge
- Faciliter l'accès direct au plateau technique hautement spécialisé, plateau spécialisé adapté à l'état du patient
- Organiser une permanence des soins sur le site où s'effectue l'activité de cardiologie interventionnelle
- Implanter des activités d'angiocoronarographie, d'angiocoronaroplastie et de rythmologie interventionnelle par territoire de santé

Enjeux stratégiques

Regrouper les activités d'angiocoronarographie et d'angiocoronaroplastie sur un même site afin d'optimiser la gestion des ressources médicales et la sécurité

Réalisations depuis 2011

- Développement des activités d'angiocoronarographie, d'angiocoronaroplastie et de rythmologie interventionnelle sur les territoires
- Implantation d'une activité d'angiocoronarographie et d'angiocoronaroplastie et de rythmologie interventionnelle au Centre Hospitalier de Saintonge

- Implantation d'une activité de rythmologie interventionnelle au Centre Hospitalier de Saintonge

Points forts

- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Mobilisation forte des professionnels de santé au sein des différents groupes de travail
- Dynamique de mutualisation des activités entre les établissements

Priorités à court terme

Étude des activités de chacun des cinq sites

Perspectives à moyen terme

Poursuite des activités

Médecine d'urgence

Contexte

- Augmentation régulière de l'activité des urgences
- Accessibilité à un service d'accueil et de traitement des urgences en 30 minutes annoncée sur la quasi totalité du territoire
- Bon maillage du territoire en service d'urgences et en Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)
- Organisation rationnelle et fonctionnelle de l'ensemble des SMUR
- Les SAMU départementaux ont su absorber de façon efficiente la charge liée à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

Enjeux stratégiques

- L'enjeu majeur de ce volet est le maintien de l'ensemble des services d'urgences et des SMUR actuellement en place
- Assurer l'accès aux soins, pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents (urgences et urgences vitales), par un maillage pertinent du territoire, en prenant en compte les SAMU-Centres 15, les structures de médecine d'urgence, les SMUR

Réalisations depuis 2011

Mise en place des trois niveaux de prise en charge des urgences :

- Le **niveau 1** correspond au niveau de proximité. Il comporte un service d'urgence ouvert 24h/24, comprenant une ligne de garde SAU et un SMUR primaire
- Le **niveau 2** correspond au plateau technique de recours
- Le **niveau 3** représente le niveau régional. L'hélicoptère sanitaire est rattaché à ce niveau. Le « trauma center » est organisé et est le référent pour l'accueil des polytraumatisés. Le SMUR pédiatrique est mis en place

Accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

Points forts

- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Mobilisation forte des professionnels de santé au sein des différents groupes de travail
- Mise en place des 3 niveaux
- Mise en place des filières

Priorités à court terme

- Développer l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgence (réseau des urgences) pour optimiser l'orientation des patients en aval de leur prise en charge en urgence, c'est-à-dire à partir de l'appel au Centre 15 ou de la porte d'entrée qui constitue la structure des urgences, vers les plateaux techniques adéquats, vers les services d'hospitalisation, ou vers les structures médico-sociales le cas échéant
- Affirmer et garantir le rôle des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) au sein des SAMU-Centres 15, comme pivots de la régulation médicale permettant d'assurer une réponse adaptée et une couverture de l'ensemble du territoire de santé par un numéro d'appel national et unique (15)
- Améliorer l'organisation des services d'urgence pour augmenter le nombre de passages aux urgences de moins de 4 heures entre l'arrivée et la sortie du service des urgences
- Mettre en place l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) et le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

Perspectives à moyen terme

Mise en place du réseau territorial et régional des urgences

Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Contexte

- Confirmer et adapter les activités de réanimation sur des sites pivots par territoire de santé, dans des agglomérations disposant d'un potentiel d'activité suffisant pour garantir une utilisation effective et pérenne des lits de réanimation, dotés des ressources médicales requises et d'un plateau technique significatif
- Définir le maillage territorial de prise en charge des patients nécessitant d'une part une Assistance Respiratoire Extra-Corporelle (AREC) permettant l'accès aux soins sur l'ensemble de la région, d'autre part une assistance cardio-circulatoire extracorporelle en lien avec la couverture d'intervention des Unités Mobiles d'Assistance Circulatoire (UMAC) et le Schéma Interrégional d'Organisation des Soins de la chirurgie cardiaque
- Structurer une organisation graduée et coordonnée des trois niveaux de soins par territoire de santé, dans le cadre d'un travail en réseau formalisé par convention inter-établissements en lien notamment avec le SAMU et les structures des urgences
- Identifier la spécialité d'organe de chaque unité de soins intensifs (adulte)
- Identifier les unités de réanimation néonatale
- Identifier les unités de réanimation pédiatrique

Enjeux stratégiques

- Poursuivre l'effort de reconstitution territoriale des unités de réanimation adulte afin de mutualiser les équipes et de répondre au mieux aux conditions techniques de fonctionnement
- Optimiser la gestion des ressources médicales et paramédicales par le regroupement physique sur chaque site des activités de réanimation et de surveillance continue, privilégier les capacités des unités de réanimation de 10 à 12 lits au

minimum, afin d'optimiser l'organisation de la permanence médicale

- Faciliter la filière des patients de réanimation par la formalisation de liens avec les services d'amont et d'aval habituels et notamment les structures SSR qui ont vocation à prendre en charge des polytraumatisés, des patients en coma prolongé, patients présentant des séquelles de polytraumatisme ou des lésions cérébrales sévères
- Améliorer l'organisation de la permanence des soins pour l'accueil des patients en réanimation en lien avec les urgences
- Réduire les durées moyennes de séjour des malades en réanimation et Unité de Surveillance Continue (USC) par une politique de contractualisation formalisée avec les services d'aval, notamment les structures SSR afin de réduire les délais de transfert des polytraumatisés, des patients en coma prolongé, patients présentant des séquelles de polytraumatisme ou des lésions cérébrales sévères, patients gériatriques



Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Réalisations depuis 2011

- Mise en place au niveau des centres hospitaliers de recours des services de réanimation
- Identification des unités de soins intensifs
- Convention entre le service de réanimation et les unités de surveillance continue au niveau de chaque territoire

Points forts

- Restructuration de l'activité de réanimation et recentrage sur les centres hospitaliers de recours
- Convention entre le service de réanimation et les unités de surveillance continue
- Mise en place des filières
- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Mobilisation forte des professionnels de santé au sein des différents groupes de travail

Priorité à court terme

Finaliser les capacités en cours de restructuration

Perspectives à moyen terme

- Évaluer le fonctionnement du réseau service de réanimation/surveillance médicale
- Adapter les capacités des unités de soins intensifs

Imagerie médicale

Contexte

- Maillage en scanners pour une meilleure accessibilité et diminution des délais d'attente
- Adaptation du parc des scanners
- Adaptation du parc d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)
- Diversification du parc IRM 3T, 1,5T, 5T, dédiée, spécialisée
- Cancérologie : TEPSCAN

Enjeux stratégiques

- Maillage des territoires et accès facilité aux équipements en diminuant les délais d'attente pour les scanners
- Diversification des types d'IRM et augmentation du nombre d'appareils

Réalisations depuis 2011

- Au niveau des centres hospitaliers de proximité : renforcement du plateau technique de proximité (Ruffec, Confolens, Loudun)
- Au niveau du site de recours régional : renforcement de l'équipement en scanner (+1)
- Au niveau du territoire : diversification du parc d'IRM
- Site de recours : autorisation d'une IRM 3T au niveau du plateau technique de recours possédant une Unité Neuro-Vasculaire (UNV)
- Renforcement du nombre d'IRM à hauteur de 10 appareils
- Territoire des Deux-Sèvres : renforcement de l'équipement en TEPSCAN (+ 1)

Points forts

- Bilan des activités des équipements lourds et typologie des actes
- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Mobilisation forte des professionnels de santé au sein des différents groupes de travail

Priorités à court terme

- Étude des activités des divers équipements et des typologies d'actes
- Poursuite de l'adaptation du parc des scanners et IRM
- Diversification des appareils en tenant compte de l'activité et des nouvelles indications

Perspectives à moyen terme

Conforter les implantations existantes en tenant compte du nombre de professionnels et des activités



Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, offre conformité

Contexte

Les besoins en Poitou-Charentes

Des besoins accrus en matière de dialyse liés au vieillissement de la population. En décembre 2010, 760 patients ont été traités par dialyse en Poitou-Charentes, soit une prévalence de 428 patients par million d'habitants, et une progression moyenne du nombre de patients de 3,05 % / an sur les 10 dernières années.

En 2008, l'incidence dialysée (ancienneté de dialyse supérieure à 3 mois) est estimée à 210 nouveaux cas soit un taux de 121 par million d'habitants (taux brut) et 105 en taux standardisé.

Des besoins accrus en matière de greffe rénale

L'activité de greffe est pratiquée sur le CHU de Poitiers, seul établissement autorisé de la région. Au 31 décembre 2008, 118 malades étaient inscrits en attente de greffe rénale (CRISTAL), le nombre de malades greffés étaient de 65. En 2007, 2008, 2009 et 2010, 62 patients en moyenne ont été greffés par an

Enjeux stratégiques

Améliorer l'accès aux soins

En tenant compte des besoins de la population (comorbidités, vieillissement, perte d'autonomie), de l'évolution des technologies et des contraintes liées à la démographie médicale :

- Rééquilibrer l'offre par territoire de santé
- Diversifier et renforcer l'offre de soins de proximité
- Réduire le temps d'attente d'inscription à la liste nationale des malades en attente de greffe d'organe pour les patients pouvant en bénéficier

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Renforcer la qualité et la sécurité des soins des personnes dialysées
- Prévenir ou retarder la survenue de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) - (cf. recommandations ANAES 2004)

Améliorer l'efficience

- Contribuer à la réduction des dépenses liées à la prise en charge des personnes dialysées (coût des séances et des transports)
- Développer la dialyse hors centre en tenant compte des besoins de la population
- Promouvoir le développement des stratégies de traitement coût - efficacité
- Développer la dialyse péritonéale

Réalisations depuis 2011

Soutien du développement de la greffe rénale en région Poitou-Charentes

L'Agence, dans le cadre de la contractualisation, soutient le développement de prélèvement d'organe et de greffe rénale. Deux indicateurs ont été ajoutés au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) du CHU de Poitiers :

- Le nombre de greffes rénales
- Les effectifs de l'équipe de coordination des prélèvements d'organe pour les établissements de recours, avec comme cible un ratio effectifs déployés / effectifs financés = 1

Évolution du nombre de greffes rénales par l'équipe de Poitiers :

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Nb de greffes	64	65	64	57	55

Traitement de l'insuffisance rénale par épuration extrarénale, offre conformité

Adaptation des capacités Hors Centres et Centre Lourd, pour atteindre un objectif régional de 55 % en Hors Centre (HC/CL) :

	2010	2011	2012	2013	2014
Régional	43 % (370/760)	50 % (385/774)	49% (392/800)	49% (392/805)	51% (429/839)
Charente	61 % (91/149)	59 % (93/157)	51 % (86/170)	53 % (83/158)	52 % (86/166)
Charente-Maritime Nord	39 % (59/152)	42 % (55/132)	40 % (56/140)	42 % (62/149)	49 % (78/158)
Charente-Maritime Sud et Est	59 % (84/143)	58 % (84/153)	61 % (99/162)	61 % (95/155)	62 % (101/162)
Vienne	41 % (72/175)	44 % (83/189)	45 % (87/194)	44 % (89/203)	46 % (92/202)
Deux-Sèvres	45 % (64/141)	46 % (66/143)	48 % (64/134)	45 % (63/140)	48 % (72/151)

Par le système des autorisations, l'Agence soutien l'adaptation et le développement du Hors Centre : Unité d'Autodialyse (UAD), Unité de Dialyse Médicalisée (UDM), de Dialyse Péritonéale (DP) et d'Hémodialyse à domicile.

Création d'un document régional commun d'information des patients

L'ensemble des acteurs de la région (Centres Lourds et Hors Centres) ont été associés, sous l'impulsion de l'Agence pour co-construire un document régional commun d'information des patients. L'objectif est de renforcer le choix éclairé des patients. Le document a été écrit par l'AURA PC et l'ADA 17 et est validé par le groupe régional. La mise en forme et la diffusion sont prévues en 2015.

Actions de prévention de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT)

- Mobilisation d'un groupe d'acteurs régionaux : néphrologues, AIR PC, Assurance Maladie, URPS médecins, URPS biologie, URPS pharmaciens, ARS
- Campagnes de dépistage des patients à risques dans les pharmacies
- Diffusion régionale d'une plaquette d'information en direction des patients



Traitement de l'insuffisance rénale par épuration extrarénale, offre conformité

Points forts

- Indicateurs de santé publique :
 - 52 % des patients pris en charge pour une IRCT sont greffés (3^e région de France)
 - La moitié des patients dialysés sont pris en charge hors centre lourd (proportion stable de depuis 2011)
- Mobilisation et dynamique des acteurs locaux autour de deux groupes de travail :
 - Promotion de la greffe rénale et de la prise en charge hors centre lourd
 - Dépistage et prévention de la maladie rénale chronique
- Adaptation des modalités de traitement par dialyse et des capacités des centres lourds
- Mise en place d'actions communes d'information du patient, des médecins traitants, des néphrologues

Priorités à court terme

- Soutenir le développement de la greffe : adaptation des effectifs d'équipes de coordination du prélèvement d'organes
- Poursuivre les actions de prévention de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT)
- Poursuivre l'adaptation des capacités des structures de traitement par dialyse en fonction de l'évolution des besoins de la population

Perspectives à moyen terme

Continuer à soutenir le développement de la greffe : développer le prélèvement sur donneur vivant et chez les patients décédés après limitation de traitement

Soins de longue durée

Contexte

Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) prennent en charge des patients :

- Présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie active, au long cours ou susceptible de décompensations
- Requérant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum

Les USLD s'inscrivent dans la filière gériatrique, par l'expertise qu'elles apportent pour les pathologies lourdes des personnes âgées, à la sortie d'une hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou en accès direct du domicile.

Enjeux stratégiques

Améliorer l'accès aux soins

- Assurer une activité de soins de longue durée dans un contexte de proximité
- Spécifier la place des soins de longue durée dans la filière de prise en charge (Accident Vasculaire Cérébral (AVC), traumatisés crâniens, blessés médullaires, maladies neuro-dégénératives, psychiatrie, gériatrie)
- Identifier sur chaque territoire au sein d'une USLD existante, une unité spécifique pour les moins de 60 ans

Améliorer l'efficacité

- Fluidifier la filière de prise en charge des personnes âgées
- Favoriser l'utilisation de l'outil Via Trajectoire
- Développer les coordinations formalisées entre établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- Évaluer l'activité des USLD issues de la réforme organisant la partition USLD/ EHPAD
- Réduire les inadéquations en utilisant le résultat des coupes PATHOS

Améliorer la qualité des soins

- Mettre en œuvre les politiques de prévention spécifiques (dénutrition, dépistage des démences, prévention d'escarre, etc.)

Réalisations depuis 2011

- Validation des coupes PATHOS de 20 USLD de la région Poitou-Charentes sur 21 existantes : faible taux de Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI), inadéquation de la structure à l'état du patient
- Suivi du taux de SMTI lors des revues annuelles de contrat des Établissement de Santé (ES) pour réduire les inadéquations

Points forts

- Bonne participation des établissements sanitaires à la réalisation des coupes PATHOS
- Augmentation du taux de SMTI

Priorités à court terme

- Identifier les structures pour accueillir les moins de 60 ans
- Poursuivre l'articulation avec les établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les SSR

Perspectives à moyen terme

Volet à revoir en fonction de l'évolution de l'offre

Hospitalisation À Domicile (HAD)

Contexte

- Le Schéma Régional d'Organisation des Soins - Hospitaliers (SROS-H) prévoit le développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Cette action s'inscrit également dans le plan ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) 2015/2017 par le développement des prises en charge hospitalières sans hébergement (HAD, Hospitalisation De Jour (HDJ), chirurgie ambulatoire)
- Au plan national, l'HAD s'est progressivement installée dans le paysage hospitalier. Les structures sont de taille hétérogène. L'activité y est peu diversifiée, centrée sur les soins palliatifs et les pansements complexes
- L'objectif national fixé par la circulaire de décembre 2013 est un doublement du nombre de patients pris en charge en HAD d'ici 2018. L'objectif cible est de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants. La région Poitou-Charentes atteint en 2013 un nombre moyen de 16,5 patients par jour et pour 100 000 habitants
- Pour atteindre la cible, une évolution des structures d'HAD est attendue en terme de taille critique, réactivité, compétences, diversification des modes de prise en charge mais aussi une évolution des établissements de santé autorisés en hospitalisation complète, qui doivent intégrer l'HAD dans le parcours des patients, par substitution à l'hospitalisation complète ou par raccourcissement de la durée de séjour

Enjeux stratégiques

Conforter la structure de l'offre HAD

- Couvrir l'ensemble du territoire en favorisant si possible l'exclusivité territoriale
- Assurer la viabilité des structures en privilégiant l'extension d'autorisation à partir de l'offre existante

- Promouvoir la collaboration avec les acteurs du domicile, les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) et les professionnels libéraux

Améliorer l'accessibilité à l'HAD

- Informer sur l'accès direct à l'HAD. En effet, 70 % des prescriptions d'HAD sont réalisées par les établissements hospitaliers
- Diffuser la connaissance de l'HAD au sein du corps médical par des propositions de stages en HAD pour les internes
- Encourager le développement de la télémédecine selon 2 axes : la télésurveillance pour permettre un suivi rapproché des pathologies chroniques et la téléconsultation pour favoriser le développement de l'HAD dans les territoires à faible densité de professionnels soignants
- Développer l'HAD auprès des personnes hébergées en Établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) car elle permet, par ses moyens combinés à ceux de l'entourage habituel, la prise en compte des besoins de soins des patients, sans rupture d'accompagnement

Renforcer la pertinence du recours à l'HAD

- S'appuyer sur les référentiels existants (Haute Autorité de Santé (HAS)) et à venir
- Intégrer des indicateurs de pertinence dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé



Hospitalisation À Domicile

- Envisager le développement de l'HAD dans un contexte de substitution à l'hospitalisation avec hébergement
- Diversifier les modes de prises en charge

Affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD

- S'assurer de l'engagement des établissements dans un processus d'amélioration de leurs compétences en termes de gestion, de soins, d'information médicale, de gestion des risques, de circuit du médicament, etc.
- Garantir une continuité des soins, une capacité interventionnelle soignante de jour comme de nuit et une formalisation des conditions du recours à un avis médicalisé à tout moment

Réalisations depuis 2011

- Entre 2010 et 2014, le nombre de journées HAD en région a augmenté de 16,6 % passant de 93 148 journées à 108 642 journées. Le nombre de séjours a augmenté de 29 %, passant de 7 948 séjours à 8 801 séjours
- Mise en place d'indicateurs pour développer les liens entre établissements de santé, HAD, Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dans le cadre des revues annuelles de contrat
- Organisation de réunions avec l'ensemble des HAD sur chaque territoire pour conforter l'offre d'HAD (nombre d'implantation, répartition des aires d'interventions géographiques)
- Autorisation d'intervention du Centre hospitalier de Niort (79) sur le canton de Frontenay-Rohan-Rohan (79) pour assurer la couverture géographique du territoire des Deux-Sèvres
- Organisation de la continuité de la prise en charge des patients en Charente-Maritime avec création d'antennes si nécessaire, pour assurer la couverture géographique des territoires Nord et Sud-Est de la Charente-Maritime
- Étude d'opportunité d'une 2^{ème} implantation d'HAD sur le territoire de Charente

Points forts

- Couverture de l'ensemble du territoire
- Nombre d'acteurs restreints
- Peu de petites unités
- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Participation de l'ensemble des acteurs aux réunions

Priorités à court terme

- Constituer un groupe de travail HAD (établissement santé, HAD, FNEHAD, FHF, FHP, URPS, AM, CISSPC, ARS, etc.)
- Établir un état des lieux du recours à l'HAD
- Établir un plan de communication et d'action 2015/2016 pour le développement de l'HAD
- Organiser des réunions d'échanges entre HAD/ESMS et HAD/SSIAD
- Développer les projets télémédecine en HAD dans le cadre du Programme Régional de Télémédecine

Perspectives à moyen terme

Poursuite de l'action

Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Contexte

- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ont pour objectif de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des déficiences et limitations de capacités des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion
- Trois facteurs impactent l'évolution des structures de SSR :
 - Les besoins croissants liés aux maladies chroniques et aux handicaps
 - Le vieillissement de la population
 - La diminution des durées de séjours en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)
- La mise en œuvre du nouveau dispositif d'autorisation en SSR (décret de 2008) prévoit une seule modalité d'autorisation (SSR polyvalent) avec des possibilités de mentions complémentaires
- L'organisation régionale s'articule autour de la nécessité d'expertise et de recours et l'exigence de proximité. Elle repose sur 3 niveaux :
 - **Niveau régional d'expertise** pour certaines affections (cardio-vasculaires, respiratoires, digestives et endocriniennes, grands brûlés, conduites addictives, affections dermatologiques, déficients visuels et auditifs, prise en charge des enfants et adolescents)
 - **Niveau de recours sur le territoire de santé** pour les affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux
 - **Niveau de proximité** pour la prise en charge des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance
- Pour répondre à la demande, 290 lits nouveaux et 85 places nouvelles ont été autorisés lors du précédent schéma régional. Par ailleurs, le plan ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie)

2015/2017 prévoit le développement des prises en charge hospitalières sans hébergement ou ambulatoires, notamment le développement de l'Hospitalisation De Jour (HDJ) en SSR par substitution à l'Hospitalisation Complète (HC) et le développement du programme PRADO orthopédie

Enjeux stratégiques

Améliorer l'accès aux soins

- Assurer une répartition équilibrée des autorisations d'activité par un maillage adapté pour les SSR polyvalents et les SSR spécialisés
- Pour les SSR polyvalents : être en mesure de répondre aux pathologies des patients, dès lors que la prise en charge ne nécessite pas un niveau de recours spécialisé
- Installer, en fonction du taux d'évolution de l'ONDAM, les lits et places autorisés lors du précédent schéma régional
- Augmenter de manière significative l'offre SSR dans le Sud de la région
- S'assurer de l'utilisation de l'outil Via Trajectoire : système d'information régional de gestion des lits et places
- Faciliter l'accès direct au SSR afin d'éviter un passage préalable par les urgences

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Fiabiliser le bilan initial et le bilan de sortie de l'état du patient par une exhaustivité des informations

Améliorer l'efficience

- Développer les alternatives à l'hospitalisation à temps complet
- Optimiser les structures installées
- Développer la coordination territoriale en SSR (circulaire du 3 octobre 2008 : annexe 2)
- Renforcer la coopération avec la filière d'aval en médico-social (EHPAD, SSIAD, SAD)

Soins de Suite et de Réadaptation

Réalisations depuis 2011

- Installation de 211 lits et 29 places entre 2010 et 2014 :
 - Charente : 30 lits et 5 places
 - Charente-Maritime Nord : 36 lits et 4 places
 - Charente-Maritime Sud-est : 82 lits et 16 places
 - Deux-Sèvres : 49 lits
 - Vienne : 14 lits et 4 places
- Identification d'une UCC (unité cognitivo-comportementale) dans 3 départements (Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres)
- Utilisation de l'outil Via Trajectoire par les établissements de la région : système d'information régional de gestion des lits et places
- Mise en place d'indicateurs dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) (suivi de la Durée Moyenne de Séjour (DMS), sortie en Hospitalisation À Domicile, etc.)
- Mise en place de la coordination territoriale sur le territoire des Deux-Sèvres

Points forts

- Répartition de l'offre SSR (polyvalents et spécialisés) sur les territoires de la région
- Augmentation de l'offre SSR dans le sud de la région (Charente et Charente-Maritime Sud-Est)
- Rééquilibrage de l'offre SSR spécialisée par l'installation de 149 lits et 17 places (affections de la personne âgée polypathologique, affections respiratoires, affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections cardio-vasculaires) pour 62 lits et 12 places installés en SSR polyvalent
- 1 UCC par département (1 UCC existante en Vienne depuis 2009)
- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels au sein de la coordination territoriale déjà en place (territoire des Deux-Sèvres)

Priorités à court terme

- Optimiser l'activité des structures déjà installées, installer les lits et places et implanter une activité SSR pour les affections de l'appareil locomoteur sur le territoire 17 Nord, en fonction de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) et du récent plan ONDAM qui incite au développement des alternatives à l'hospitalisation complète : HDJ, PRADO orthopédie en substitution au SSR des affections de l'appareil locomoteur
- Accompagner les établissements SSR pour le passage à la tarification à l'activité, les inciter à coder les patients en attente de placement en Z 751 (codage identifiant un sujet attendant d'être admis ailleurs dans un établissement adéquat)
- Étendre la coordination territoriale SSR à tous les établissements SSR, sur tous les territoires
- Créer une équipe mobile régionale SSR avec une expertise domotique, orthèse, prothèse, ergothérapie sous réserve d'une évolution favorable de la DAF



Perspectives à moyen terme

- Adapter le texte en termes de nombre de lits et places installés depuis 2009 et en fonction de l'effectivité de l'implantation pour les affections de l'appareil locomoteur sur le territoire Nord de la Charente-Maritime
- Faire le lien avec le plan ONDAM et le développement de l'HDJ en SSR

Chirurgie ambulatoire

Contexte

- Le Schéma Régional d'Organisation des Soins Hospitaliers (SROSH) prévoit le développement de la chirurgie ambulatoire :
 - En tant que chirurgie qualifiée et substitutive à la chirurgie avec hospitalisation complète
 - À l'ensemble des patients éligibles à ce mode de prise en charge
- La chirurgie ambulatoire constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité des soins et de structuration de l'offre de soins. L'activité de chirurgie ambulatoire devra s'appuyer sur une masse critique d'activité et sur une organisation spécifique garantissant qualité, sécurité et efficacité des soins
- L'objectif cible national 2016 a été fixé à 50 %. Ce taux a été repris en région et décliné par établissement en fonction du case-mix et du potentiel de substitution de chaque établissement de santé
- Le développement de la chirurgie ambulatoire s'inscrit également dans le plan ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) 2015/2017 par le développement des prises en charge hospitalières sans hébergement (Hospitalisation à Domicile (HAD), Hospitalisation De Jour (HDJ), chirurgie ambulatoire). Le périmètre de calcul du taux global de chirurgie ambulatoire a été modifié et inclut 7 Groupes Homogènes de Malades (GHM) supplémentaires. Le taux cible 2016, tenant compte du nouveau périmètre, a été fixé à 55,2 %

Enjeux stratégiques

Améliorer l'accès aux soins

- Développer la chirurgie ambulatoire sur les territoires en s'appuyant sur une masse critique d'activité

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

- S'assurer d'une organisation spécifique du parcours de chirurgie ambulatoire

(information du patient, critères de sortie, numéro d'appel d'urgence, appel du lendemain, etc.)

- Favoriser un retour rapide au domicile
- Réduire les infections nosocomiales et les complications thrombo-emboliques

Améliorer l'efficacité

- Structurer l'organisation en chirurgie ambulatoire : unité de chirurgie ambulatoire au sein des établissements, centre ambulatoire intégré, centre de chirurgie ambulatoire exclusive extrahospitalier
- Améliorer l'organisation interne des unités de chirurgie ambulatoire : circuit court, gestion des flux de patients, etc.
- Communiquer sur les référentiels nationaux (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Haute Autorité de Santé (HAS))



Réalisations depuis 2011

- Constitution d'un groupe de travail régional spécifique chirurgie ambulatoire (AM, CISSPC, URPS, chirurgien, anesthésiste, cadre de bloc, AM, ARS, etc.)
- Développement effectif de la chirurgie ambulatoire :
 - Mise Sous Accord Préalable (MSAP)
 - Contractualisation avec les

établissements de santé (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens - CPOM) sur des indicateurs de chirurgie ambulatoire quantitatifs et qualitatifs

- Sensibilisation des établissements de santé ayant un potentiel de développement
- Promotion de la chirurgie ambulatoire auprès des professionnels de santé :
 - Organisation d'une session régionale pour les professionnels des établissements de santé, en avril 2013
 - Élaboration et diffusion annuelle à chaque établissement de son profil chirurgie ambulatoire
 - Promotion de la chirurgie ambulatoire en direction des professions libérales par l'intermédiaire des URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé)
- Promotion de la chirurgie ambulatoire auprès des patients :
 - Organisation d'une session régionale d'information sur la chirurgie ambulatoire en direction des représentants des usagers en novembre 2014
 - Promotion de la chirurgie ambulatoire auprès des patients via les mutuelles
- Entre 2010 et 2014, progression du taux global de chirurgie ambulatoire (ancien périmètre) de 6,1 points, de 39,3 % à 45,4 % pour une cible 2016 fixé à 50 %. Fin 2014, la région se situait en 5^{ème} position sur les 22 régions métropolitaines. Sur cette même période, progression du taux global de chirurgie ambulatoire (nouveau périmètre : + 7 Groupes Homogènes Ms) de 5,6 points, de 44,8 % à 50,4 % pour une cible 2016 fixée à 55,2 %

Points forts

- Partenariat avec l'Assurance Maladie et forte mobilisation des membres du groupe de travail régional
- Actions diversifiées en direction des différents acteurs (établissements sanitaires, patients, professionnels libéraux)
- Augmentation régulière du taux de chirurgie ambulatoire en Poitou-Charentes. Le taux régional se situe au dessus du taux national de chirurgie ambulatoire

Priorités à court terme

Actions en direction des établissements de santé

- Poursuivre les Mises Sous Accord Préalable (MSAP)
- Suivre des indicateurs lors des revues annuelles de contrat avec les établissements sanitaires
- Capitaliser sur le benchmark réalisé sur l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire, puis éventuel accompagnement de certains établissements
- Organiser des dialogues sur le potentiel de développement avec des établissements de santé ciblés
- Diffuser des profils chirurgie ambulatoire et de fiches identifiant le potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire
- Instaurer des temps d'échanges de pratiques entre les établissements de santé

Actions en direction des patients

- Former des coordinatrices du CISSPC (Collectif Interassociatif sur la Santé de Poitou-Charentes) sur un outil d'aide à l'information sur la chirurgie ambulatoire
- Réaliser une affiche sur la chirurgie ambulatoire pour les espaces des usagers

Actions en direction des professionnels libéraux

- Sensibilisation par une campagne des Délégués Assurance Maladie
- Évaluation des besoins en termes d'outil dématérialisé permettant d'assurer le lien entre l'hôpital et la ville (compte rendu opératoire et compte rendu d'hospitalisation)

Perspectives à moyen terme

- Développer le chapitre chirurgie ambulatoire en identifiant les enjeux stratégiques de ce mode de prise en charge
- Faire le lien avec le plan ONDAM qui prévoit en 2015 une modification du périmètre de calcul du taux global de chirurgie ambulatoire et une modification de la cible régionale 2016

Maladie d'Alzheimer

Contexte

- Le plan Alzheimer 2008/2012 prévoit l'élaboration et la mise en œuvre d'un dispositif d'annonce et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. Certaines mesures du plan visent à renforcer l'équipement en Consultation Mémoire (CM) et en Centre Mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR) sur le territoire national. Chaque CMRR et CM doit exporter régulièrement l'intégralité des 15 items d'un Corpus minimum d'Information de la Maladie d'Alzheimer (CIMA) vers la Banque Nationale Alzheimer (BNA) pour en faire un outil épidémiologique
- La circulaire du 20 octobre 2011, relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, prévoit la structuration d'une offre graduée de CM sur chaque territoire
- Le Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019, qui comprend 96 mesures a succédé au plan Alzheimer. Les maladies neurodégénératives, qui concernent 1 million de personnes en France (maladie d'Alzheimer ou apparentées, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique et d'Huntington), ont des caractéristiques communes et des spécificités. La mesure 16 du PMND pérennise la BNA et l'obligation de recueil d'une information minimale dans la BNA



Enjeux stratégiques

Améliorer l'accès aux soins

- Favoriser le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer
- Réduire le délai d'attente pour obtenir une Consultation Mémoire (CM)
- Terminer le maillage territorial des CM
- Installer des CM sur les territoires de Charente et des Deux-Sèvres

Améliorer la qualité des soins

- Apporter une meilleure lisibilité des CM
- Développer les liens entre Consultation Mémoire (CM) et Centre Mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR) du CHU de Poitiers
- Structurer une offre graduée sur chaque territoire (CMRR, CM labellisées, CM avancées)

Réalisations depuis 2011

Conformément au cahier des charges de la circulaire de 2011, labellisation de :

- En Charente : Centres hospitaliers d'Angoulême, Cognac et Sud-Charente
- En Charente-Maritime : Centres hospitaliers de La Rochelle, Rochefort, Royan, Saintes, Jonzac et Saint-Jean-d'Angély
- En Deux-Sèvres : Centre hospitalier de Niort, Centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres
- En Vienne : CHU de Poitiers (CMRR), Centre hospitalier de Châtellerault

Également consultations avancées :

- En Charente : Centre hospitalier de Ruffec, Centre hospitalier de Châteauneuf (lien fonctionnel avec le Centre hospitalier d'Angoulême)
- En Deux-Sèvres : Centre hospitalier de Mauléon (lien fonctionnel avec le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres), Centres hospitaliers de Melle et Saint-Maixent (lien fonctionnel avec le Centre hospitalier de Niort)

- En Vienne : Centre hospitalier de Loudun (lien fonctionnel avec le Centre hospitalier de Châtelleraut), Centre hospitalier de Montmorillon (lien fonctionnel avec le CHU de Poitiers)

Perspectives à moyen terme

Intégrer les mesures du Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019

Point fort

- Couverture du territoire par une offre graduée (CM labellisées et CM avancées)

Priorités à court terme

- Mettre en œuvre le PMND 2014/2019, notamment la mesure 16 qui pérennise et améliore la banque nationale de données Alzheimer et maladies apparentées (BNA) :
 - Poursuivre l'obligation de recueil d'une information minimale dans la BNA au sein des Consultation Mémoire (CM)
 - Faire évoluer la BNA pour la compléter en développement un module BNA pour les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC), en fonction des directives nationales
- Réaliser un état des lieux : effectivité du remplissage de la BNA

Périnatalité

Contexte

- Renforcer l'adéquation entre le niveau de risque pour la mère et l'enfant et l'offre de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveaux-nés
- Réduire les inégalités sociales d'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes
- Organiser l'accès et la prise en charge des urgences obstétricales et notamment de l'hémorragie du postpartum au moyen d'un accès à l'embolisation et des urgences gynécologiques
- Maintenir systématiquement l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) dans l'offre de soins de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie
- Favoriser la diminution du nombre de césariennes
- Promouvoir des actions favorisant les relations d'attachement mère-enfant (allaitement, bientraitance)
- Prévenir l'obésité par le soutien à l'allaitement maternel (Plan obésité)

Enjeux stratégiques

- Maintenir une offre suffisante sur les territoires de santé en maternité de niveau 1 et 2
- Garantir la continuité et la permanence des soins au sein des maternités et faire évoluer les maternités qui ne peuvent les assurer (restructurations ou coopérations)
- Inscrire par l'évaluation des pratiques professionnelles le processus HAS de soutien à l'allaitement maternel en maternité dans la démarche de certification des établissements

Réalisations depuis 2011

- Mise en œuvre d'un schéma régional d'organisation des transferts périnataux
- Ouverture d'un centre périnatal de proximité (CPP) sur Royan suite à la fermeture de la maternité de niveau 1 de la clinique Pasteur de Royan

- Organisation de la filière sur le territoire Royannais
- Conception, réalisation d'un document destiné aux femmes enceintes sur les urgences obstétricales
- Diffusion du cahier des parents
- Conduite d'un état des lieux du niveau atteint par les maternités de la région dans la politique, les pratiques, les compétences mises en œuvre pour accompagner l'allaitement maternel, et planification des améliorations via les avenants annuels aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé



Points forts

- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Mobilisation forte des professionnels de santé au sein des différents groupes de travail et des cadres sages-femmes des 15 services de maternité lors de l'enquête Maternités et allaitement maternel

Priorités à court terme

- Finaliser un état des lieux de l'offre en gynécologie-obstétrique (analyse de l'activité des CPP, démographie médicale et sages femmes libérales)
- Favoriser une coordination de tous les professionnels de santé concernés autour de la femme enceinte et du couple,

Périnatalité

de l'anténatal au post-natal, dans une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé

- Construire un réseau d'amont (prévention prénatale notamment par l'entretien prénatal précoce systématique) et un réseau d'aval (suivi de prévention postnatale notamment par le dépistage systématique de la dépression du post-partum)
- Actualiser l'état des lieux Maternités et allaitement maternel sur les critères clés ainsi que l'identification des ressources autour de la mère allaitante par territoire

Perspectives à moyen terme

Poursuite des actions



Soins palliatifs

Contexte

- Intégrer la démarche palliative dans la pratique soignante pour assurer une prise en charge adaptée à l'ensemble des patients dont l'état de santé le requiert
- Favoriser le maintien à domicile (résidentiel ou Établissement de Santé et Médico-social) des patients requérant des soins palliatifs, (hospitalisation à domicile, équipe mobile de soins palliatifs, coopérations formalisées intégrant les médecins généralistes, les SSIAD, etc.)
- Assurer l'existence d'une offre de soins graduée dans l'ensemble des régions et l'accessibilité effective au sein de chaque territoire de santé à une Unité de Soins Palliatifs (USP). Chaque établissement de santé doit donc formaliser des liens avec un établissement de santé disposant d'une USP
- Structurer, au sein des territoires de santé, les coopérations entre l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients en fin de vie (réseaux, conventions)
- Éviter les transferts de patients en favorisant l'accès aux compétences à domicile comme au sein même des différents pôles des établissements de santé, notamment en renforçant l'effectivité de l'intervention des Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) dans l'ensemble des services de soins et des Établissements d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Enjeux stratégiques

- Grader l'offre palliative en fonction de la complexité de la prise en charge : Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP), EMSP, USP, prise en charge ambulatoire
- Créer une USP dans les établissements ayant plus de 600 décès par an
- Poursuivre la mise en conformité des LISP

Réalisations depuis 2011

- Création d'une USP sur le territoire de la Charente
- Suite à la fermeture du réseau ALISPAD, renforcement de l'EMSP du Centre hospitalier de Niort pour prendre en charge des patients à domicile
- Renforcement des moyens de l'EMSP du Centre hospitalier Nord-Vienne

Points forts

- Intégration de l'objectif de création d'une USP par territoire de santé dans les CPOM des établissements
- Partenariat avec l'association SPIRALE (coordination régionale de soins palliatifs) partenaire essentiel sur la région de la prise en charge palliative

Priorités à court terme

- Créer une équipe mobile de soins palliatifs en pédiatrie
- Ouvrir une USP dans chaque territoire de santé
- Mettre en conformité des LISP
- Réaliser un état des lieux de l'offre palliative en ambulatoire (cartographie des professionnels libéraux formés aux soins palliatifs)
- Engager des travaux sur les soins palliatifs dans le cadre du parcours du patient cancéreux

Perspectives à moyen terme

Ajuster, en fonction du projet de loi sur la fin de vie et des éléments résultant de l'analyse des points de rupture, le travail sur le parcours de santé Cancer

Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)

Contexte

- Prendre en charge tout patient victime ou suspecté d'AVC dans une filière organisée et territorialement définie
- Organiser le maillage territorial de la filière de prise en charge des AVC (notamment l'identification des structures, des partenaires et des ressources qui la constituent) : mise en place d'une organisation de la prise en charge des AVC de l'urgence au retour à domicile ou au secteur médico-social, et d'une offre de rééducation, réadaptation et réinsertion plus performante
- Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée
- Augmenter le taux de thrombolyse
- Améliorer la fluidité du circuit des patients entre les différentes structures de prise en charge
- Améliorer les pratiques professionnelles, l'information et la formation des professionnels. Participer à la diffusion des protocoles de prise en charge des AVC

Enjeux stratégiques

Consolider la gradation de la prise en charge de l'AVC sur la région (soins de proximité, site de recours, site de référence)

Réalisations depuis 2011

- Création d'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) par territoire de santé
- Rédaction du projet médical télémédecine AVC (télé-expertise et téléconsultation)
- Signature d'une convention entre le CHU de Poitiers et les centres hospitaliers disposant d'une UNV

Points forts

- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Désignation d'un animateur régional de la filière AVC
- Mobilisation forte des professionnels de santé au sein du groupe de travail AVC les acteurs de la filière (neurologues, SAMU, radiologues, établissements de santé)



Priorités à court terme

- Mettre en œuvre le projet Télémédecine AVC sur l'ensemble de la région
- Rédiger et mettre en œuvre un schéma d'organisation de la thrombectomie mécanique dans l'AVC ischémique à la phase aiguë
- Renforcer la filière territoriale AVC sur le territoire de Charente-Maritime Sud et Est

Perspectives à moyen terme

Conforter les filières de prise en charge spécialisée (thrombectomie)

Examen des caractéristiques génétiques

Contexte

- L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal. Cette analyse a pour objet :

- Soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne
- Soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés
- Soit adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques

Il exclut le diagnostic prénatal, traité dans la partie Périnatalité du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), et le dépistage néonatal

Enjeux stratégiques

- Améliorer l'accès aux soins : il s'agit d'organiser les moyens de diagnostic et de prise en charge par l'identification de centres de génétique clinique assurant le maillage territorial, et une continuité de la prise en charge articulée avec les laboratoires de génétique et les unités de recherche
- Rendre lisible l'offre disponible pour les professionnels de santé et les usagers
- Améliorer l'efficacité et la qualité
- Mettre en place une offre graduée comprenant les analyses de cytogénétique et les analyses de biologie moléculaire courantes et spécialisées
- Structurer l'offre entre les laboratoires et les

liens avec les filières de prise en charge en favorisant la concertation clinico-biologique et la coopération entre les laboratoires

- Réorganiser les structures existantes
- Veiller à l'inscription des laboratoires dans les démarches d'évaluation de leurs pratiques et/ou de certification



Réalisations depuis 2011

- Pour la prise en charge clinique, amélioration de l'accès aux soins, avec le développement des consultations de génétique
- En termes d'offre de biologie, maintien de l'organisation cible du territoire régional, avec un centre de génétique clinique et biologique au CHU de Poitiers et un laboratoire d'analyse de cytogénétique

Points forts

- Un centre de génétique du CHU de Poitiers est conforté par :
 - Le recrutement de conseillers en génétique pour développer les consultations en génétique
 - L'accès à un plateau technique unique pour la cytogénétique, la cytogénétique moléculaire, la génétique moléculaire et la

Examen des caractéristiques génétiques

pharmacogénétique, et performant (séquenceurs haut débit nouvelle génération)

- Le développement de techniques innovantes : le tournant technologique de la cytogénétique moléculaire a bien été appréhendé par le service
- Regroupement de la génétique moléculaire dans le service de génétique. Ambition réaliste de développer le niveau de biologie moléculaire spécialisée (niveau 2) pour toutes les techniques bien maîtrisées
- Inclusion dans un réseau inter-régional du Grand Ouest (HUGO) des centres de génétique

Priorités à court terme

- Regroupement des activités cliniques et biologiques en génétique sur un même lieu au CHU de Poitiers
- Travaux sur les systèmes informatiques communicants
- Poursuite du développement des consultations avancées

Perspectives à moyen terme

- Poursuivre le développement des consultations avancées en établissement périphérique, notamment en pédiatrie et en oncogénétique, mais également à terme pour les spécialités d'organes et la pharmacogénétique
- Poursuivre la recherche multicentrique au sein de HUGO dans le contexte renouvelé du regroupement de la grande région

Biologie médicale

Contexte

- Réforme de la biologie médicale dite Réforme Ballereau
- Accréditation par le COFRAC des laboratoires de biologie médicale rendue obligatoire, qui place le biologiste médical au cœur du dialogue avec les cliniciens et les patients
- Une réforme qui conduit à une restructuration en laboratoires de biologie médicale dotés de sites organisés autour d'un ou plusieurs plateaux techniques
- Un contexte d'effort sur le coût de la lettre clé

Enjeux stratégiques

- Accroître la performance du système de santé
- Soutenir les nouveaux processus relationnels
- Favoriser le développement des systèmes d'information

Réalisations depuis 2011

- Maintien de l'accessibilité de l'offre de biologie médicale par territoires de santé, notamment en termes de sites ouverts au public
- Maintien des sites ouverts au public par zone de soins de proximité, plus particulièrement en milieu rural
- Respect des règles prudentielles à l'occasion de l'instruction des demandes de regroupements, fermetures et ouvertures de laboratoires
- Suivi étroit de la mise en place de l'étape d'accréditation à 50% de tous les laboratoires de biologie médicale publics et privés, concomitamment à la mise en œuvre de l'outil Biomed, applicatif national dédié
- Expertise reconnue du Comité Technique Régional de Biologie (CTRB), avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé,

notamment dans le soutien de la formation continue et l'interactivité des professionnels

Points forts

- Bonne mobilisation des partenaires biologistes au soutien de la mise en place de l'accréditation des laboratoires
- Mobilisation forte du Ministère dans l'accompagnement du déploiement du calendrier d'accréditation et de l'outil Biomed, et participation soutenue en retour de l'Agence
- Action continue de l'Agence au soutien des projets des directions de laboratoires privés et publics



Priorité à court terme

- Dans un contexte évolutif, veiller à l'équilibre et à la performance de l'offre de biologie médicale auprès des patients tant par le secteur privé que par le secteur public

Perspectives à moyen terme

- Continuer l'action au soutien d'une transversalité des échanges et de l'amélioration globale de la prise en charge du patient au long de son parcours

Schéma Régional d'Organisation des Soins - Ambulatoire (SROS-A)

Diagnostic

Contexte

- Existence de zones fragiles, dans lesquelles les départs (notamment à la retraite mais pas seulement) continuent de déstabiliser l'offre et la demande de soins ambulatoires, notamment en médecine générale
- Vieillesse de la population de ces zones fragiles, engendrant une demande de soins accrue mais aussi de nature différente (plus grande nécessité de soins coordonnés)
- Nécessité d'une révision annuelle de ces zones fragiles en Poitou-Charentes, eu égard à l'évolution rapide de la situation

Enjeux stratégiques

- Améliorer le maillage territorial de l'offre de soins et des officines, sur la base d'un diagnostic partagé avec les acteurs
- Anticiper, par la révision du zonage des zones fragiles, les difficultés imminentes
- Intégrer dans le zonage certains quartiers politiques de la ville
- Améliorer l'adéquation entre les besoins en santé et les aides à l'installation

Réalisations depuis 2011

- Actualisation annuelle du zonage, en concertation étroite avec le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins
- Amélioration de la méthode de zonage, pour augmenter sa précision diagnostique

Points forts

- Concertation avec l'Ordre, qui a apporté sa connaissance de la réalité des conditions d'exercice
- Travail statistique qui a su faire évoluer sa méthode, et s'est confronté aux données des partenaires

Priorités à court terme

- Mettre à jour annuellement la cartographie du Zonage d'Accompagnement Prioritaire (ZAP), portée à l'échelle de la région Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes
- En lien avec l'Assurance Maladie, mettre à jour le Zonage Conventionnel de manière à le faire entrer en cohérence avec le ZAP
- Faire converger les méthodes de zonage existant actuellement dans les 3 régions qui se regroupent
- Réaliser un zonage pour les spécialités médicales ne faisant pas encore l'objet d'un tel exercice
- Renforcer l'analyse prospective sur les territoires

Perspectives à moyen terme

- Maintenir une cartographie au plus près des réalités des territoires
- Veiller à choisir une méthode permettant au zonage de répondre aux objectifs poursuivis par les leviers pour lequel il a été règlementairement conçu (Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG), Praticien Territorial en Médecine Ambulatoire (PTMA), Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), etc.)

Pacte Territoire-Santé

Contexte

- Lancement du Pacte Territoire-Santé en décembre 2012 par la Ministre de la santé : douze mesures destinées à lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins
- La région Poitou-Charentes présente une démographie médicale fragile pour la médecine générale. Elle devra faire face à une accélération des départs à la retraite sur les 3 années à venir, avec une perspective de stabilité puis de remontée à moyenne échéance (3 à 5 ans)
- La région présente également une fragilité démographique pour certaines spécialités, tels que les masseurs-kinésithérapeutes

Enjeux stratégiques

- Permettre un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire
- Faciliter l'installation des jeunes professionnels de santé
- Accompagner la transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé
- Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 min

Réalisations (chiffres au 1^{er} octobre 2015)

- Signature de 54 Contrats d'Engagement de Service Public depuis fin 2010
- Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale : 24 signataires, qui se sont installés dans les zones fragiles de la région et bénéficient d'une sécurisation de leurs premiers mois d'installation
- Nomination du référent installation : accompagnement des projets d'installation, mise en relation entre les cabinets médicaux et les candidats, relai entre les candidats et les partenaires
- Développement des maisons et pôles de

santé : 54 maisons et pôles de santé en fonctionnement, 59 projets accompagnés par l'ARS

- Mise en place progressive du dispositif de médecin correspondant SAMU
- Action de sensibilisation à la maîtrise de stage, auprès de l'ensemble des généralistes de la région, avec un taux très élevé de réalisation des formations y afférent. Malgré la cessation d'activité d'un nombre important de maîtres de stage, maintien de l'effectif global qui devrait désormais progresser



Points forts

- Des leviers fortement incitatifs pour soutenir l'installation en zones fragiles (Contrat d'Engagement de Service Public et Praticien Territorial de Médecine Générale)
- Un dynamisme des territoires (professionnels de santé et élus) pour la création et le portage des projets de maisons et de pôles de santé, mais aussi pour la promotion de l'exercice (et de la vie) sur ces territoires

Priorités à court terme

- Poursuivre la mise en œuvre du Pacte Territoire-Santé. En particulier, mise en œuvre de nouveaux dispositifs issus du Pacte Territoire-Santé : le contrat de Praticien Territorial en Médecine Ambulatoire et le contrat de praticien isolé ou à activité fluctuante

Pacte Territoire-Santé

- Poursuivre la recherche de nouveaux maîtres de stage en médecine générale
- Poursuivre l'animation territoriale continue avec une vigilance particulière portée sur les quartiers Politiques de la ville et les zones fragiles
- Mettre en place 2 actions opérationnelles :
 - Un dispositif de régulation transitoire de la continuité des soins à destination des patients venant de perdre leur médecin : organisation de la réponse aux demandes de soins, en cas de cessation brutale d'activité
 - Un accompagnement à l'informatisation des dossiers de patients, pour les médecins partant à la retraite, afin d'augmenter les chances de reprise



Perspectives à moyen terme

- Accompagner les évolutions de la prise en charge en ville, le virage ambulatoire s'appuyant sur la réorganisation progressive de la médecine ambulatoire :
 - À partir de l'actualisation de l'état des lieux de l'offre, de l'analyse des temps d'accès et des besoins de soins, construire une cartographie réactive des territoires, en médecine générale mais aussi pour les spécialités en difficulté afin de flécher les leviers à l'installation
 - Poursuivre le développement des prises en charges coopératives entre professionnels et entre structures, en s'appuyant sur le partage des informations
 - Accompagner et financer la mise en œuvre d'organisations territoriales de type Pôles intercommunaux de santé, en partant du maillage des MSP. Construire un réseau de soins ambulatoires adapté aux organisations en place et répondant aux trajectoires professionnelles
- Permettre aux élus et aux professionnels de s'approprier les leviers à l'installation, afin d'en faire la promotion auprès des candidats, tout en expliquant la nécessaire actualisation du zonage qui rend possible ces aides

Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

Contexte

- La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) prévoyait que les ARS *contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé*. Dans ce cadre, en 2011, le Ministère de la santé a ouvert dans chaque région une Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), site internet dédié à l'installation et à l'exercice des professionnels de santé. La PAPS permet une meilleure orientation du professionnel parmi les informations et services proposés. Elle accompagne les professionnels de santé dans les moments clés de leur carrière : présentation des formations initiales, choix du mode d'exercice, etc.
- Une nouvelle version du site PAPS (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé) a été développée courant 2015 afin d'améliorer l'ergonomie et la lisibilité du site
- Le PAPS est un des outils sur lesquels s'appuie le référent installation et son équipe pour accompagner les étudiants et les professionnels de santé candidats à l'installation

Enjeux stratégiques

- Améliorer l'attractivité pour les modes d'exercice qui le nécessitent
- Améliorer la répartition de tous les professionnels de santé sur le territoire, et pour tous les modes d'exercice (hospitalier ou libéral)
- Faciliter l'installation, en regroupant l'ensemble des informations utiles
- Accompagner les médecins et les paramédicaux durant leur vie professionnelle

Réalisations depuis 2011

- Création et actualisation de la PAPS version 1

- Refonte du PAPS version 2
- Développement d'un partenariat avec les acteurs de l'installation : Ordres, URPS, Assurance Maladie, représentants des internes, instituts de formation, etc.

Points forts

Le PAPS est conçu comme un portail partenarial. Elle a vocation à recenser en un site unique tous les liens utiles à l'installation et au choix du mode d'exercice. La dimension partenariale constitue un des points forts de la démarche.

Priorités à court terme

- Mise en ligne effective du PAPS version 2 courant 2015
- Mise à jour et enrichissement des contenus en continu
- Création d'un espace dédié de type « petites annonces » afin de rapprocher les besoins en professionnels et les recherches de lieu d'installation
- Communication vis-à-vis des professionnels de santé (futurs et en exercice) afin de faire connaître le site
- Poursuite du développement des partenariats nécessaires à l'enrichissement du site

Perspectives à moyen terme

Refonte du PAPS envisagée dans le cadre de la création de l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes : l'enjeu sera de préserver une relative proximité, permettant aux référents installation positionnés près des Universités et des Écoles de Médecine, de maintenir un bon niveau d'expertise et de pertinence dans l'accompagnement vers l'installation

Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

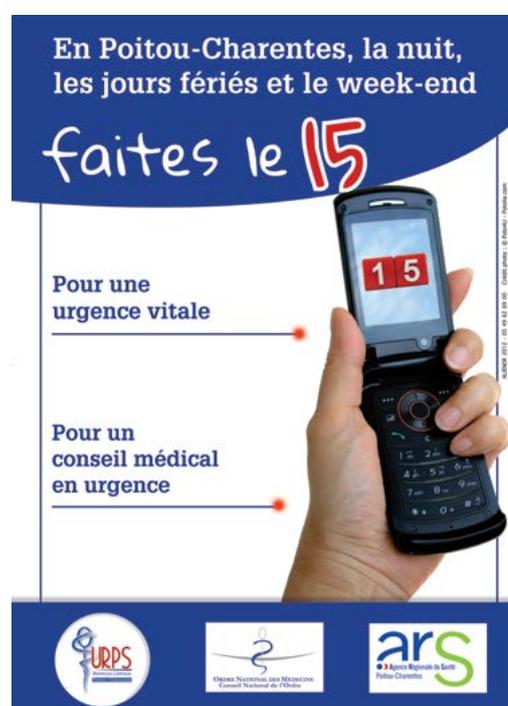
Contexte

- La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est une mission de service public inscrite dans la loi. Ce dispositif a pour objectif de répondre aux besoins de soins non urgents et non programmés aux heures de fermeture des cabinets médicaux
- En 2002, la PDSA a été placée sous le régime du volontariat (article 77 du Code de la Santé Publique). Plus de 10 ans plus tard, ce changement de modèle se confronte encore à la démographie médicale, mais aussi à une lisibilité vacillante. Cela se traduit par l'instabilité et la fragilité des systèmes en place aujourd'hui
- Ce constat conduit à mobiliser tous les leviers (organisation de la présence médicale sur le terrain, information du public, surveillance et régulation du système) pour améliorer l'efficacité du dispositif, à ce jour mal connu
- La région Poitou-Charentes comporte actuellement 49 secteurs de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)
- Si globalement, la région bénéficie d'un dispositif stable, des disparités sur le terrain demeurent : certains secteurs sont fragilisés en raison de leur taille trop faible, forcément accompagnée par un faible nombre de praticiens disponibles, se concrétisant par une récurrence d'astreintes mal supportée et une activité très réduite conduisant à la perte de lisibilité de la mission : cela risque de faire baisser le volontariat, par ailleurs satisfaisant en région

Enjeux stratégiques

- Assurer une réponse adaptée, réaliste et pertinente aux besoins de soins non programmables en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux
- Préserver le niveau de volontariat en améliorant les conditions d'exercice en PDSA

- Éviter les transferts de charge vers les urgences et le recours inapproprié au transport sanitaire
- Maîtriser les dépenses, connaître avec précision l'efficacité du dispositif, dont réalité des coûts évités et des coûts induits



Réalisations depuis 2011

- Mise en cohérence régionale de la permanence des soins ambulatoires : harmonisation des modalités d'effectif pour 38 des 48 secteurs
- Mise en place de l'appel unique au Centre 15 pour l'ensemble de la région Poitou-Charentes
- Communication sur le bon usage d'appel au 15 réalisé en 2013
- Développement des Maisons Médicales de Garde (MMG) pour faciliter l'accès aux soins, par une effectif en point fixe de consultation

Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

- Constats de décès : mise en place en 2012 d'un dispositif expérimental pour leur réalisation par les effecteurs de PDSA, selon des critères d'éligibilité définis par l'ARS, l'Ordre et les représentants des professionnels de santé siégeant au Comité Régional de Suivi (CRS) de la PDSA
- Dématérialisation, régionalisation et sécurisation de la gestion des tableaux d'effectif par le déploiement sur l'ensemble des secteurs de l'outil Ordigard
- Mise en place du paiement dématérialisé des astreintes par la généralisation de l'outil P-garde

Points forts

- Pilotage régional avec un Comité Régional de Suivi, récemment élargi aux chirurgiens-dentistes
- Évaluation annuelle présentée en CSOS Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie (CRSA), en Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins (CODAMUPS) et au comité de suivi
- Dispositif évolutif, reposant sur l'analyse démographique, d'activité, et le partenariat avec les autres acteurs des soins urgents (urgentistes, transporteurs sanitaires)
- Une pratique de régulation bien établie en région. Elle a diminué le niveau d'activité en effectif : la part des conseils par les régulateurs est passée de 20 à 60% des dossiers entre 2012 et 2015 pour 3 départements, et le recours à la visite à domicile, sauf en semaine sur certains secteurs plutôt urbains, contribuant à maintenir un taux de volontariat stable

Priorités à court terme

- Renouveler la communication auprès du public sur le bon usage du numéro d'appel unique au Centre 15 et des autres numéros (18, 112) d'appel urgent
- Expérimenter les dispositifs permettant d'éviter le recours aux urgences (aux horaires de la PDSA) pour les personnes âgées résidant en EHPAD : information et formation du personnel d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- Soutenir et renforcer le dispositif de régulation de la PDSA : mettre en place l'interconnexion des quatre centres de régulation des appels (Centre 15), en particulier en nuit profonde

Perspectives à moyen terme

- Faire converger les dispositifs régionaux de permanence des soins ambulatoires afin d'en améliorer le confort d'usage par les patients d'une part, la lisibilité de la pratique par les effecteurs et les régulateurs d'autre part
- Préparer l'harmonisation des 3 cahiers des charges régionaux (Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes) de la PDSA dans le cadre de la réforme territoriale
- Améliorer la prise en charge, aux urgences, des actes relevant de la PDSA (participation de médecins généralistes, filière dédiée, information des usagers)
- Poursuivre les expérimentations de mixité des acteurs et des structures, dans les secteurs fragiles où une PDSA attractive ne peut être maintenue par manque de généralistes

Regroupement professionnel

Contexte

- Politique nationale de soutien aux maisons et pôles de santé, fortement relayée en Poitou-Charentes, sous la forme d'un appel à projet annuel, construit en partenariat avec la Région et l'État
- Forte attente des jeunes professionnels de santé vis-à-vis d'un exercice regroupé et coordonné
- Bonne adhésion des professionnels déjà installés à ce nouveau mode d'organisation et de maillage du territoire
- Évolution des modes de rémunération des professionnels de santé : ils rendent opérationnels les nouveaux modes d'exercice

Enjeux stratégiques

- Promouvoir les modes d'exercice regroupé et coordonné sous forme de pôle ou de maison de santé, dans tous les territoires, y compris non fragiles
- Améliorer la qualité de la prise en charge par une meilleure coordination autour du patient
- Proposer un modèle économique à ces nouveaux modes d'exercice (Nouveaux Modes de Rémunération - NMR)
- Faciliter les installations en offrant un cadre attractif et sécurisant pour les jeunes diplômés

Réalisations

(Chiffres au 1^{er} octobre 2015)

- 54 maisons et pôles de santé en fonctionnement, 59 projets accompagnés par l'ARS
- Un accompagnement fort de l'ARS, à la fois par ses partenariats, son expertise régionale, et sa stratégie d'animation territoriale, ce qui a permis l'acculturation des acteurs (professionnels et élus) sur les concepts de maisons et pôles de santé et

la concrétisation des projets

- Organisation d'un appel à projet annuel (6^{ème} édition en 2015), qui a permis de labelliser les projets répondant au cahier des charges régional
- Développement d'un partenariat avec la Fédération Régionale des Réseaux, Maisons et Pôles de Santé (FREMAPOSE) permettant d'accompagner des projets par un dispositif de pairs facilitateurs (9 projets accompagnés en 2014), et de mutualiser certains travaux (exemple : accompagnement juridique à l'écriture des statuts d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulants - SISA)

Points forts

- Dynamisme des territoires (professionnels de santé et élus) pour la création et le portage des projets de maisons et de pôles de santé
- Création FREMAPOSE qui apporte un soutien aux porteurs de projet

Priorités à court terme

- Poursuivre le développement des maisons et pôles de santé
- Renforcer l'accompagnement des structures en fonctionnement : mettre à disposition les outils de coordination en structure
- Accompagner la mise en œuvre de la toute récente formation de coordonnateur en soins primaires
- Poursuivre l'accompagnement à la mise en place d'un système d'information, grâce au partenariat de l'ARS avec le GCS e-santé
- Mettre en place le partenariat avec l'Assurance Maladie relatif à la mise en œuvre du nouveau règlement arbitral (Nouveaux Modes de Rémunération - NMR)
- Poursuivre le développement d'une offre regroupée et pluridisciplinaire adaptée aux besoins des territoires

Regroupement professionnel

Perspectives à moyen terme

- Inciter les partenaires territoriaux à développer le transport à la demande rural, afin d'améliorer l'accès aux soins pour les publics en difficulté de mobilité rurale
- Permettre aux équipes de soins de s'implanter durablement, d'intégrer les acteurs par le partage des pratiques et des informations, de relever de nouveaux challenges de prise en charge par une organisation innovante du collectif professionnel
- Rendre plus lisible le système tant pour les usagers que pour les professionnels de santé, notamment par la connaissance des dispositifs d'appui existants, dans une logique d'intégration, tout en valorisant l'existant



Réseaux de santé

Contexte

- Les réseaux de santé constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des soins. Après des années d'expérimentation, le bilan apparaît contrasté : une activité hétérogène, du fait de la spécialisation par pathologie ou par population, et une efficacité variable au regard du nombre de patients inclus et des coûts de fonctionnement
- Pour autant, le besoin d'appui à la coordination en direction des effecteurs de soins de premier recours est réel, et la nécessité de décloisonner le système de santé toujours nécessaire
- Depuis ces dix dernières années, des changements importants sont intervenus dans leur environnement : renforcement du rôle pivot du médecin traitant (réforme de l'Assurance Maladie de 2004), développement de la coordination des soins de proximité (maisons et pôles de santé), création des dispositifs de gestion de cas avec les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champs de l'Autonomie (MAIA) puis le PAERPA (Personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie)
- Dans ce contexte, le guide de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), publié en octobre 2012, préconisait de faire évoluer les réseaux vers l'appui aux effecteurs de soins de premier recours et de renforcer leur polyvalence, afin de favoriser une approche globale du parcours des patients en situation complexe, sans critère d'âge
- Enfin en septembre 2013, la Stratégie Nationale de Santé (SNS) a reconnu les réseaux de santé comme acteurs d'appui à la coordination des effecteurs de premier recours

Enjeux stratégiques

- Améliorer la coordination des soins, en apportant un appui aux effecteurs de premier recours pour les patients en situation complexe

- Faire émerger une démarche d'évolution des réseaux vers la polyvalence
- Renforcer la couverture territoriale des réseaux, et en priorité celle des réseaux gérontologiques et/ou polyvalents
- Favoriser la mutualisation et l'harmonisation des pratiques, ainsi que les regroupements, pour une meilleure efficacité
- Construire et valoriser des trajectoires de soins en privilégiant une approche globale du parcours de santé

Réalisations depuis 2011

- Réorganisation des réseaux, de 28 en 2012 à 24 en 2014 :
 - Fermeture de 3 réseaux incluant, le cas échéant, un transfert d'activité
 - Réorganisation de 2 réseaux Addictions au profit d'un seul réseau régional
 - Réorganisation en cours des réseaux gérontologiques dans le Nord Vienne et le Sud-Est de la Charente-Maritime afin de garantir une meilleure efficacité
 - Renforcement de la couverture territoriale des réseaux gérontologiques : en 2012 68 % du territoire était couvert, fin 2014 81 % du territoire régional était couvert (dont la totalité des Deux-Sèvres et de la Vienne)
- Harmonisation des pratiques pour l'ensemble des réseaux gérontologiques :
 - Constitution de groupes de travail en lien avec la Fédération Régionale des Réseaux, Maisons et Pôles de Santé (FREMAPOSE)
 - Utilisation d'outils communs (grille d'inclusion, Plan Personnalisé de Santé (PPS))
 - Utilisation d'un système d'information commun : le Web-Dcr (partagé avec les MAIA)
- Évolution des réseaux vers la polyvalence :
 - Expérimentation d'une filière *Patients*

Réseaux de santé

complexes de moins de 60 ans sur la Vienne à partir de juillet 2013

- Information et promotion de la polyvalence lors des dialogues de gestion annuels
- Audit et évaluation des réseaux :
 - 25 évaluations (hors réseaux experts) par un binôme ARS médecin/administratif
 - 2 évaluations médico-économiques en lien avec la DRSM du Limousin

Points forts

- Réorganisation de réseaux thématiques
- Recentrage du rôle de coordination d'appui des réseaux autour des professionnels du premier recours
- Utilisation d'outils structurant les dispositifs de prise en charge
- Développement de la logique de parcours

Priorités à court terme

- Poursuivre l'accompagnement des réseaux gérontologiques d'une part vers la polyvalence, d'autre part vers un maillage exhaustif du territoire, afin que toute personne atteinte d'une maladie chronique grave et évolutive, ou en situation de perte

d'autonomie permanente ou temporaire, ou en situation jugée complexe par les professionnels de santé, puisse bénéficier d'une coordination d'appui

- Introduire, dans l'évaluation interne et externe des réseaux et dans leur mode de management, des indicateurs d'adéquation de la réponse aux besoins de la population et des besoins des professionnels du 1^{er} recours
- Travailler sur les parcours en associant les professionnels de santé et veiller au rôle pivot du médecin traitant. Pour la personne âgée : Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), réseaux, MAIA
- Développer des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) à destination des professionnels

Perspectives à moyen terme

Application de la loi de santé, avec notamment les missions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes avec la mise en place de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

T transports sanitaires

Contexte

- Le transport sanitaire est l'une des 10 priorités du Programme de gestion du risque de l'Assurance Maladie. L'évolution des modes de prise en charge dans les établissements de santé, ainsi que le regroupement des plateaux techniques contribuent à renforcer l'attention portée à cette thématique
- Les établissements de santé doivent être mieux à même de gérer la dynamique de la dépense dans un contexte d'évolution du besoin et de l'offre de santé
- Pour l'ensemble des prescripteurs, la dépense de transports s'élève pour la région à 81,2 M€ en 2014 avec un taux de progression de +1,43 % par rapport à 2013 (PCAP CJO CVS) versus 3,68 % pour la France
- Les prescriptions des établissements représentent 66 % de la dépense; les 34 % relevant des prescripteurs libéraux se répartissent en 18,3 % pour les omnipraticiens et 15,7 % attribués aux spécialistes. Les montants remboursés liés aux prescriptions par les établissements publics et privés s'élèvent en 2014 à 46,7 M€ avec une évolution de 2,3 %
- L'objectif est de réguler les dépenses liées aux prescriptions de transport sanitaire, notamment à l'hôpital, par des expérimentations locales permettant le développement de modes de transports sanitaires partagés et plus économes. En janvier 2011, l'ARS Poitou-Charentes a ainsi initié un projet visant à optimiser le transport de patients. L'expérimentation menée est un projet transversal qui porte sur l'organisation de transports de patients, l'organisation des services hospitaliers et des transporteurs, le suivi et l'évaluation
- L'objet de cette expérimentation est, dans le cadre du respect du libre de choix du patient, de mettre en œuvre un système d'information régional permettant la dématérialisation et la traçabilité des demandes de transports pris en charge par l'Assurance Maladie
- Dans un premier temps, seules les entrées et sorties d'hospitalisation sont concernées



Enjeux stratégiques

En termes de facilité et d'égalité aux soins

Les transports constituent une prestation indispensable au bon fonctionnement du système de soins du fait du vieillissement de la population, de l'évolution des pathologies, de la diversification des modes de prise en charge médicale et de la réorganisation de l'offre de soins.

Dans ce cadre, l'expérimentation régionale a pour objectifs :

- L'amélioration de la réponse des transporteurs de jour comme de nuit en réduisant les indisponibilités, en assurant des prestations de transports adaptées aux besoins du patient et en réduisant le délai d'attente des patients et des transporteurs
- De mieux identifier l'ensemble des transports spécifiques pour lesquels les transporteurs doivent mettre en place des conditions de réalisation particulières pour assurer une prise en charge mieux adaptée à l'état du patient

Financiers

Le transport de patient est un poste de dépenses en évolution constante. Les dépenses de transport depuis plusieurs années augmentent de façon plus rapide que les autres dépenses de l'Assurance Maladie.

Dans ce cadre, l'expérimentation régionale a pour objectifs :

- De favoriser les recours au moyen le moins onéreux compatible avec l'état de santé

Transports sanitaires

du patient en assurant le respect de libre concurrence et l'équité entre les entreprises de transport

- D'inscrire la prescription, la demande et l'exécution des transports dans une démarche globale de qualité
- De diminuer les transports à vide pour les transporteurs

En termes de qualité de service

L'outil facilite une meilleure anticipation des transports et diminue les délais d'attente pour les patients et les transporteurs

Organisationnels

Amélioration de la disponibilité des lits

Réalisations depuis 2011

- Mise en place de l'association ACTPPC en charge de la gestion de la plateforme régionale des transporteurs
- Finalisation des documents cadres de la démarche :
 - Le cahier des charges
 - Les spécificités fonctionnelles de la plateforme régionale de transporteurs qui fournit le détail de l'organisation et des fonctionnalités du système d'informations gérant cette plateforme
 - Le guide régional de bonnes pratiques entre transporteurs et établissements de santé
- Mise en œuvre de la plateforme de transport sanitaire *TrajetsSolutionsSanté* en région, auprès du Centre Clinique de Soyaux (16) afin de tester ses fonctionnalités. Mise en œuvre sur l'organisation des sorties hospitalières dans un premier temps en associant les transporteurs sanitaires et les artisans taxis

Bilan des adhésions à l'association : 107 adhésions (46 entreprise taxis et 61 entreprises taxi + ambulances)

Nombre de missions envoyées du 16 décembre 2013 au 16 mars 2015 : 16 840

Bilan du déploiement : 20 établissements de santé impliqués au 1^{er} octobre 2015 :

Département de la Charente :

Centre Clinique de Soyaux
Clinique St-Joseph
Centre hospitalier Sud Charente
Clinique de Cognac
Centre hospitalier de Ruffec
Centre hospitalier de Confolens
Centre hospitalier d'Angoulême - 4 services
Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (CSSR) Les Glamots

Département de la Charente-Maritime

Clinique du Mail
Clinique de l'Atlantique
Centre hospitalier de La Rochelle - 6 services
Clinique Pasteur

Département des Deux-Sèvres

Polyclinique Inkermann
Château de Parsay
Centre hospitalier de Niort - 8 services
Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres

Département de la Vienne

Clinique Châtelleraut
Centre hospitalier Laborit
Centre hospitalier Nord Vienne

Points forts

- Bonne mobilisation des acteurs
- Démarche de portée régionale associant l'ensemble des acteurs
- Développement réalisé dans le respect de la libre concurrence entre les transporteurs sanitaires, conformément aux principes du libre choix du patient
- 70 % des transports effectués correspondent à une prise en charge d'un patient par le transporteur de son choix

Priorités à court terme

- Poursuivre le déploiement auprès des autres établissements de la région
- S'assurer que l'ensemble des transporteurs de patients, taxis et ambulanciers, peuvent adhérer à cette organisation
- S'assurer du respect des engagements définis dans le cadre des documents relatifs au fonctionnement de la plateforme
- Dans le cadre du déploiement du plan

Transports sanitaires

triennal ONDAM, organiser les modalités et mettre en place le transport partagé dans le cadre de la plateforme Transports

Perspectives à moyen terme

Poursuivre les démarches engagées



Protocoles de coopération entre professionnels de santé autorisés en Poitou-Charentes

- Maintenir l'offre de soins, améliorer la qualité des prises en charge, accroître les compétences des professionnels de santé, restent des objectifs clairement énoncés dans le Projet Régional de Santé
- Autorisés depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, les protocoles de coopération ont suivi un long cheminement expérimental, à travers lequel la sécurité des patients a toujours été recherchée
- Le protocole de coopération trouve sa définition dans le Code de la Santé Publique (CSP) aux articles L 4011-1 et suivants. Il s'agit d'un transfert d'actes et/ou d'activités de soins entre professionnels de santé, réalisés et suivis dans un cadre rigoureux après une formation ad hoc
- Les protocoles sont validés par la Haute Autorité de Santé (HAS), puis autorisés en région par l'ARS. C'est également l'ARS qui autorise les professionnels de santé qui demandent à adhérer à un protocole

Contexte

- Depuis 2012, la HAS a autorisé en France plus de 25 protocoles. Ces protocoles sont initiés par des professionnels de santé qui déposent un dossier à l'ARS. à part quelques exceptions, la plupart des protocoles peuvent être repris par une autre région et être autorisés
- C'est le cas du protocole dit « ASALEE » initié en région Poitou-Charentes, présenté à la HAS en 2011 puis 2012, et autorisé en région Poitou-Charentes le 18 juin 2012. Depuis cette date, le protocole s'est étendu à 16 régions et compte environ 1 200 adhésions de médecins et 250 adhésions d'Infirmiers Diplômés d'état (IDE) (pour 167 équivalents Temps Plein (ETP) autorisés). Pour la région Poitou-Charentes, le nombre de professionnels autorisés qui ont adhéré à un

protocole est de 213 dont 161 médecins et 52 paramédicaux.

Enjeux stratégiques

La mise en place et l'autorisation de certains protocoles en région contribuent à apporter une réponse aux besoins de santé de la population :

- Réponse à la pénurie de certaines spécialités médicales, pour la réalisation d'actes dérogatoires bien ciblés et réalisés par des professionnels paramédicaux formés (ex : médecins généralistes et ophtalmologistes)
- Meilleure prévention dans la prise en charge des pathologies chroniques
- Réduction des délais d'attentes pour certaines spécialités (ex : ophtalmologistes)
- Meilleure coordination du parcours de soins du patient
- Réduction des hospitalisations par des mesures de prévention (ex : ASALEE)

Réalisations depuis 2011

À ce jour, 9 protocoles sont autorisés en région Poitou-Charentes, dont 4 autorisés pour des professionnels en milieu hospitalier et 5 en milieu libéral :

- **Protocole ASALEE** : travail en équipe entre médecins généralistes et infirmiers de santé publique (dit délégué(es) à la santé populationnelle). 163 médecins et 38 infirmiers autorisés se répartissent sur 54 cabinets (17 en Charente, 5 en Charente-Maritime, 19 en Deux-Sèvres, 13 en Vienne)
- **Protocole de coopération entre médecin radiologue et Manipulateur en Electro-Radiologie Médical (MERM) au CHU de Poitiers** : protocole initié en région Rhône-Alpes, et autorisé depuis 2013 en Poitou-

Protocoles de coopération entre professionnels de santé autorisés en Poitou-Charentes

Charentes. 7 professionnels sont autorisés, dont 5 médecins et 2 MERM

- **Protocole Réalisation d'échographies cardiaques par un professionnel non médecin (infirmier)** : protocole, initié en région Lorraine et autorisé en Poitou-Charentes depuis 2013. À ce jour, 3 professionnels autorisés au CHU (2 médecins cardiologues et 1 infirmier)
- **Protocole de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste** : transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste. Protocole initié en région Nord-Pas-de-Calais et autorisé en Poitou-Charentes en 2013 : 4 ophtalmologistes et 8 orthoptistes (cabinets médicaux libéraux de La Rochelle)
- **Protocole Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télé-médecine avec prescription par l'infirmier en lieu et place du médecin** : protocole expérimental initié en région Ile-de-France et autorisé en Poitou-Charentes en 2014. Autorisation donnée à 3 médecins du Centre Hospitalier de La Rochelle et 6 IDE
- **Protocole Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans** : protocole autorisé en 2014 : 4 professionnels autorisés (4 médecins ophtalmologistes et 8 orthoptistes)
- **Protocole Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans** : protocole autorisé en 2014 : 4 professionnels libéraux de La Rochelle (4 médecins ophtalmologistes et 8 orthoptistes)
- **Protocole Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par une orthoptiste et/ou un en lieu et place d'un ophtalmologiste** : protocole autorisé en 2014 : 3 professionnels de santé concernés (1 médecin ophtalmologiste libéral avec 2 IDE d'un centre de soins)

- **Protocole Prélèvement de cornée dans le cadre de prélèvement de tissus et /ou de prélèvement multi-organes sur personnes décédées** : protocole autorisé en 2015 : autorisations en cours d'instruction avec des professionnels du Centre hospitalier de Niort



Points forts

- Implication forte et nombreuse des professionnels médicaux dans les démarches de coopération afin de mieux répondre à l'attente des patients
- Simplification des démarches avec la possibilité d'adhérer à un protocole autorisé dans une autre région
- Acculturation programmée effective des médecins au dispositif qui peuvent ainsi se recentrer sur leur cœur de métier (l'examen clinique et la pose de diagnostics médicaux) en laissant aux paramédicaux la réalisation de certains actes et le suivi des patients atteints de maladies chroniques
- Meilleure connaissance des protocoles existants via la communication faite avec l'outil du ministère COOPS-PS
- Adhésion des ordres professionnels et des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)

Protocoles de coopération entre professionnels de santé autorisés en Poitou-Charentes

Priorités à court terme

- Développer les coopérations professionnelles entre les orthoptistes et ophtalmologistes pour réduire les délais d'attentes pour avoir un rendez-vous et ainsi mieux répondre aux besoins de la population
- Développer l'éducation des patients diabétiques au plus près de leur domicile dans les cabinets de MG ASALEE

Perspectives à moyen terme

- Poursuivre le développement du nombre de professionnels adhérents au protocole ASALEE
- Augmenter le nombre de cabinets ASALEE, notamment dans les maisons de santé

Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Âgées (SROMS-PA)

Dispositif de répit et aide aux aidants

Contexte

- La grande majorité des personnes âgées souhaitant rester le plus longtemps à domicile, le rôle des aidants est fondamental. Toutefois, ils sont souvent mal préparés et démunis face aux difficultés quotidiennes. Le développement des dispositifs de répit (accueils de jour, hébergements temporaires, plateformes de répit) est donc fondamental
- En lien avec les conseils départementaux, l'ARS a permis leur développement et la mise en conformité des accueils de jour avec la réglementation
- De plus, l'ARS a réalisé des appels à candidatures pour l'organisation de formations à destination des aidants

Enjeux stratégiques

- Développer les dispositifs de répit
- Développer la formation des aidants

Réalisations depuis 2011

Le développement des dispositifs de répit

- Mise en conformité des accueils de jour (inventaire de l'existant, étude des projets des établissements, révision des autorisations, visites de conformité, préconisations d'amélioration de la qualité des accueils de jour et hébergements temporaires)
- Installation de 127 nouvelles places d'accueil de jour
- Réalisation d'une cartographie des accueils de jour et hébergements temporaires
- Développement de l'outil Via Trajectoire pour une meilleure gestion des places
- Création de 4 plateformes de répit (une par département conformément aux objectifs du plan Alzheimer)

Le développement de la formation des aidants

- Organisation d'appels à candidature pour le choix des organismes de formation
- Financements de 37 sessions de formation à destination des aidants familiaux, soit 276 personnes formées (en moyenne 8 personnes formées par session), venant s'ajouter aux actions de formations menées par l'association France Alzheimer



Points forts

- Mise en conformité des accueils de jour pour une meilleure qualité de la prise en charge et une meilleure connaissance de ces dispositifs en lien avec les schémas départementaux en faveur des personnes âgées
- Diversification et amélioration de la qualité des structures de répit
- Communication sur la formation des aidants familiaux, réalisée en coordination avec l'association France Alzheimer pour mener des actions conjointes dans des secteurs prioritaires et en fonction du périmètre d'action des organismes retenus

Priorités à court terme

- Organisation d'une réunion d'harmonisation des pratiques des plateformes de répit installées

Dispositif de répit et aide aux aidants

- Conformément au Plan Maladies Neuro-Dégénératives, installation de 4 nouvelles plateformes de répit (une par département)
- Installation de 110 places d'accueil de jour déjà autorisées
- Poursuite de l'amélioration de la qualité des accueils de jour et de leur connaissance par les usagers en finalisant leur mise en conformité
- Évolution de la cartographie des accueils de jour et des plateformes de répit pour identifier les zones à couvrir prioritairement

Perspectives à moyen terme

- Améliorer l'organisation des hébergements temporaires dans une logique de parcours
- Poursuivre les réunions d'harmonisation des pratiques
- Intégrer les nouveaux acteurs du Plan Maladies Neuro-Dégénératives et organiser la gouvernance de ce plan

Amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge en EHPAD

Contexte

- La région Poitou-Charentes compte 308 EHPAD, soit 23 601 places d'hébergement. Sur la période 2012-2014, 1 129 nouvelles places en établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD) ont été installées, avec une réduction conséquente des écarts d'équipement entre les départements
- On constate une augmentation de la dépendance et des besoins en soins des personnes âgées en EHPAD, qui y rentrent de plus en plus tard quand le maintien à domicile n'est plus possible
- Les résidents ont en moyenne 86 ans. Les femmes sont plus âgées que les hommes et rentrent plus tard en institution
- Les EHPAD doivent s'adapter à ces situations tout en restant des lieux de vie. Ils doivent pouvoir également accueillir des personnes moins dépendantes et continuer à améliorer la qualité de leurs prestations tout en proposant un tarif compatible avec le niveau moyen des retraites sur le territoire
- Ainsi, en fonction du niveau de dépendance et des besoins en soins requis par les EHPAD, l'ARS les accompagne en renforçant les équipes soignantes et en les professionnalisant
- Promouvoir la professionnalisation et l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD

Réalisations depuis 2011

La réduction des écarts intra-régionaux en matière d'équipement en places d'EHPAD

- En Charente, atteinte du niveau d'équipement régional, soit 122 lits d'EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (au 31/10/2014)
- En Charente-Maritime, évolution d'un taux d'équipement de 97 lits d'EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2011 à un taux de 112 fin 2014 (au 31/10/2014)

L'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la sécurité des locaux des EHPAD, tout en maîtrisant le reste à charge pour les résidents

- Entre 2012 et 2014, attribution de 18 786 386 € pour la réhabilitation et la mise en conformité d'EHPAD dans le cadre d'aides à l'investissement ou de crédits non reconductibles pour l'investissement et la prise en charge d'une partie des frais financiers
- Accompagnement des EHPAD dans leurs projets de restructuration
- En 2014, prix de journée moyen de 48,79 € en Charente (54,29 € avec le Gir 5/6), 54,67 € en Charente-Maritime (60,02 € en moyenne avec le Gir 5/6), 44,55 € en Deux-Sèvres (54,50 € en moyenne avec le Gir 5/6), et 52,67 € en Vienne (57,03 € en moyenne avec le Gir 5/6)

Le développement de la coordination, la prévention et la sécurisation des soins en EHPAD

- Mise en place d'une expérimentation d'infirmière de nuit dans certains EHPAD sur les territoires de santé de la Charente, des Deux-Sèvres et de la Vienne (262 700 € de crédits attribués)

Enjeux stratégiques

- Réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement en places d'EHPAD
- Accompagner l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la sécurité des locaux des EHPAD tout en maîtrisant le reste à charge pour les résidents
- Développer la coordination, la prévention et la sécurisation des soins en EHPAD

Amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge en EHPAD

- Organisation d'une réunion annuelle dans chaque département d'information et de sensibilisation aux bonnes pratiques et à la gestion du risque
- Attribution de 16 976 412 € de crédits de médicalisation lors du renouvellement des conventions tripartites afin de créer majoritairement des postes de soignants dans les EHPAD (médecins coordonnateurs, infirmiers, auxiliaires médicaux et aides-soignants en lien avec les Départements)

La poursuite de la professionnalisation et de l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD avec un total de crédits attribués de 6 028 580 €

- 482 professionnels formés à devenir des personnes ressource bienveillance en EHPAD
- Organisation en 2013 d'une journée de rencontre des référents bienveillance (réseau GAMME)
- Formation de 8 établissements à la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)
- Par convention avec l'Association Nationale pour la Formation Permanente (ANFH) et l'Union des fonds d'assurance formation (UNIFAF), accompagnement des professionnels qui réussissent le concours pour accéder à des études qualifiantes (Infirmiers Diplômés d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), Aide Médico-Psychologique (AMP) essentiellement). De plus, accompagnement de 3 actions de formation (référént hygiène et lutte contre la douleur des personnes âgées, prise en charge de la fin de vie et des soins palliatifs en EHPAD)
- Formation de 72 professionnels IDEC Infirmière coordinatrice en EHPAD : approche managériale et organisation des soins (2 groupes de 18 personnes formées par an)
- Formation des professionnels de santé par méthode de e-learning en 2014 : la gestion des risques dans les soins (96 agents), l'évaluation de la douleur (344 agents), les transmissions ciblées (325 agents)
- Allocation de crédits pour des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) dans 66 établissements en 2013, 97 EHPAD et 16 SSIAD en 2014

Points forts

- Une dynamique conjointe avec les Départements, en lien avec leurs schémas départementaux en faveur des personnes âgées
- Un processus exigeant de renouvellement des conventions tripartites
- Une politique volontariste en matière de gestion des ressources humaines avec des priorités régionales et la création de réseaux professionnels
- Mise en place de taux d'équipement élevés en EHPAD dans une dynamique de réduction des écarts
- Mise en place d'actions de formation innovantes (exemple de la formation des infirmières coordinatrices)
- Fort engagement des EHPAD dans une démarche qualité (94 % des rapports d'évaluation externe transmis par les EHPAD)



Priorités à court terme

- Poursuivre l'installation des places d'EHPAD dans un objectif de réduction des écarts régionaux et de diversification de l'offre (940 places d'EHPAD restant à installer)
- Utiliser les données de Via Trajectoire comme outil de planification des besoins
- Poursuivre des formations en direction des professionnels des EHPAD

Amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge en EHPAD

- Formation des agents de nuit en lien avec le SAMU et mise en place d'une fiche de liaison entre le personnel de nuit et le SAMU afin de réduire les hospitalisations en urgence
- Favoriser les coopérations voire les regroupements d'EHPAD de petite taille et susciter les groupements d'employeurs pour la gestion des ressources humaines en lien avec l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT)
- Initier une formation commune du trio des responsables de l'encadrement des EHPAD (directeur, médecin coordonnateur et Infirmier Diplômé d'État Coordonnateur - IDEC) *Pour un management bientraitant en EHPAD* en lien avec les Départements

Perspectives à moyen terme

- Poursuivre la professionnalisation et l'amélioration des conditions de travail dans les EHPAD
- Renforcer les liens entre les EHPAD et les Centres hospitaliers, notamment pour faciliter le recrutement des médecins coordonnateurs
- Se doter d'un tableau de bord « qualité et efficience des soins en EHPAD » (généralisation du tableau de bord de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP))



Coordination gériatologique

Contexte

- La multiplicité et le cloisonnement des dispositifs en faveur des personnes âgées nuisent à la fluidité des parcours, à la qualité et à l'efficacité des prises en charge
- Ainsi, depuis 10 ans, les dispositifs d'information et de coordination se sont développés afin de faciliter les prises en charge des personnes âgées tout en respectant leur projet de vie
- L'amélioration des parcours des personnes implique la mise en cohérence du réseau de services d'aides et de soins. Cela nécessite aussi de transformer en profondeur l'organisation de l'offre par la mise en place d'outils et de mécanismes de coordination et de régulation à tous les niveaux du système de santé et des services sociaux et médico-sociaux
- Après les Comités Locaux d'Information et de Coordination (Clic) qui se sont développés de manière inégale en Poitou-Charentes, l'ARS a contribué à l'installation des réseaux gériatologiques et plus récemment des Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie (MAIA), dispositif innovant en matière d'intégration. Dans un premier temps, cet outil visait essentiellement les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, puis les MAIA ont rapidement démontré leur intérêt pour les personnes âgées en perte d'autonomie et se sont élargies à cette population. Le dispositif MAIA est une méthode innovante d'organisation de travail sur les territoires : elle vise à décloisonner le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le secteur social et organiser leur coopération, selon un processus d'intégration établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes

Enjeux stratégiques

- Décloisonner les dispositifs de prise en charge des personnes âgées et mieux

coordonner les acteurs

- Faciliter un accès fluide et décloisonné des usagers aux dispositifs dans une logique de parcours

Réalisations depuis 2011

Un décloisonnement des dispositifs de prise en charge des personnes âgées et une meilleure coordination des acteurs

- Consolidation de l'ancrage territorial des 13 réseaux gériatologiques (2 en Charente, 4 en Charente-Maritime, 2 en Deux-Sèvres, 5 en Vienne) tout en favorisant l'harmonisation des pratiques, les regroupements et les mutualisations
- Renforcement de la couverture territoriale des réseaux gériatologiques : 81 % du territoire couvert soit 85 % des personnes âgées de plus de 75 ans (les départements des Deux-Sèvres et de la Vienne sont couverts entièrement)
- Déploiement du dispositif MAIA au niveau infra-départemental avec la création de 7 MAIA (2 en Charente-Maritime, dans la Vienne et les Deux-Sèvres et une en Charente) soit un montant de crédits de 1 960 000 € par an pour le fonctionnement de ces 7 dispositifs
- Développement d'un système d'information partagé pour les réseaux gériatologiques et les MAIA
- Déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) en EHPAD dans les Deux-Sèvres et dans la Vienne par l'intermédiaire du GCS e-santé
- Mise en place de conventions de prise en charge entre les Centres hospitaliers, les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les Hospitalisations À Domicile (HAD) avec les EHPAD et les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)

Un accès fluide et décloisonné des usagers dans une logique de parcours

- Déploiement du dossier unique d'admission en EHPAD

Coordination gérontologique

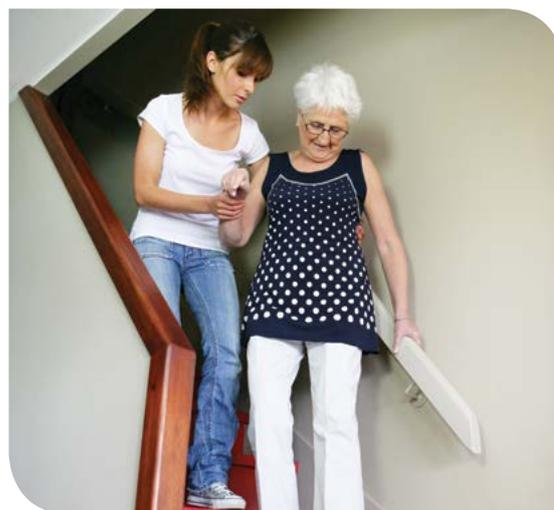
- Développement de l'outil Via Trajectoire sur le secteur des EHPAD avec un accès grand public
- Création d'une plateforme de répit par département afin de recenser les dispositifs à destination des personnes âgées et de leurs aidants
- Articulation des différents dispositifs (Centre Local d'Information et de Coordination (Clic), réseaux, gestion de cas) autour de la personne âgée
- Installation de guichets intégrés au sein des MAIA afin de faire bénéficier les usagers d'une analyse multidimensionnelle et d'un suivi des situations complexes par des « gestionnaires de cas »
-  volution des territoires d'intervention des plateformes de répit pour favoriser le décloisonnement et faciliter le parcours des personnes âgées et de leurs aidants
- Développement des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)   destination des professionnels

Points forts

- Mise en place d'une méthode innovante d'intégration au travers des MAIA qui va au-delà de la coordination
- Développement de la logique de parcours pour la personne âgée et ses aidants
- Regroupement de tous les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social autour d'une même problématique afin d'harmoniser et de coordonner leurs interventions
- Outil informatique structurant les dispositifs de prise en charge

Priorités à court terme

- Poursuivre le déploiement des MAIA : installation d'une nouvelle MAIA en Charente en 2015 et renforcement des effectifs des MAIA dans les années suivantes
- Maintenir une politique de déploiement des réseaux gérontologiques sur les territoires non couverts tout en favorisant les réorganisations pour une meilleure efficience
-  volution des réseaux gérontologiques vers la polyvalence afin de permettre une prise en charge des personnes complexes sans critère d'âge



Perspectives à moyen terme

- Mise en œuvre du Plan Maladies Neuro-Dégénératives au niveau de chaque territoire en développant notamment les MAIA avec une vision intégrée (intégration des représentants d'usagers, du diagnostic, de l'expertise, des soins, de l'accompagnement tout au long de la vie, des services sanitaires et médico-sociaux pour une prise en compte globale des besoins de santé et d'accompagnement des malades et de leurs proches, intégration des dimensions recherche, santé et société)
- Mise en place de la loi de santé et notamment les missions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes avec la mise en place de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)
- Mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement

Maintien des personnes âgées à domicile

Contexte

- La majorité des personnes âgées souhaite rester à domicile le plus longtemps possible. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement en a fait un de ses objectifs et l'ARS Poitou-Charentes a rappelé qu'une des priorités du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) était l'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie
- Afin d'accompagner le souhait des personnes âgées de rester à domicile, les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) et les Services d'Aide À Domicile (SAAD) ont un rôle primordial à jouer. L'ARS a ainsi poursuivi l'amélioration de l'offre de services afin de favoriser la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile
- Création de 117 nouvelles places de SSIAD en Charente
- Création de 10 nouvelles places de SSIAD en Charente-Maritime
- Un taux d'équipement régional de 20,5 places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, quasi équivalent sur chaque département (entre 20,3 et 20,8) au 31 décembre 2014 contre 19,8 au niveau national

La promotion de la mutualisation et de la coordination des SSIAD et des SAAD

- Existence de 7 Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) par rapprochement d'un SSIAD et d'un SAAD (2 en Charente, 3 en Charente-Maritime, 2 en Deux-Sèvres)
- Signature en 2014 d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec 5 SSIAD en Deux-Sèvres

Enjeux stratégiques

- Renforcer les taux d'équipement des SSIAD pour personnes âgées dans une dynamique de réduction des écarts entre les territoires de santé
- Promouvoir la mutualisation et la coordination des SSIAD et des SAAD
- Aider les SAAD en difficulté
- Poursuivre l'amélioration de la qualité au sein des SSIAD
- Articuler la prévention et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes (logement, accès aux soins, loisirs, etc.)
- **La mise en place de Plans de Retour à l'Équilibre (PRE) grâce au fonds de restructuration des services à domicile (57 SAAD aidés entre 2012 et 2014 avec un montant cumulé d'aides de 5 321 312 €)**
- Modernisation et restructuration des SAAD leur permettant d'inscrire leur activité dans la durée, avec des prestations de qualité et en développant une logique de prévention de la perte d'autonomie
- Intégration des SAAD dans une prise en charge coordonnée autour de la personne âgée

La poursuite de l'amélioration de la qualité au sein des SSIAD

- Organisation et financement en 2014 par l'ARS de formations bienveillance spécifiques pour les personnels des SSIAD
- Financement de Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT)
- Réflexion sur l'apport de compétences complémentaires dans les SSIAD (temps d'ergothérapeute et de psychomotricien) pour mieux adapter le lieu de vie et aider les équipes IDE et AS à préserver et à prolonger

Réalisations depuis 2011

La réduction des écarts des taux d'équipement des SSIAD pour personnes âgées

- Sectorisation des places de SSIAD installées en Charente afin d'identifier les zones prioritaires à couvrir

Maintien des personnes âgées à domicile

l'autonomie de la personne âgée à son domicile

- Bonne appropriation de la démarche qualité par les SSIAD du Poitou-Charentes avec un taux de retour des évaluations externes à hauteur de 100 %



- Incitation à la conclusion de conventions entre SSIAD et SAAD sur les zones d'intervention afin de promouvoir la coordination entre ces 2 types d'activités
- Aider à structurer et harmoniser le fonctionnement des SPASAD existants, en lien avec les Départements
- Développer l'articulation entre les établissements de santé, les SSIAD et SAAD (rédaction de conventions relatives à l'admission dans les Centres hospitaliers et au retour à domicile avec prise en charge par un SSIAD, réalisation de documents de sortie d'hospitalisation pour prise en charge à domicile)
- Susciter la politique de développement du logement adapté (cf. Schéma Régional de Prévention)

Points forts

- Des actions qui s'inscrivent dans un double objectif de maillage de l'ensemble des territoires et de poursuite de l'amélioration de la qualité des services à domicile
- Un accompagnement financier des structures afin de pérenniser les services et de garantir leur viabilité économique

Priorités à court terme

- Développer les articulations et la formalisation des relations entre les SAAD, les SSIAD et l'Hospitalisation À Domicile (HAD)
- Poursuivre le développement des SPASAD ou des conventions de partenariat entre SSIAD et SAAD

Perspectives à moyen terme

- Mise en place de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et poursuite d'un de ses objectifs : permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles (mise en place dans chaque département d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées)
- Application de la loi de santé et mise en place de la notion de parcours dans notre système de santé, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité, tout en faisant le pari de l'innovation

Prévention et prise en charge des maladies neuro-dégénératives chez les personnes âgées

Contexte

- Face à l'accroissement du nombre de personnes âgées concernées par la maladie d'Alzheimer (1 femme sur 4 et 1 homme sur 5 à partir de 85 ans), le plan Alzheimer 2008-2012 a permis de développer 44 mesures centrées sur la personne malade et sa famille. Ce plan national a été décliné par l'ARS Poitou-Charentes afin de favoriser un diagnostic plus précoce, de mieux articuler les structures de soins, et de favoriser une prise en charge de qualité des malades et de leurs aidants à domicile ou en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)
- Selon une étude de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) en 2012, plus de 10 000 Picto-charentais étaient reconnus en Affection Longue Durée (ALD) pour la maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée. Près de 2 300 nouvelles admissions sont prononcées en moyenne chaque année, soit une augmentation de 46 % depuis 2006
- En 2013, près de 7 000 malades ont eu au moins deux remboursements de médicaments symptomatiques, dont 40 % pour une forme modérément sévère à sévère de la maladie
- Le plan Alzheimer a été évalué en 2013 et un Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019 lui a succédé. Les maladies neuro-dégénératives concernent 1 million de personnes en France (maladie Alzheimer ou apparentées, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique et d'Huntington). Ces maladies ont plusieurs caractéristiques communes et certaines spécificités. Le nouveau plan comprend 96 mesures et entend poursuivre et amplifier les actions déjà réalisées tout en les élargissant à des

problématiques proches. Ce plan ayant été publié fin 2014, conformément aux instructions nationales, il sera déployé en Poitou-Charentes dès 2015

Enjeux stratégiques

- Développer une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement afin de construire un parcours de prise en charge personnalisé
- Faire face aux situations de crise en disposant d'unités spécifiques
- Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD
- Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile
- Développer les dispositifs de répit et de soutien aux aidants (cf. fiche sur le dispositif de répit et l'aide aux aidants, p. 67-68)

Réalisations depuis 2011

Le développement d'une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement afin de construire un parcours de prise en charge personnalisé

- Création de 7 MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) conformément aux objectifs du plan (1 en Charente, 2 en Charente-Maritime, 2 en Deux-Sèvres et 2 en Vienne), pour 1 960 000 €
- Suivi et accompagnement du dispositif (tables tactiques, stratégiques, réunion régionale annuelle des pilotes MAIA)

Prévention et prise en charge des maladies neuro-dégénératives chez les personnes âgées

- Réalisation de cartographies des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA), MAIA, accueils de jour et hébergements temporaires

La gestion des situations de crise en disposant d'unités spécifiques

- Création de 4 Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) conformément aux objectifs du plan, soit une par département

L'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en établissement

- Labellisation de 9 Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) conformément aux objectifs du plan (3 en Charente, 2 en Charente-Maritime, 2 en Deux-Sèvres et 2 en Vienne)
- Labellisation de 50 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) soit 686 places (12 en Charente, 12 en Charente-Maritime, 14 en Deux-Sèvres, 12 en Vienne)

L'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile

- Création de 14 Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA) soit 140 places conformément aux objectifs du plan (3 équipes en Charente, 5 en Charente-Maritime, 3 en Deux-Sèvres et 3 en Vienne)

Points forts

- Un pilotage régional par un binôme administratif/médecin, avec une mise en œuvre et un suivi au niveau des territoires de santé
- Un taux d'exécution du plan Alzheimer évalué par la CNSA à 97,2 % en 2014 soit un classement parmi les meilleures régions de France représentant 6 555 721 € tarifés en 2014
- Une bonne mobilisation des Départements et de l'association France Alzheimer
- Le développement d'une politique régionale qualitative (réunions d'échange et d'harmonisation des pratiques entre les

opérateurs, non labellisation des dispositifs ne correspondant pas au cahier des charges)

- Une bonne appropriation des nouveaux dispositifs par les établissements et services
- Priorité donnée à des projets de qualité grâce à la procédure d'appel à candidatures (PASA, ESA, MAIA, Plateforme de répit - PFR)



Priorités à court terme

En 2015, conformément aux orientations de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

- Appel à candidature pour 1 MAIA en Charente
- Appel à candidature pour les PASA restant à installer dans le cadre d'un redéploiement territorial
- Réunion d'échange de pratiques entre les plateformes de répit de la région
- Réunion d'échange de pratiques entre les équipes spécialisées Alzheimer de la région
- Reconnaissance d'un centre expert sclérose en plaques
- Lancement d'une base de données Parkinson
- Réalisation d'un diagnostic territorial sur les maladies neuro-dégénératives et actualisation des cartographies réalisées

Prévention et prise en charge des maladies neuro-dégénératives chez les personnes âgées

En 2016, conformément aux orientations de la CNSA et de la DGOS

- Diffuser des appels à candidature pour les mesures déléguées par la CNSA (MAIA, PFR, UHR, ESA)
- Mettre en place la gouvernance régionale du plan en tenant compte d'une meilleure couverture territoriale des dispositifs

Perspectives à moyen terme

- Mettre en œuvre le Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) et déployer des mesures au niveau régional par un renforcement du maillage territorial
- Poursuivre l'accompagnement et le déploiement des MAIA en les mobilisant pour analyser les besoins et travailler sur les parcours
- Favoriser la continuité des parcours de vie et de soins sur chaque territoire de santé

Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Handicapées (SROMS-PH)

Connaissance des besoins

Contexte

- Il ne peut y avoir de véritable politique du handicap sans connaissance de la population concernée et des conséquences du handicap. Or les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), fortement mobilisées par le traitement des situations individuelles et à la complexité de la réglementation, ont des difficultés à remplir cette fonction d'observation des besoins, d'autant que l'organisation actuelle des systèmes d'information ne le permet pas
- La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) mène actuellement une étude de faisabilité des Systèmes d'Information (SI) des MDPH. Par ailleurs, une stratégie d'informatisation du suivi des décisions d'orientation prononcées par les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) vers les Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS) est en cours de réflexion. Des groupes de travail ont été mis en place au niveau national. La MDPH de la Vienne y participe
- Dans l'attente, compte tenu des enjeux, des solutions intermédiaires doivent être mises en place avec les MDPH. Il est en effet essentiel de pouvoir les mobiliser en vue de disposer au niveau régional de données harmonisées sur les besoins (nature des orientations en attente, amendement Creton, listes d'attente, etc.)

Enjeux stratégiques

- Appréhender au mieux les besoins et ajuster les objectifs de planification en vue de la rédaction du prochain Projet Régional de Santé (PRS)
- Renforcer la coordination territoriale et prévenir les ruptures de parcours grâce à une gestion active et centralisée des listes d'attentes en lien avec les différents acteurs locaux
- Disposer de données pour évaluer les transformations et adaptations de l'offre

Réalisations depuis 2011

- Exploitation par la Cellule Observation Statistique Analyse (COSA) de l'ARS Poitou-Charentes des données de l'enquête réalisée en 2010 et publication en 2013 de 2 études sur l'accompagnement des enfants/adolescents et des adultes handicapés
- Animation en 2013, par le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) Pays-de-la-Loire, d'un groupe de travail technique d'échanges de pratiques et partage d'information associant les 4 MDPH, les Départements, l'Éducation Nationale et des représentants du Comité d'Entente Régionale - Handicap (CER-H)
- Restitution des travaux le 20 janvier 2014 et poursuite de la réflexion pour élaborer un plan d'actions tenant compte de l'état d'avancement de chaque département
- Démarche d'harmonisation des données et de suivi des listes d'attente, avec la mise en place d'un comité départemental initié dans la Vienne, mis en place en Charente-Maritime et adopté sur le principe dans les 2 autres départements
- Recensement des situations d'amendements Creton



Points forts

- Une logique de travail en réseau des 4 MDPH (rencontres semestrielles) pour homogénéiser la démarche et la méthode
- Des rencontres régulières d'échange entre l'ARS et les MDPH
- Une volonté commune de parvenir à structurer les informations techniques et méthodologiques et de s'engager dans une gestion active des listes d'attente, notamment pour prévenir les situations critiques

Priorités à court terme

- Poursuivre la démarche d'harmonisation entre les MDPH
- Soutenir le développement du codage des dossiers enfants par les MDPH de la Vienne et de la Charente-Maritime (avec le Département pour les dossiers adultes en Charente et dans les Deux-Sèvres). Extension en 2015/2016 en Charente et dans les Deux-Sèvres

- Établir une convention de partenariat ARS/MDPH/Département/Rectorat pour partager les données et améliorer la planification des réponses (rapport Piveteau)

Perspectives à moyen terme

- Disposer d'un outil organisé et homogène de recensement dans le cadre de l'amendement Creton et des listes d'attente
- Analyser les besoins par type de handicap grâce à la mobilisation des données issues du codage
- Mettre en œuvre les préconisations du rapport Piveteau

Dépistage

Contexte

- Le dépistage et la prise en charge précoces des handicaps dans les premiers temps de la vie sont doublement importants : ils permettent d'éviter des sur-handicaps dus à l'absence de réponse adaptée, et, de ce fait, ils limitent les besoins ultérieurs
- Or, l'analyse quantitative et qualitative montre que les besoins de traitement précoce des handicaps varient selon les territoires, en fonction du contexte socio-économique, et de l'offre en soins médicaux et paramédicaux
- Les acteurs de 1^{er} recours aux statuts très différents (libéraux, associatifs, fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers, etc.) ont leur propre logique, et ne sont pas suffisamment coordonnés
- Les centres ressources (Centre Ressources Autisme (CRA), Centre de Référence des Troubles du Langage (CRTL)) ne sont pas toujours mobilisés de manière optimale

Enjeux stratégiques

- Optimiser avec les Départements l'organisation des dispositifs chargés du dépistage, de la prévention et de la prise en charge précoce et favoriser l'accessibilité en termes de délai de réponse et de proximité
- Renforcer le positionnement des centres de référence régionaux (CRA et CRTL)
- Mettre en place les accompagnements conformément aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles

Réalisations depuis 2011

- Renforcement des moyens alloués aux Centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) dans le cadre du plan pluriannuel Handicap : création d'une antenne de CAMSP (associée à une antenne CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) sur le territoire sud de la Charente

- Renforcement des moyens alloués au Centre Référent des Troubles du Langage (Fonds d'Intervention Régional de 50 000 €)
- Définition dans le cadre de l'élaboration du plan régional autisme, sous l'égide du CRA, du dispositif de dépistage et de diagnostic précoces, structuré en 3 niveaux sur les territoires de santé : mise en place de 2 groupes de travail au niveau régional et local (cahiers des charges, documents ressources pour les professionnels et déclinaison opérationnelle sur le territoire des Deux-Sèvres)
- Renforcement dans les Deux-Sèvres en 2014, en lien avec le Département, des moyens alloués au CAMPS dans le cadre du plan régional autisme



Points forts

- Travail en réseau dans le cadre du Plan Régional Autisme avec des travaux menés en 2014 au niveau régional et local a permis aux participants de mieux se connaître
- Organisation en 3 niveaux qui facilitera le positionnement des différents acteurs, qui apporteront leur contribution en s'inscrivant dans un réseau structuré et coordonné pour le dépistage et le diagnostic des troubles du spectre autistique
- Renforcement des moyens alloués aux CAMSP, structures pivots du niveau 2

Priorités à court terme

- Généraliser dans le cadre du plan régional autisme le dispositif en 3 niveaux de dépistage et de diagnostic précoces sur les 4 autres territoires de santé de la région (Charente, territoire Nord et Sud-Est de la Charente-Maritime, Vienne) et renforcer les CAMSP (crédits prévus dans le Plan Régional Autisme)
- Réduire les délais de prise en charge enregistrés auprès des CAMSP (5 à 6 mois, avec concentration des consultations sur les 0-4 ans)
- Former les acteurs du niveau 2 au diagnostic simple de l'autisme
- Mieux connaître l'activité des CAMSP à partir de la généralisation du rapport d'activité national et de l'exploitation régionale des données (indicateurs d'attente)
- Établir une convention de partenariat entre le CRA et les MDPH
- Mettre en place, dans le cadre du plan régional autisme, un groupe de réflexion relatif au carnet éducatif

Perspectives à moyen terme

- Poursuivre dans le cadre du plan régional autisme le renforcement des CAMSP, en lien avec les Départements et la mise en œuvre de la structuration sur les territoires du dispositif de repérage et de diagnostic précoce
- Avoir des données harmonisées et fiables sur l'activité des CAMPS grâce à la généralisation du nouveau rapport d'activités des CAMSP
- Améliorer la qualité de l'accompagnement des jeunes enfants (0-6 ans) en veillant à l'application des recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) sur le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP (décembre 2014)

Enfant et adolescent handicapés

Contexte

- Il est constaté un alourdissement des handicaps pris en charge dans l'ensemble des Instituts Médico-Éducatifs (IME) et Instituts Éducatifs, Thérapeutiques et Pédagogiques (ITEP) de la région. Les difficultés liées à l'environnement familial et au contexte socio-économique doivent être prises en compte ; elles sont particulièrement marquées pour les jeunes accueillis en ITEP
- Cette situation impose une adaptation et un renforcement de l'offre en établissements et services
- Des besoins restent à couvrir dans les 4 départements en établissements et services : troubles du comportement, troubles de l'apprentissage, handicap psychique, déficience visuelle
- Pour les enfants, adolescents ou jeunes gens en difficultés multiples, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des intervenants sont indispensables pour prévenir les ruptures de parcours (secteur médico-social, secteur sanitaire, Éducation Nationale, aide sociale à l'enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse)
- Le rapport Piveteau met l'accent sur cette nécessité de coordination plus étroite entre les acteurs (MDPH, ARS, Rectorat, Éducation Nationale, Départements, psychiatrie, gestionnaires d'établissements, etc.) afin que des solutions puissent être tentées pour les situations complexes

Enjeux stratégiques

- Passer d'une logique de places à une logique de parcours de vie, avec des prises en charge partagées
- Adapter les établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) à l'évolution des besoins et former les personnels

- Poursuivre le développement des Services d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) pour tous les types de handicap
- Apporter des réponses adaptées aux jeunes rencontrant des difficultés multiples
- Favoriser la réussite de l'intégration en milieu ordinaire

Réalisations depuis 2011

- Création de 139 places nouvelles (dont 114 de SESSAD) pour 4 M€ de crédits programmés. La moitié des crédits a été attribué à la Charente (dont 450 000 € pour la pérennisation du financement de 10 places d'ITEP. Les SESSAD ont été réparties à hauteur de 41 places en Charente, 37 places en Charente-Mme, 22 en Vienne et 14 en Deux-Sèvres)
- Amélioration de la connaissance des besoins : fiabilisation des listes d'attente en Vienne et Charente-Maritime (en Charente et dans les Deux-Sèvres en 2015)
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des locaux en attribuant des aides en investissement (2,857 M€ de subvention au titre du Programme d'Aide à l'Investissement (PAI) et 4 M€ en Crédits Non Reconductibles - CNR) pour permettre une meilleure prise en charge des enfants accueillis
- Création d'une unité d'accueil temporaire et d'urgence sur le territoire de la Charente cofinancée par l'ARS et le Département pour permettre aux enfants présentant des troubles spécifiques un accueil le week-end et les vacances scolaires (8 places)
- Mise en œuvre du dispositif ALEPA (Activités de Loisirs Éducatifs pour Personnes avec Autisme) sur le département de la Vienne pour les jeunes autistes dans le cadre d'activités périscolaires
- Engagement des ESMS dans la démarche qualité (87 % de retour des évaluations externes en avril 2015)

Enfant et adolescent handicapés

Points forts

- Poursuite du déploiement des SESSAD pour couvrir tous types de handicap
- Mise en évidence, avec la mise en place des commissions de situations critiques, des ruptures de parcours et de la nécessité d'apporter des réponses globales



Perspectives à moyen terme

- Renforcer le partenariat entre les services des Départements, les DDCS (Directions Départementales de la Cohésion Sociale)/ DDCSPP (Directions Départementales de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations), les Caisses d'Allocations Familiales (CAF), et l'ARS au sein de la Commission de Coordination des Politiques Publiques - Médico-Sociale (CCPP-MS), notamment sur le soutien à la parentalité
- Optimiser au niveau régional le dispositif de prise en charge de la déficience auditive, en améliorant notamment la complémentarité entre les SESSAD à vocation départementale et les SESSAD à vocation régionale
- Prévoir l'évaluation et le bilan du Plan Régional Autisme

Priorités à court terme

- Améliorer la continuité du parcours des jeunes en ITEP et la qualité de leur accompagnement en augmentant les capacités existantes et en mettant en œuvre le dispositif ITEP permettant une souplesse de fonctionnement entre le semi-internat, l'internat et le SESSAD
- Identifier tous les leviers existants afin d'apporter sur les territoires de proximité des réponses organisées et cohérentes aux comportements problématiques (rapport Piveteau)
- Assurer sur chaque territoire la déclinaison du plan régional autisme (installation de 28 places de SESSAD classiques et de 6 places supplémentaires de SESSAD petite enfance)
- Poursuivre sur chaque territoire le renforcement et l'adaptation de l'offre dans une logique de parcours et de complémentarité par type de handicap

Inclusion scolaire

Contexte

- À la rentrée de septembre 2012, 5 826 élèves handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaire (+ 106 % depuis 2006). Depuis 2006, leur nombre a plus que doublé en scolarisation individuelle (+ 132 %) et augmenté de 75 % en scolarisation collective (Classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) et Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS))
- Ces enfants présentent principalement des troubles intellectuels et cognitifs (43 %), des troubles psychiques (20 %) et des troubles du langage et parole (17 %)
- Le succès de la scolarisation des jeunes handicapés en milieu ordinaire n'a pas réduit pour autant la pression sur les Instituts Médico-Éducatifs (IME), qui ont toujours des listes d'attente importantes avec un alourdissement des troubles constatés. Certains jeunes scolarisés en milieu ordinaire peuvent souhaiter aller en IME ou être réorientés vers les IME (problème de la formation pré-professionnelle)
- Les moyens d'accompagnement pour faciliter l'inclusion scolaire varient fortement selon les territoires de santé (taux d'équipement en Service d'éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) de 2,9 pour mille en Charente contre 6 pour mille dans la Vienne au 1^{er} janvier 2014)

Enjeux stratégiques

- Renforcer la concertation ARS/Éducation Nationale pour une mise en œuvre effective du principe de scolarisation en milieu ordinaire affirmé par la loi du 11 février 2005
- Favoriser les facteurs de réussite de la scolarisation en milieu ordinaire en créant des places de SESSAD pour tous les types de handicap
- Développer les passerelles entre l'Éducation Nationale et le secteur médico-social pour proposer des accompagnements adaptés à l'évolution des jeunes
- Renforcer la formation pré-professionnelle en milieu ordinaire

Réalisations depuis 2011

- Création de 113 places de SESSAD (2,133 M €), dont 29 pour les jeunes souffrant de troubles du comportement, 26 pour des « dys », 27 pour des déficients intellectuels, 16 pour des déficients moteurs. Création essentiellement en Charente (41 places) et Charente-Maritime (37 places)
- Réalisations parallèles de l'Éducation Nationale :
 - En 2014, 3 008 élèves bénéficient d'un accompagnement individuel par un Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) contre 352 en 2006
 - Depuis 2006, création de 59 ULIS en collège, de 20 ULIS en lycée ou lycée professionnel pour favoriser l'inclusion des élèves en situation de handicap (28 ULIS en 2006)
- Développement de quelques unités d'enseignement délocalisées. Ce mouvement est appelé à s'amplifier à partir de 2015
- Création d'Unités d'Enseignement en école Maternelle (UEM) pour les élèves présentant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) ou un Trouble Envahissant du Développement (TED) (enveloppe de 280 000 € attribuée à l'UEM d'Angoulême et mise à disposition d'un enseignement spécialisé et d'une AVS par l'Éducation Nationale)
- Développement de formations conjointes Éducation Nationale / secteur médico-social :
 - À destination des personnels intervenant auprès des enfants scolarisés en UEM autisme
 - À destination des tous les auxiliaires de vie scolaire de la région
- Organisation en 2013, sous l'égide de la conférence de territoire de la Vienne, d'assises sur les troubles du langage oral

Inclusion scolaire

Points forts

- Collaboration fructueuse entre l'ARS et l'Éducation Nationale, qui s'est traduite par des réunions périodiques afin d'examiner en commun les sujets les plus préoccupants
- Politique de l'Éducation Nationale fortement orientée vers l'inclusion scolaire
- Création d'ULIS professionnelles pour favoriser l'insertion professionnelle
- Poursuite du développement des SESSAD pour couvrir tous types de handicaps
- Ouverture de l'UEM-TED d'Angoulême (16) rendue possible dans les délais grâce à l'engagement commun ARS/Éducation Nationale, l'implication de l'opérateur et la mise en synergie de l'ensemble des acteurs sur le territoire concerné. Retour d'expériences pour les autres UEM



Perspectives à moyen terme

- Formaliser les relations ARS / Rectorat dans une convention de partenariat (évaluation des besoins, proposition à l'échelle des territoires des parcours de scolarisation correspondant aux besoins)
- Poursuivre le développement des unités d'enseignement externalisées
- Prévenir les ruptures entre la sortie de l'école et l'entrée dans le monde du travail pour les jeunes scolarisés en ULIS
- Développer les activités périscolaires

Priorités à court terme

- Mettre en place une UEM pour TED en Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne
- Poursuivre l'externalisation des unités d'enseignement sur les territoires (objectif national de 100 UE pour la rentrée 2015)
- Afficher le pôle d'accompagnement à la scolarisation des jeunes sourds (PASS à la rentrée scolaire 2015)
- Renforcer la formation pré-professionnelle des jeunes scolarisés en milieu ordinaire

Adultes handicapés

Contexte

Plusieurs priorités ont été identifiées dans le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et dans les plans nationaux (plan pluriannuel de création de places et plan national autisme) :

- La situation des jeunes sous amendement Creton. Si le maintien des jeunes en établissements pour enfants peut se justifier sur une période courte (pour permettre l'achèvement d'un cycle scolaire ou de formation), il devient difficile pour des périodes plus longues. Et ce sont autant de places en établissements pour enfants qui ne se libèrent pas
- Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement des handicaps spécifiques tels que l'autisme, le handicap psychique et les troubles du comportement
- Les travaux du plan autisme ont montré que les personnes sont souvent victimes de ruptures de parcours du fait de l'absence de solutions au moment des transitions entre les dispositifs à l'occasion du passage à l'âge adulte, faute de places suffisantes ou de manque d'anticipation
- La bonne prise en charge des personnes handicapées psychiques nécessite le développement de réponses spécialisées mais surtout d'une bonne articulation des réponses sanitaire, médico-sociale et sociale (logement plus ou moins accompagné, accompagnement dans l'emploi, etc.)
- Développer l'accompagnement pour les adultes en portant une attention particulière aux autistes, handicapés psychiques et handicapés vieillissants
- Favoriser le maintien à domicile
- Développer l'offre d'accueil temporaire

Réalisations depuis 2011

- 106 places d'Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) (4,337 M €) ont été installées dans une dynamique de réduction des écarts d'équipement entre les départements (48 places dans les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ; 19 places dans les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) ; 33 places de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH) et 6 places de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD-PH)). 60 % de ces places ont été créées en Charente et Charente-Maritime :
 - 1/3 en SAMSAH (dédiés au handicap psychique)
 - 2/3 en MAS ou FAM

Ainsi, la Charente qui disposait de 2 MAS (67 places) en 2012 compte aujourd'hui 4 MAS, avec des extensions programmées début 2017, ce qui portera sa capacité d'accueil à 125 places
- Par ailleurs 93 places d'Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ont été dédiées aux handicapés psychiques :
 - Charente : 40 places dont 25 par requalification réparties sur l'ESAT de Cognac (20 places) et l'Angoumois (20 places)
 - Charente-Maritime : création d'un ESAT spécialisé de 46 places, et spécialisation d'une section d'ESAT de 7 places sur le sud du département par requalification de places
 - Dans le même temps, 18 places d'ESAT pour déficients intellectuels ont été créées dans la Vienne
 - Fiabilisation des listes d'attentes dans la Vienne depuis 2013, et 2014 en

Enjeux stratégiques

- Prévenir et réduire le nombre de maintiens en amendement Creton
- Mettre en place, avec le pilotage des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), des listes d'attente partagées et priorisées
- Adapter les capacités de prise en charge à partir des diagnostics territoriaux et réduire les écarts intra régionaux en matière d'équipement et raisonner en réponses globales

Adultes handicapés

Charente-Maritime. Ces données seront étendues en 2015/2016 en Charente et Deux-Sèvres

- Réalisation en 2013 par l'ARS d'une enquête régionale sur les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), et en 2014 par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'une étude sur la prise en charge des handicapés psychiques
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des locaux en attribuant des moyens dans le cadre des aides à l'investissement (135 250 M € de subvention au titre du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) et 783 085 € en CNR)
- Montée en charge du dispositif d'accès aux soins au Centre hospitalier de Châtelleraut et accompagnement fin 2014 du projet du Centre hospitalier de La Rochelle
- Engagement des ESMS dans la démarche qualité (86,4 % de retour des évaluations externes au 30/04/2015)



Points forts

- Des moyens importants notifiés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en 2011/2012 dans le cadre du Plan Pluriannuel pour Personnes Handicapées (PPPH) avec prévisions d'installation jusqu'en 2016 renforcés par le plan autisme paru en 2013. (6,242 M € au titre du PPPH + 3,7 M € dans le Plan Régional Autisme)
- Dynamique de partenariat engagée avec l'ensemble des acteurs dans le cadre du Plan Régional Autisme avec la réactivation du Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA) le 16 octobre 2013
- Reconnaissance de la nécessité d'un accompagnement dédié pour le handicap psychique et mise en place de structures d'aval, en lien avec les établissements de santé
- Travail en partenariat avec les acteurs concernés de la région qui a conduit à l'élaboration d'un cahier des charges de labellisation des équipes sanitaires et médico-sociales prenant en charge les personnes avec handicap psychique

Priorités à court terme

- Installation des places programmées en 2011/2012 avec crédit de paiement en 2015/2016 dans le PPPH, et avec crédit de paiement jusqu'en 2017 dans le cadre du Plan d'actions autisme : 192 places
 - 146 places dans le cadre du PPPH (4,4 M €) : en Charente (24 places de MAS, 10 places de FAM et 15 places de SAMSAH psy), en Charente-Maritime (27 places de FAM psy (dont 5 en accueil temporaire) et 6 places de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé psy (SAMSAH psy), 3 places de la MAS de La Rochelle (extension), en Deux-Sèvres (médicalisation de 7 places de foyer) et dans la Vienne (29 places de FAM, 15 places de SAMSAH psy et 10 places de SAMSAH TED)
 - 46 places dans le cadre du plan régional autisme (3,680 M €) : en Charente (2 places de MAS en accueil temporaire), en Charente-Maritime (28 places de MAS et 1 place de MAS en accueil temporaire), dans la Vienne (7 places de MAS et 4 places de MAS en accueil temporaire), et dans les Deux-Sèvres (4 places de MAS en accueil séquentiel et de remédiation à vocation régionale)

Sur ces 192 places, 115 places seront créées après une procédure d'appel à projet :

- Appels à projets déjà lancés : 37 places
- Appels à projets programmés en 2015 : 78 places

- Poursuite de la mise en œuvre du plan régional d'actions autisme, en particulier sur le volet formation avec la mise en place d'une action spécifique en partenariat avec les Organismes Paritaires Collecteurs

A Adultes handicapés

Agréés (OPCA), UNIFAF et l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), à destination des professionnels du sanitaire et du médico-social pour améliorer l'accompagnement des jeunes adultes et adultes

- Mise en place du groupe de personnes ressources autisme régional prévu dans le Plan Régional Autisme (PRA)

territoires de proximité, entre les réponses sanitaires, médico-sociales et sociales et renforcer le maillage des territoires avec des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

Perspectives à moyen terme

- À partir d'un diagnostic partagé des besoins sur chaque territoire, adapter, transformer et renforcer les établissements et services dans une logique de parcours selon les types de handicap et de complémentarité entre les acteurs existants pour mieux répondre, en lien avec les Départements, aux besoins des territoires
- Renforcer envers les personnes en situation de handicap psychique l'articulation, sur les

Personnes handicapées vieillissantes

Contexte

- Le sujet des personnes handicapées vieillissantes est devenu prégnant en raison de l'évolution démographique et de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées
- L'âge moyen des personnes accueillies dans les établissements progresse entre 2006 et 2010 dans toutes les catégories d'établissements. La part des personnes âgées de 55 ans et plus a augmenté de 5 points dans les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), de 3 points dans les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et foyers de vie et occupationnels. Fin 2010, plus d'un tiers des structures pour adultes handicapés offrant de l'hébergement déclaraient accueillir des personnes handicapées vieillissantes. Environ 7 % des places leur seraient réservées
- Les études de besoins conduites au niveau national ne tiennent pas compte des situations de personnes handicapées à domicile qui, du fait de l'aggravation de leur perte d'autonomie ou de la disparition des aidants familiaux, devront être prises en charge en institution
- Restent non résolus les multiples problèmes que pose la barrière d'âge autour de 60 ans instituée par la réglementation entre personnes dites handicapées et les personnes âgées dépendantes
- La situation des personnes handicapées vieillissantes travaillant en établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) demande des réponses adaptées. Certains travailleurs handicapés souhaiteraient travailler à temps partiel mais cette évolution est conditionnée par un accroissement de l'offre en foyers de vie ou foyers occupationnels

Enjeux stratégiques

- Garantir sur chaque territoire de santé des réponses multiples (les personnes handicapées vieillissantes ne sont pas une catégorie administrative ou juridique avec des besoins uniformes)

- Adapter les projets d'accompagnements individuels et les projets institutionnels aux besoins liés au vieillissement des personnes handicapées
- Fluidifier les parcours de vie et de soins en offrant aux personnes handicapées vieillissantes des débouchés suffisants vers des structures adaptées et favoriser par là même les entrées des jeunes adultes



Réalisations depuis 2011

- **En Charente** : ouverture de 13 lits en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)
- **En Charente-Maritime** : réflexion en cours dans le cadre du schéma départemental sur le territoire Sud et Est (poursuite des expérimentations) et sur le territoire Nord (créations)
- **Dans les Deux-Sèvres** : en 2013 lancement d'un appel à candidatures conjoint ARS/ Département pour la spécialisation de 24 places pour les personnes handicapées vieillissantes réparties dans 4 EHPAD
- **Dans la Vienne** : construction d'un EHPAD de 40 lits pour personnes en situation de handicap mental et/ou psychiques vieillissantes, ouverture de 12 lits pour accueillir les travailleurs handicapés d'un ESAT, médicalisation de 6 places de foyer occupationnel

Personnes handicapées vieillissantes

Points forts

- Expérimentation de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD avec une exigence de qualité grâce à la définition de cahiers des charges
- Identification avec les Départements de facteurs de réussite :
 - Une évaluation précise des besoins en amont
 - Des structures ou unités dédiées atteignant une certaine taille critique pour fonctionner avec des moyens suffisants et spécialisés et proposer un projet de vie adapté
 - Des recherches de solutions de préférence décloisonnées entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées
 - Un personnel formé à la spécificité de cette prise en charge avec un renforcement des effectifs de personnel éducatif et d'animation
 - La possibilité d'une prise en charge évolutive
- Une dynamique portée par l'ensemble des acteurs, dans le cadre des schémas départementaux, avec la mise en place de groupes de travail et de conventions de partenariat
- Une politique de tarification favorable aux EHPAD concernés (financement d'un temps d'éducateur ou de moniteur éducateur sur la section hébergement et adaptation du mode calcul du Gir Moyen Pondéré (GMP) et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) pour compenser les lacunes en matière de réglementation notamment pour les personnes de moins de 60 ans

Priorités à court terme

- Poursuivre le recensement des solutions existantes, en expertiser la pertinence et diffuser les bonnes pratiques ainsi identifiées
- Renforcer le maillage des territoires en suscitant des projets sur les zones dépourvues actuellement de solutions : le territoire Nord en Charente-Maritime, le territoire du Thouarsais et du Gâtinais dans les Deux-Sèvres, le territoire de l'Angoumois

en Charente et du nord de la Vienne

- Privilégier la logique de complémentarité des compétences et des structures pour une continuité des parcours
- Organiser, en partenariat avec les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), des formations croisées entre les secteurs du handicap et les personnes âgées pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

Perspectives à moyen terme

- Approfondir sur chaque territoire le diagnostic des besoins conjointement avec les Départements et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) avec un focus sur les personnes avec autisme en vue de la réactualisation du plan régional d'actions autisme
- Poursuivre sur chaque territoire de proximité la diversification des réponses à apporter, en fonction des besoins, notamment la recherche de solutions à domicile (création de places de Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), accueils familiaux, etc.) et dans le secteur du handicap
- Favoriser le temps partiel en ESAT, ce qui implique de trouver sur le volet social des activités occupationnelles et un accueil en hébergement pour les personnes qui le souhaitent

Aide aux aidants

Contexte

- Les structures d'accueil temporaire restent relativement peu développées en Poitou-Charentes, notamment pour les enfants et adolescents. Or, elles constituent une réponse essentielle en matière de continuité de parcours. Elles permettent non seulement de créer une rupture temporaire avec le lieu de vie habituel, mais encore d'offrir des périodes de répit pour la famille, son entourage et les professionnels
- Malgré leur développement au cours des 5 dernières années, les structures d'aide au maintien à domicile (Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) pour personnes handicapées, Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)) ne répondent encore qu'en partie aux besoins
- Le soutien des familles constitue un des axes majeurs du 3^{ème} plan régional d'actions autisme, notamment avec la programmation de structures de répit et le développement de formations aux aidants
- Création de 6 places de SSIAD pour personnes handicapées dans la Vienne
- Création à Angoulême d'une unité d'accueil temporaire et d'urgence de 8 places pour des jeunes présentant des troubles spécifiques (cofinancement ARS / Département)

Points forts

- Des dispositifs d'accueil temporaire en Charente-Maritime et Deux-Sèvres, contribuant à solutionner des situations parfois critiques concernant des adultes avec autisme
- Une volonté conjointe de l'ARS et des Départements de développer les SAMSAH pour personnes handicapées psychiques
- Un appel à projet expérimental conjoint ARS/Département de la Charente pour développer des solutions de répit sur le week-end et les vacances scolaires

Enjeux stratégiques

- À partir d'un état des lieux de l'existant, définir le dispositif d'accueil temporaire nécessaire avec l'ensemble des partenaires (professionnels sanitaires et médico-sociaux, familles, institutionnels)
- Expérimenter avec les Départements des formules de répit sur le week-end et les vacances scolaires, en priorité pour les jeunes sans solution
- Développer la formation des aidants

Réalisations depuis 2011

- Création avec les Départements d'un SAMSAH pour handicapés psychiques dans les 4 départements
- Création d'une place de baluchonnage auprès de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) d'Iteuil



Priorités à court terme

- Appel à projets en 2015 pour la création d'un SAMSAH pour Troubles Envahissants du Développement (TED) dans la Vienne
- Installation en 2016 de 7 places d'accueil temporaire en MAS programmées dans le plan régional d'actions autisme (2 en Charente, 1 en Charente-Maritime et 4 dans la Vienne) pour 560 000 €

Aide aux aidants

- Mise en place d'un dispositif innovant d'accueil séquentiel et de remédiation à vocation régionale de 4 places (Deux-Sèvres)
- Organisation par le Centre de Ressources Autisme (CRA) de formations à destination des aidants familiaux et organisation de formations communes entre aidants et professionnels pour mieux coordonner les accompagnements
- Accompagnement de la réforme des CRA et facilité de la participation des usagers et des familles au futur conseil d'orientation stratégique
- Développement des places d'accueil temporaire (enfants/adultes) pour les personnes présentant un handicap rare

Complémentarité des soins et du médico-social

Contexte

- La généralisation de la collaboration entre établissements de santé et structures médico-sociales est un objectif clairement affirmé dans le Projet Régional de Santé (PRS) pour développer les prises en charge partagées, notamment avec la psychiatrie et apporter une réponse, même dans les situations les plus complexes. L'expérience, et notamment la gestion des situations critiques, montre qu'une mauvaise coordination entre le champ sanitaire et le champ médico-social provoque des ruptures de parcours
- Le « Zéro sans solution » du rapport Piveteau souligne à nouveau cette priorité. Il vise en effet à proposer des mesures pour garantir en toutes circonstances un parcours de vie sans rupture pour les personnes handicapées. La mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés, dont l'articulation entre le champ sanitaire et médico-social, est incontournable ; elle participe d'une évolution des organisations et des pratiques. Toutefois, la question de la démographie médicale et du maillage territorial constitue un élément préoccupant, en particulier en milieu rural
- Par ailleurs les travaux relatifs à l'élaboration du Plan Régional Autisme ont démontré que les troubles du comportement peuvent avoir une cause somatique

Enjeux stratégiques

- Renforcer l'approche intersectorielle et l'adaptation des filières d'accompagnement aux besoins spécifiques liés à certains handicaps (autisme - dys - handicap rare, etc.)
- Renforcer les articulations entre les secteurs médico-social et sanitaire pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées, notamment en vue de gérer les situations complexes
- Garantir l'accès aux soins somatiques pour les personnes handicapées

Réalisations depuis 2011

- À l'initiative de l'association HandiSoins, ouverture en 2011 d'un hôpital de jour au Centre hospitalier de Châtelleraut pour l'accès aux soins des personnes handicapées
- Réalisation par le Centre Expertise Autisme Adultes (CEAA) de Niort de bilans somatiques pour les adultes autistes, et élaboration d'un guide d'aide à la démarche d'investigations somatiques mis à disposition de l'ensemble des établissements, etc.)
- Projet d'accueil de jour somatique (CAP soins 17) développé par le Centre hospitalier de La Rochelle
- Développement des consultations dentaires adaptées aux personnes avec autismes en Deux-Sèvres et dans le Sud de la Charente-Maritime
- Mise en place par l'ARS d'un comité technique régional de santé mentale (COTER santé mentale)
- Dans le cadre de la conférence de territoire Nord de la Charente-Maritime, réalisation d'une étude sur les liens entre l'hôpital Marius Lacroix et les structures médico-sociales



Points forts

- Coopération étroite dans certains départements entre les structures médico-sociales pour la résolution de situations critiques
- Mise en place des commissions opérationnelles de gestion des situations critiques sous l'égide des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) auxquelles participent les services de psychiatrie
- Organisation de réponses concertées sur les territoires de santé en matière d'accès aux soins
- Mobilisation renforcée des acteurs liée à leur participation au Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA) et au COTER santé mentale

Priorités à court terme

- Prévenir les situations critiques en établissant un plan d'action partagé (rapport Piveteau)
- Développer les formations intersectorielles croisées pour favoriser le décloisonnement sanitaire et médico-social, notamment pour l'accompagnement des Troubles Envahissants du Développement (TED) ainsi que les lieux de concertation (COTER santé mentale, groupement régional de personnes ressources, etc.)
- Susciter une évolution des pratiques respectives entre les secteurs sanitaire et médico-social pour une recherche en co-responsabilité de solutions globales
- Poursuivre sur les territoires de santé l'accès au dispositif d'accès aux consultations de soins primaires et spécialisés

Handicaps rares

Contexte

- La question de la rareté et de la spécificité des situations de handicap rare situe l'organisation et les modalités de réponses à un niveau national qui prend appui sur les territoires interrégionaux et non régionaux
- L'action de chaque région doit par conséquent s'inscrire sur ce champ dans le cadre de la mise en œuvre des schémas nationaux (2009-2013 et 2014-2018) avec, comme niveau territorial de référence, les inter-régions
- La région Poitou-Charentes fait partie aujourd'hui de l'inter-région Ouest avec la Bretagne, le Centre Val de Loire et les Pays de la Loire. Au 1^{er} janvier 2016, les inter-régions devraient être révisées pour prendre en compte la réforme territoriale
- Dotée historiquement de ressources pour la prise en charge des personnes sourdes et sourdes-aveugles, avec la présence d'un centre de ressources national handicap rare surdi-cécité à Poitiers, la région Poitou-Charentes est particulièrement concernée par la problématique du handicap rare
- Par ailleurs, le handicap rare représente un espace d'innovation au bénéfice de l'ensemble du champ du handicap. Il invite à faire évoluer les modalités de travail et les partenariats dans une logique multidimensionnelle et interdisciplinaire, ainsi que les pratiques professionnelles de coopération (co-responsabilité) pour ajuster et adapter les réponses aux besoins particuliers de la personne ou des professionnels qui l'accompagnent

Enjeux stratégiques

- Une volonté d'intégration des ressources et d'innovation dans leurs modes d'organisation en vue d'améliorer la qualité de vie et la participation des personnes en situation de handicap rare à tous les âges de la vie
- Une meilleure prise en compte de l'entourage dans le partage des savoirs et l'accompagnement

- La construction d'une culture commune de pratique d'intervention et d'évaluation entre les différents acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, les familles et la personne
- Une définition du handicap rare renouvelée à partir de l'amélioration des connaissances et en lien avec la notion de handicap complexe

Réalisations depuis 2011

- Réalisation d'un état des lieux inter-régional des ressources en établissements et services
- Renforcement de l'offre médico-sociale en Poitou-Charentes par la médicalisation de 5 places en 2014 de foyer de vie pour adultes connaissant des combinaisons rares de déficiences sensorielles (foyer de vie La Varenne à Saint-Benoît)
- Création en 2014 d'une équipe relais en Poitou-Charentes dans le cadre d'un dispositif interrégional Handicap rare (inter-région Ouest) suite à l'appel à candidatures lancé par l'ARS en lien avec les 3 autres ARS de l'inter-région. Elle est portée conjointement par l'Association pour la Promotion des personnes Sourdes, aveugles et sourdaveugles (APSA) et l'association Larnay Sagesse

Points forts

- Mobilisation des acteurs pour mettre en œuvre un modèle de travail en réseau
- Structuration d'un dispositif de réponses sur le fond en lien avec les centres de ressources nationaux et dans les territoires avec l'appui de l'équipe relais et des ressources locales
- Développement de nouvelles capacités d'accompagnement des personnes présentant un handicap rare dans le cadre du schéma national
- Prise de conscience du changement de paradigme : d'une logique de place à une logique de parcours et de prise en charge partagée

Priorités à court terme

- Déployer la mise en place de l'équipe relais en juillet 2015 :
 - Formaliser les instances de copilotage et du dispositif intégré en inter-région assurant la coordination des 4 équipes relais de l'inter-région Ouest
 - Organiser l'articulation entre l'équipe relais, les Centres Nationaux de Ressources Handicaps Rares (CNRHR) et les ressources locales
- Mettre à disposition la connaissance, le répertoire des ressources et les outils sur les handicaps rares via un portail unique d'information et de documentation
- Développer la connaissance de la population, des besoins individuels et des réponses apportées : identification et animation des acteurs du réseau, prévention et gestion des situations critiques, capitalisation sur les orientations et accompagnements de parcours qui ont réussi
- Appuyer les Maisons Départementales des Personnes handicapées (MDPH) dans l'évaluation des situations complexes
- Renforcer l'offre médico-sociale sur les territoires en soutenant des projets spécifiques handicaps rares pour développer l'offre de proximité
- Former les professionnels et les familles pour acquérir des connaissances et des compétences

Perspectives à moyen terme

- Poursuivre l'amélioration de la connaissance et affiner l'approche des besoins des personnes en promouvant une culture partagée sur les situations de handicap rare (conception d'un outil d'évaluation)
- Soutenir de nouvelles formes d'accompagnement en développant des places d'accueil temporaire avec un fonctionnement innovant pour fluidifier les parcours et permettre aux familles une solution de répit
- Définir et organiser les modalités de relais entre professionnels et entre établissements et services au moment des transitions, en particulier pour les jeunes adultes et les adultes vieillissants
- Poursuivre le développement des compétences individuelles et collectives sur les situations de handicap rare en renforçant la formation des professionnels et des familles

Schéma Régional de Prévention (SRP)

Vaccinations

Contexte

- Le taux de couverture de la vaccination à l'âge de 2 ans est de 96 % en Poitou-Charentes. Comme au niveau national, les taux de rappel se dégradent légèrement
- Le taux moyen de vaccination de l'hépatite B est entre 75 et 80 %
- Le taux de vaccination du 2^{ème} rappel de la rougeole est insatisfaisant (entre -15 à -20 % par rapport à la 1^{ère} vaccination)
- Le taux des autres vaccinations n'est pas satisfaisant
- Il est difficile de disposer d'une image précise de la couverture vaccinale du fait d'une grande dispersion des centres dédiés et d'une variabilité des pratiques. Les enquêtes de couverture vaccinale aident à mieux connaître la situation, mais elles sont lourdes à mettre en œuvre
- Il faut noter que la vaccination doit se faire au quotidien et dans le cadre de la vie courante par le médecin traitant. Or, les enquêtes montrent une diminution de la sensibilité des médecins généralistes à la nécessité de cet acte là
- Il est nécessaire de rendre davantage lisible le calendrier de vaccination. Les professionnels de santé doivent être mobilisés, et la réglementation qui interdit à un médecin traitant de stocker des vaccins dans son cabinet doit être questionnée pour développer la lutte contre les occasions manquées de vacciner. Cette politique, soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a déjà donné de bons résultats

Enjeux stratégiques

- Améliorer le taux de couverture vaccinale
- Développer l'information et la prise de conscience autour de la vaccination
- Inciter les professionnels de santé à être des ambassadeurs de la vaccination dans la région
- Communiquer davantage sur la vaccination

Réalisations depuis 2011

- Dans le cadre d'une thèse faite par un médecin en formation, et après présentation à l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES), une expérimentation, à partir d'un échantillon de 80 médecins dans la Vienne, a été menée sur la vaccination au cabinet du médecin à la demande et à l'immédiat. Il a été constaté une augmentation de la couverture vaccinale de près de 20 %
- Mise en œuvre des campagnes de communication et de sensibilisation nationales



Points forts

- Association avec les principaux médiateurs que sont les médecins généralistes

Priorités à court terme

- Régionalisation de cette expérimentation, en partenariat avec les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS), pour devenir une expérimentation nationale
- Continuer à promouvoir, à travers les médias, la vaccination à 3 étages :
 - Un socle obligatoire
 - Une politique basée sur l'individualisation et la promotion en fonction des risques

Vaccinations

- Une simplification à nouveau du carnet de vaccination pour le rendre encore plus lisible avec des messages simples

C'est l'occasion pour tous de mesurer le risque individuel et l'intérêt à se vacciner.

- Organiser un débat public qui porterait sur les questions suivantes : les adjuvants, l'efficacité de la vaccination, le prix, l'industrie pharmaceutique et la vaccination

Perspectives à moyen terme

- Réussir à consacrer la vaccination au centre des enjeux de santé publique

Prévention des risques associés aux soins

Contexte

- Le rôle dévolu par la loi aux Agences Régionales de Santé est de piloter la politique régionale de santé afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population. L'ARS se doit donc d'organiser cette réponse en garantissant des soins de qualité et sécurisés
- Dans cet objectif, l'ARS Poitou-Charentes a mis en place en juin 2012 une coordination des vigilants régionaux (Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN), Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT), CRH, Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) et ASN) qu'elle anime
- Chaque vigilant régional garde son autonomie de gestion mais cette organisation mutualisée permet de définir de manière coordonnée et mutualisée les actions d'accompagnement auprès des professionnels et des établissements pour améliorer la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins : information, formation, sensibilisation, accompagnement et valorisation des différentes manifestations, etc.
- Toutes les actions d'accompagnement mises en œuvre en région sont réunies dans un programme régional de prévention des risques associés aux soins qui décline, sur la base d'un état des lieux régional 2012-2013, les grands axes des plans et programmes nationaux
- Cette coordination régionale permet de donner sens, cohérence et lisibilité aux actions régionales menées dans le champ de la gestion des risques

Enjeux stratégiques

La sécurité des patients représente un enjeu de politique publique. Les principales orientations stratégiques sont :

- L'amélioration continue de la qualité de

la prise en charge et de la sécurité des parcours de soins

- La mise en place d'un dispositif régional d'appui aux établissements en réponse aux besoins identifiés
- Le renforcement de la place de la qualité et de la sécurité des soins dans la formation des professionnels de santé
- Le renforcement de l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse
- L'amélioration de la prévention du risque infectieux associé aux soins



Réalisations depuis 2011

L'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des parcours de soins :

- Nombreuses actions d'information du patient (formations spécifiques et actions à l'occasion de la semaine de la sécurité des patients)
- Actions de promotion de la déclaration des Événements Indésirables (EI) associés aux soins
- Organisation par l'ARS de journées régionales annuelles thématiques depuis 2011
- Organisation d'ateliers : « L'évaluation des risques », « L'événement indésirable : de

Prévention des risques associés aux soins

sa déclaration à son analyse », « Le retour d'expérience », « La simulation », « La formation par simulation pour la prévention des risques associés aux soins », « Le Développement Professionnel Continu », « Le patient traceur »

La reconstruction d'un dispositif régional d'appui aux établissements :

- Essais infructueux en 2013 auprès des fédérations hospitalières
- En 2014/2015 : recrutement régional et accord pour une collaboration avec le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique & de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) de Bordeaux

Le renforcement de la place de la sécurité des soins dans la formation des professionnels de santé :

- Formation REX proposée par l'ARS : 8 sessions de formations au retour d'expérience organisées en 2013 dans les 4 départements, 45 établissements participants, 130 professionnels formés
- Collaboration entre la coordination régionale des vigilances et le laboratoire de simulation de Poitiers pour la construction de scénarii pour développer la formation par simulation des professionnels de santé pour la prévention des principaux risques associés aux soins

Le renforcement de l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse :

- Réalisation en 2014 de l'état des lieux de la consommation régionale hospitalière et ambulatoire en antibiotiques et des résistances pour définir des stratégies de communication adaptées

Points forts

- Mutualisation et coordination des expertises régionales
- Amélioration de la cohérence et de la visibilité des actions régionales auprès des acteurs de santé
- Travail en coordination sur tous les grands champs de risques

Priorités à court terme

Préserver l'efficacité des antibiotiques :

- Communication ciblée auprès des professionnels de santé et du grand public pour la juste utilisation des antibiotiques sur la base d'un état des lieux régional de la consommation des antibiotiques en établissement de santé et en ambulatoire

Faire la promotion de la pédagogie réflexive (retour sur expérience, erreur apprenante) pour améliorer les pratiques :

- Poursuite de la promotion de la mise en œuvre des Comités de Retour d'Expérience (CREX) en établissement de santé et déploiement dans les secteurs médico-social et ambulatoire
- Initiation et accompagnement de la mise en place de Revues de Morbi-Mortalité (RMM) pluriprofessionnelles ville-hôpital : analyse des EI relatifs aux ordonnances de sortie

Faire de la simulation en santé une méthode prioritaire, en formation initiale et continue :

- Développement de la simulation pour la gestion des risques associés aux soins et le renforcement des bonnes pratiques

Parachever la construction d'un dispositif régional d'appui cohérent et structuré pour apporter un appui à l'ensemble des professionnels de santé :

- Finalisation de la mise en place d'une structure régionale d'appui en lien avec le CCECQA de Bordeaux et définition du recours aux expertises

Poursuivre le suivi et l'accompagnement de la mise en œuvre des bonnes pratiques :

- Suivi du tableau de bord des indicateurs qualité-sécurité (bilan Lutte contre les Infections Nosocomiales (LIN), Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), certification)
- Mise en œuvre d'un programme annuel d'inspection-contrôle dans des secteurs d'activité à risque définis au plan national ; rappeler et diffuser la réglementation, les méthodes et les outils d'aide à l'observance des bonnes pratiques

Prévention des risques associés aux soins

- Actions en appui aux établissements dont les indicateurs qualité-sécurité sont les plus défaillants (groupes de travail spécifiques ARS - coordination régionale)

Perspectives à moyen terme

- Consolider les actions coordonnées dans les trois secteurs de soins
- Renforcer les actions mises en œuvre auprès des usagers
- Déployer les actions de prévention du nouveau programme national 2015 de prévention des infections associées aux soins
- Adapter la coordination régionale des vigilances existante au projet de réseau des vigilants (REEVA) lors de la mise en œuvre de la réforme territoriale



Atteindre la qualité maximale de l'eau potable sur tout le territoire de la région

Contexte

- La région Poitou-Charentes, située sur deux grands bassins hydrographiques, Adour-Garonne au sud et Loire-Bretagne au nord, se caractérise par des nappes d'eau souterraines de milieux essentiellement calcaires, fissurés et/ou karstifiés, en relation étroite avec les rivières
 - Les principales problématiques résultent d'un déséquilibre, en période d'étiage, entre la ressource en eau exploitable et la demande d'utilisation, pouvant conduire à des conflits d'usage (irrigation, alimentation en eau potable, etc.). Les ressources en eau sont ainsi très largement sollicitées par l'irrigation des cultures et localement par l'élevage
 - Une autre problématique est constituée par la forte dégradation des ressources en eau, tant superficielles que souterraines (du fait de la relative vulnérabilité des nappes, en lien avec la surface), et des écosystèmes aquatiques (zones humides littorales et continentales) en lien avec les pratiques agricoles même si des différences territoriales sont bien identifiées
- Améliorer l'information de la population sur la qualité des eaux destinées à la consommation humaine

Réalisations depuis 2011

Accroître la protection des captages d'eau potable des pollutions accidentelles et ponctuelles :

- Augmentation du pourcentage de captages protégés par une Déclaration d'Utilité Publique (DUP) qui est passé de 79 % en 2010 à 91,5 % en 2014
- Diffusion d'une plaquette sur la protection des captages pour sensibiliser les parties prenantes
- Réalisation d'une étude et diffusion des résultats sur les causes d'abandon des captages. Plus de 410 ouvrages abandonnés en 30 ans, les concentrations excessives en nitrates et en pesticides expliquent généralement ces abandons
- Réalisation de 14 inspections de périmètres de protection des captages d'eau entre 2011 et 2014

Améliorer la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine :

- Tenue d'une journée régionale de sensibilisation sur la démarche de sécurité sanitaire SéSanE en 2012
- Élaboration d'outils d'aide pour les syndicats d'eau (cahier des charges type pour le choix des bureaux d'études et outil web pour le suivi des programmes d'actions)
- Avancement dans les territoires :
 - Charente : constitution d'un comité technique de pilotage, proposition d'une maîtrise d'ouvrage unique, adaptation du cahier des charges proposé par l'ARS

Enjeux stratégiques

Assurer en permanence l'alimentation de la population avec une eau de bonne qualité. Dans ce but, trois objectifs opérationnels ont été retenus en lien avec la mise en œuvre du 2^{ème} Plan Régional Santé Environnement (PRSE2) et la circulaire des missions en santé-environnementale dans les ARS :

- Accroître la protection des captages d'eau potable des pollutions accidentelles et ponctuelles
- Améliorer la sécurité sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine

Atteindre la qualité maximale de l'eau potable sur tout le territoire de la région

- Charente-Maritime : sensibilisation du syndicat départemental, réflexion pour l'intégration dans les priorités de travaux définies par le schéma directeur en cours de révision
- Deux-Sèvres : programmes d'actions déclinés au travers d'arrêtés préfectoraux, mise en place de réunions semestrielles de l'ensemble des services d'eau et par territoire à la même fréquence, études de gestion patrimoniale en cours
- Vienne : réflexion pour l'intégration dans le schéma directeur en cours de révision
- Budgétaire grâce à son enveloppe dédiée permettant d'assurer le financement des actions particulièrement lorsqu'elles sont pluriannuelles
- L'approche en prévention/promotion en santé environnementale a permis :
 - De conserver les dynamiques créées dans le cadre de projets formalisés en prévention, tout en préservant les obligations liées aux missions régaliennes et en application des protocoles Préfets/ARS. L'action conjuguée et articulée de ces deux modes d'intervention (projets formalisés de prévention en santé-environnement/actions régaliennes) permet de dégager des leviers d'actions et d'améliorer la qualité et la pertinence des actions conduites
- D'apporter un affichage clair vis-à-vis des partenaires et des acteurs
- D'assurer un fonctionnement réactif pour allouer les moyens humains et matériels imposés par le fonctionnement en mode projet et le contexte de plus en plus contraint

Améliorer l'information de la population sur la qualité des eaux destinées à la consommation humaine :

- Réalisation de plaquettes régionales et mise à jour annuelle du site internet de l'ARS
- Mise à disposition des résultats du contrôle sanitaire en direct et des fiches d'information annuelles des abonnés et des synthèses annuelles aux Unités de Gestion et d'Exploitation (UGE)
- Sensibilisation sur les risques liés au retour d'eau de pluie et de puits dans les réseaux (réunion de présentation avec point presse, site internet, plaquette, diffusion très large notamment dans les mairies)

Points forts

La mise en œuvre des actions opérationnelles a été facilitée par :

- Le cadre offert par le PRSE2 d'un point de vue :
 - Méthodologique instituant une démarche de démocratie sanitaire associant les 5 collèges du Grenelle de l'environnement dans les diverses instances de travail mises en place (Groupe Régional Santé Environnement (GRSE), cellule d'animation), renforçant les synergies dans les pilotages et les réflexions et permettant d'associer les parties prenantes dans les Comité de Pilotage (COPI) des actions opérationnelles

Priorités à court terme

À court terme pour la fin de l'année :

- Déclinaison du Plan National Santé Environnement 3 (PNSE3) en tenant compte :
 - De l'évaluation du PRSE2
 - Des modalités fixées par l'instruction interministérielle relative à l'élaboration des PRSE3
 - Des actions prioritaires à décliner sur les territoires régionaux
- Poursuite de la démarche de sécurité sanitaire SéSanE :
 - Livraison de l'application informatique sur un serveur web dédié
 - Test de l'application : travail en configuration régionale à partir d'un travail préliminaire de l'Unité Territoriale Vigilance et Sécurité Environnement des Milieux (UT VSEM) des Deux-Sèvres
 - Finalisation du cahier des charges de la Charente

Atteindre la qualité maximale de l'eau potable sur tout le territoire de la région

À moyen terme dans les deux prochaines années :

- Mise en œuvre du PRSE3
- Poursuite de la démarche de sécurité sanitaire SéSanE :
 - Intégration de l'ensemble des programmes d'actions des Deux-Sèvres
 - Lancement de la consultation en Charente
 - Alimentation de la base de données par les bureaux d'études en Charente
 - Analyse des tableaux de bord produits par l'application web
 - Évolution de l'application informatique



Perspectives à moyen terme

- Poursuivre la démarche de sécurité sanitaire SéSanE en lien avec la feuille de route : les Personne Responsable de la Production / Distribution de l'Eau (PRPDE), partie prenante du projet SéSanE, mettent en œuvre des plans d'actions permettant d'atteindre un haut niveau de maîtrise de la sécurité sanitaire des eaux potables et d'anticiper les attendus des évolutions des exigences réglementaires.

Plus généralement :

- Maintenir l'intégration du PRSE dans le Projet Régional de Santé (PRS) à travers le Schéma de Prévention
- Poursuivre l'approche transversale du risque lié aux pesticides
- Travailler à l'amélioration des actions territoriales conduites et à leur évaluation

Risques liés aux pesticides dans l'air et dans l'eau

Contexte

- La présence de pesticides, leur étendue et leur permanence concerne tous les milieux et en particulier l'eau, les denrées alimentaires, les sols et l'air. Dans l'eau, le recul autorisé par les longues séries de mesures temporelles sur tous les types de milieux montre des taux de pollution des eaux de surface très importants et une atteinte des eaux souterraines. Toutefois les eaux distribuées pour la consommation sont largement préservées
- La pollution de l'air par les pesticides est aujourd'hui avérée. Elle apparaît comme permanente, dépendante des variables météorologiques, saisonnière (chaque saison est marquée par la présence d'une ou plusieurs molécules), variable dans ses composantes chimiques, corrélée aux cycles agricoles. Elle touche les milieux professionnels affectés par les traitements mis en œuvre mais aussi les zones urbaines de proximité ou elle atteint parfois des concentrations de haut niveau

Enjeux stratégiques

Évaluer et limiter les impacts sanitaires des pollutions. Dans ce but, trois objectifs opérationnels ont été retenus en lien avec la mise en œuvre du PRSE2 :

- Améliorer les connaissances sur les niveaux de concentrations en pesticides dans l'air et dans l'eau sur les territoires (zones rurales, agricoles, et urbaines de différentes tailles) du Poitou-Charentes
- Procéder à une évaluation de l'exposition aux pesticides présents dans les denrées alimentaires dans le bol alimentaire
- Améliorer la connaissance de l'efficacité des filières de traitement des eaux potable vis-à-vis des substances médicamenteuses et des perturbateurs endocriniens

Réalisations depuis 2011

Améliorer les connaissances sur les niveaux de concentrations en pesticides dans l'air et dans l'eau sur les territoires (zones rurales, agricoles, et urbaines de différentes tailles) du Poitou-Charentes :

- Suivis pluriannuels des concentrations de pesticide dans l'air mesurés par l'Atmo Poitou-Charentes au niveau des 4 chefs-lieux de département
- Soutien en 2013 et 2014 du projet Phytotif qui vise à rechercher une relation entre les concentrations de pesticides utilisés par des professionnels de la vigne et celles bio-accumulées dans leurs cheveux
- Organisation d'une journée d'échanges en 2014 sur l'exposition aux pesticides dans les ressources en eau
- Études pour l'amélioration du contrôle sanitaire des pesticides dans l'eau potable en partenariat avec la Fédération Régionale de Défense contre les Organismes Nuisibles (FREDON) et/ou les laboratoires agréés pour le contrôle sanitaire

Procéder à une évaluation de l'exposition aux pesticides présents dans les denrées alimentaires dans le bol alimentaire :

- Pilotage d'une réflexion visant à améliorer la connaissance du public sur l'exposition aux pesticides dans l'assiette du consommateur
- Soutien de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) pour l'organisation d'une soirée-débat sur les pesticides

Améliorer la connaissance de l'efficacité des filières de traitement des eaux potable vis-à-vis des substances médicamenteuses et des perturbateurs endocriniens :

- Pilotage d'un programme d'études pluriannuel sur 8 ressources en eau choisies par le Comité de Pilotage (COPIL) élargi mis en place dès 2011 – réalisation des phases 1 et 2 de l'étude

Risques liés aux pesticides dans l'air et dans l'eau

Points forts

La mise en œuvre des actions opérationnelles a été facilitée par :

- Le cadre offert par le PRSE2 d'un point de vue :
 - Méthodologique instituant une démarche de démocratie sanitaire associant les 5 collèges du Grenelle de l'environnement dans les diverses instances de travail mises en place (Groupe Régional Santé Environnement (GRSE), cellule d'animation), renforçant les synergies dans les pilotages et les réflexions et permettant d'associer les parties prenantes dans les Comités de Pilotage (COFIL) des actions opérationnelles
 - Budgétaire grâce à son enveloppe dédiée permettant d'assurer le financement des actions particulièrement lorsqu'elles sont pluriannuelles
- L'approche en prévention/promotion en santé environnementale a permis :
 - De conserver les dynamiques créées dans le cadre de projets formalisés en prévention, tout en préservant les obligations liées aux missions régaliennes et en application des protocoles Préfets/ARS. L'action conjuguée et articulée de ces deux modes d'intervention (projets formalisés de prévention santé-environnement/actions régaliennes) permet de dégager des leviers d'actions et d'améliorer la qualité et la pertinence des actions conduites
 - D'apporter un affichage clair vis-à-vis des partenaires et des acteurs
 - D'assurer un fonctionnement réactif pour allouer les moyens humains et matériels imposés par le fonctionnement en mode projet et le contexte de plus en plus contraint

Priorités à court terme

- Déclinaison du PNSE3 en tenant compte :
 - De l'évaluation du PRSE2
 - Des modalités fixées par l'instruction interministérielle relative à l'élaboration des PRSE3
 - Des actions prioritaires à décliner sur les territoires régionaux
- Mise en œuvre du PRSE3 en intégrant :
 - La poursuite des actions sur :
 - La connaissance de l'efficacité des filières de traitement des eaux potables vis-à-vis des substances médicamenteuses et des perturbateurs endocriniens
 - L'amélioration du contrôle sanitaire des pesticides dans l'eau potable en partenariat avec la FREDON et/ou les laboratoires agréés pour le contrôle sanitaire
 - L'utilisation de capteurs passifs
 - L'accompagnement du suivi pluriannuel des concentrations de pesticide dans l'air

Perspectives à moyen terme

- Maintenir l'intégration du PRSE dans le Projet Régional de Santé (PRS) à travers le Schéma Régional de Prévention
- Poursuivre l'approche transversale du risque « pesticides »
- Travailler à l'amélioration des actions territoriales conduites et à leur évaluation



Lutter contre l'habitat défavorable à la santé

Contexte

- En Poitou-Charentes, le parc de logements privés potentiellement indignes est évalué à 48 000 logements (Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat - Ministère de l'écologie et de l'énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire (ANAH-MEEDDAT-Filocom) 2010). L'essentiel de ces logements se trouve dans les zones rurales et concerne beaucoup de propriétaires occupants âgés de 60 ans et plus, pour lesquels la procédure majeure de déclaration d'insalubrité n'apparaît pas adaptée. La distribution territoriale de ces logements indignes n'apparaît pas uniforme sur le territoire régional. Ces logements sont sources d'exposition à des risques sanitaires avérés dont on constate année après année la recrudescence dans la région
- Ces risques sont liés à l'exposition à l'amiante, au radon, au plomb (saturnisme), au monoxyde de carbone, à la qualité de l'air intérieur et au bruit. Cet ensemble de risques pour lesquels les niveaux d'alerte sont variables, peut se conjuguer aux données de la structure, l'équipement, la non-conformité des installations et la vétusté

Enjeux stratégiques

L'enjeu stratégique est de lutter contre l'habitat défavorable à la santé. Dans ce but, 3 objectifs opérationnels ont été retenus en lien avec la mise en œuvre du Plan Régional en Santé Environnement 2 (PRSE2) :

- Élaborer une procédure partagée valide à l'échelle de la région, associant l'ARS, le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS), les Directions Départementales des Territoires (DDT) et autres intervenants, et permettant le traitement harmonisé des situations d'habitat indigne depuis le signalement de la situation à la résolution du problème qu'elle présente

- Développer le contrôle de l'humidité au sein des logements et plus généralement promouvoir les actions qui visent à améliorer la qualité de l'air à l'intérieur des logements
- Développer les actions de repérage actif de l'habitat indigne

Réalisations depuis 2011

- Élaborer une procédure partagée valide à l'échelle de la région, associant l'ARS, les SCHS, les DDT, etc. et permettant le traitement harmonisé des situations d'habitat indigne depuis le signalement de la situation à la résolution du problème qu'elle présente :
 - Formalisation de procédures partagées qui permettent de clarifier et d'harmoniser les interventions reprises dans le cadre de la démarche processus du projet d'agence visant à améliorer la qualité des procédures. Par ailleurs, cette démarche a permis un rapprochement entre tous les acteurs régionaux
 - Mise en place des Plans Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI) de la Charente-Maritime, des Deux-Sèvres et de la Vienne avec un pilotage assuré par l'ARS pour la Vienne. À noter que le PDLHI de la Charente est opérationnel depuis 2003
- Développer le contrôle de l'humidité au sein des logements et plus généralement promouvoir les actions qui visent à améliorer la qualité de l'air à l'intérieur des logements :
 - Organisation d'actions de formation sur les moisissures (Atmo, SCHS, ARS, Mutualité française)
 - Actions visant à promouvoir le développement de l'intervention de Conseillers en Environnement Intérieur (CEI)
 - Participation à des manifestations (forum de l'environnement, rallye du souffle, etc.)

Lutter contre l'habitat défavorable à la santé

- Actions de sensibilisation à la qualité de l'air intérieur à destination des publics gérant ou fréquentant des établissements accueillant des enfants
- Développer les actions de repérage actif de l'habitat indigne :
 - Élaboration et mise en œuvre d'une méthode de repérage actif

Points forts

La mise en œuvre des actions opérationnelles a été facilitée par :

- Le cadre offert par le PRSE2 d'un point de vue :
 - Méthodologique instituant une démarche de démocratie sanitaire associant les 5 collèges du Grenelle de l'environnement dans les diverses instances de travail mises en place (Groupe Régional Santé Environnement (GRSE), cellule d'animation), renforçant les synergies dans les pilotages et les réflexions et permettant d'associer les parties prenantes dans les Comité de Pilotage (COFIL) des actions opérationnelles
 - Budgétaire grâce à son enveloppe dédiée permettant d'assurer le financement des actions particulièrement lorsqu'elles sont pluriannuelles
- L'approche en prévention/promotion en santé environnementale a permis :
 - De conserver les dynamiques créées dans le cadre de projets formalisés en prévention, tout en préservant les obligations liées aux missions régaliennes et en application des protocoles Préfets/ARS. L'action conjuguée et articulée de ces deux modes d'intervention (projets formalisés de prévention en santé-environnement/actions régaliennes) permet de dégager des leviers d'actions et d'améliorer la qualité et la pertinence des actions conduites
 - D'apporter un affichage clair vis-à-vis des partenaires et des acteurs
 - D'assurer un fonctionnement réactif pour allouer les moyens humains et matériels imposés par le

fonctionnement en mode projet et le contexte de plus en plus contraint (réduction d'effectifs et de moyens)

Priorités à court terme

- Déclinaison du PNSE3 en tenant compte :
 - De l'évaluation du PRSE2
 - Des modalités fixées par l'instruction interministérielle relative à l'élaboration des PRSE3
 - Des actions prioritaires à décliner sur les territoires régionaux
- Mise en œuvre du PRSE3 en intégrant la poursuite des actions sur :
 - Le repérage de l'habitat indigne en s'appuyant sur les « entrants à domicile » et en intégrant la démarche dans les Contrats Locaux de Santé (CLS)
 - La qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments
 - L'étude de la faisabilité d'un indicateur global de favorabilité de l'habitat pour la santé

Perspectives à moyen terme

- Maintenir l'intégration du PRSE dans le Projet Régional de Santé (PRS) à travers le Schéma Régionale de Prévention
- Travailler à la territorialisation des actions santé-environnement au travers du concept de l'urbanisme favorable à la santé
- Travailler à l'évaluation des actions

Maîtriser la croissance des risques liés à l'air extérieur et aux substances allergisantes

Contexte

- L'air que nous respirons peut contenir des allergènes qui sont susceptibles de provoquer des réactions au niveau du système respiratoire, de la peau et des yeux. Chez les personnes sensibilisées, la pollution organique extérieure est représentée en majorité par les pollens. Auparavant, la majorité des symptômes provoqués par le contact avec les pollens était due aux graminées ; actuellement, d'autres pollens voient leur responsabilité progresser, notamment l'ambroisie (plante sauvage de la famille du tournesol)
- L'ambroisie est principalement présente en Charente et dans le sud des Deux-Sèvres. D'autre part, la traversée de la région Poitou-Charentes par le chantier de la LGV SEA (Ligne Grande Vitesse Sud Europe Atlantique) a pu être une voie de dissémination de l'ambroisie du fait des mouvements de terre et à partir des zones où des stations sont à ce jour connues
- La région est couverte par des mesures de concentrations polliniques sur 4 points fixes (chefs-lieux de départements). Depuis la mise en service des capteurs, les informations qui en résultent sont diffusées auprès des professionnels de santé intéressés (médecins, pharmaciens) et accessibles sur le site de l'Atmo ainsi qu'aux médias locaux
- L'aspect prévisionnel est approché par un calendrier pollinique élaboré pour le site de La Rochelle, où un projet de « pollinier sentinelle » est à l'étude

Enjeux stratégiques

Maîtriser les risques et l'impact des pollutions de l'air sur la santé publique. Dans ce but, 3 objectifs opérationnels ont été retenus en lien avec la mise en œuvre du PRSE2 :

- Améliorer l'efficacité de la diffusion de

données de mesures polliniques

- Lutter contre l'ambroisie en Poitou-Charentes
- Faire prendre en compte le risque ambroisie par les opérateurs de travaux publics dès le lancement du chantier LGV SEA

Réalisations depuis 2011

- Améliorer l'efficacité de la diffusion de données de mesures polliniques :
 - Réalisation d'une enquête auprès des professionnels de santé avec pour objectif de les inciter à rejoindre le réseau des destinataires du bulletin pollinique diffusé par Atmo
 - Réalisation d'un calendrier pollinique et réédition d'une affiche de sensibilisation
- Lutter contre l'ambroisie en Poitou-Charentes :
 - Actions de communication sur la présence de l'ambroisie et ses dangers (monde agricole, élus, professionnels de santé, grand public, etc.)
 - Contribution à l'inventaire de la présence de la plante et mise à jour de la cartographie
- Faire prendre en compte le risque lié à l'ambroisie par les opérateurs de travaux publics dès le lancement du chantier LGV SEA :
 - Sensibilisation de l'opérateur COSEA à la nécessité de limiter la dissémination de l'ambroisie du fait des mouvements de terre

Points forts

La mise en œuvre des actions opérationnelles a été facilitée par :

Maîtriser la croissance des risques liés à l'air extérieur et aux substances allergisantes

- Le cadre offert par le PRSE2 d'un point de vue :
 - Méthodologique instituant une démarche de démocratie sanitaire associant les 5 collèges du Grenelle de l'environnement dans les diverses instances de travail mises en place (Groupe Régional Santé Environnement (GRSE), cellule d'animation), renforçant les synergies dans les pilotages et les réflexions et permettant d'associer les parties prenantes dans les Comité de Pilotage (COFIL) des actions opérationnelles
 - Budgétaire grâce à son enveloppe dédiée permettant d'assurer le financement des actions particulièrement lorsqu'elles sont pluriannuelles
- L'approche en prévention/promotion en santé environnementale a permis :
 - De conserver les dynamiques créées dans le cadre de projets formalisés en prévention, tout en préservant les obligations liées aux missions régaliennes et en application des protocoles Préfets/ARS. L'action conjuguée et articulée de ces deux modes d'intervention (projets formalisés de prévention en santé-environnement/actions régaliennes) permet de dégager des leviers d'actions et d'améliorer la qualité et la pertinence des actions conduites
 - D'apporter un affichage clair vis-à-vis des partenaires et des acteurs
 - D'assurer un fonctionnement réactif pour allouer les moyens humains et matériels imposés par le fonctionnement en mode projet et le contexte de plus en plus contraint
- Mise en œuvre du PRSE3 en intégrant la poursuite des actions sur :
 - La pérennisation du réseau de capteurs de surveillance des pollens
 - La poursuite de la mobilisation des professionnels de santé sur les pollens et en particuliers l'ambrosie
 - La poursuite de la surveillance de l'expansion de l'ambrosie en lien avec le conservatoire botanique national et la Fédération Régionale de Défense contre les Organismes Nuisibles (FREDON), et mise à jour de la cartographie

Perspectives à moyen terme

- Maintenir l'intégration du PRSE dans le Projet Régional Santé (PRS) à travers le Schéma Régional de Prévention
- Mener des réflexions sur des plans régionaux de lutte contre l'ambrosie (création de référents communaux, prise d'arrêtés préfectoraux, etc.)
- Travailler à l'amélioration des actions territoriales conduites et à leur évaluation



Priorités à court terme

- Déclinaison du PNSE3 en tenant compte :
 - De l'évaluation du PRSE2
 - Des modalités fixées par l'instruction interministérielle relative à l'élaboration des PRSE3
 - Des actions prioritaires à décliner sur les territoires régionaux

Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée résidant en EHPAD

Contexte

- Il convient d'identifier les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)) avec Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)
- Pour les établissements avec PUI ou pour les EHPAD dépendant d'établissements de santé, le cadre réglementaire est bien défini, concernant la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
- Pour les établissements sans PUI, le cadre réglementaire est en attente (arrêté portant convention-type entre pharmaciens d'officine et EHPAD)
- Est également attendu l'arrêté relatif aux bonnes pratiques de Préparation des Doses à Administrer (PDA)

Enjeux stratégiques

- Dès 1998, le nombre de séjours hospitaliers motivés par des effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des établissements de santé était estimé à 3,2 % de tous les séjours (source : Centres Régionaux de Pharmacovigilance - CRPV). Tendence confirmée à la hausse quatre ans plus tard
- 10 millions de personnes âgées de 65 ans et plus consomment chaque jour sept médicaments ou plus
- La loi de santé publique de 2004 a fait de la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée une des priorités nationales

Réalisations depuis 2011

- Priorité inscrite dans le Schéma Régional de Prévention : la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée
- En 2012 : enquête dématérialisée de l'ARS auprès de 316 EHPAD de Poitou-Charentes qui a permis d'établir un état des lieux sur le circuit du médicament dans les EHPAD (sans PUI) de la région
- Dans le cadre de la gestion du risque orientée vers la qualité et l'efficacité des soins en EHPAD, réalisation annuelle d'une enquête (depuis 2011) à l'issue des journées départementales consacrées aux bonnes pratiques professionnelles liées aux soins. Les établissements sont notamment incités à :
 - Mettre en œuvre une démarche d'alerte concernant la prescription de benzodiazépine chez les résidents
 - Réévaluer la prescription de neuroleptiques aux résidents ayant la maladie d'Alzheimer (ou une maladie apparentée)



- Action de l'Observatoire des Médicaments des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques Poitou-Charentes (OMEDIT) : rédaction du livret GERIAMED, soutenu par l'ARS <http://www.services-esante-poitou-charentes.fr/geriamed/>

Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personnes âgée résidant en EHPAD

- Information et formation des pharmaciens d'officines approvisionnant en médicaments les résidents des EHPAD
- Appui et conseil aux pharmaciens d'officines, aux responsables, médecins coordonateurs et cadres de santé des établissements

Priorités à court terme

- Renforcer la formation des personnels intervenant auprès des personnes âgées résidant en EHPAD
- Développer le réflexe de déclaration des effets indésirables liés à la prise de médicaments, au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV)
- Développer le réflexe de déclaration des effets indésirables liés à l'utilisation de dispositifs médicaux stériles
- Développer la réévaluation régulière de la prescription des benzodiazépines et des neuroleptiques
- Établir et mettre en œuvre des procédures écrites permettant de sécuriser l'action des personnels intervenant auprès des personnes âgées



Perspectives à moyen terme

- En portant les efforts essentiellement sur les EHPAD sans PUI, développer la coordination des professionnels intervenant auprès des résidents, autour du médecin coordonateur
- Étendre la mise en œuvre de procédures écrites visant à sécuriser la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées résidant en établissement

Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Le concept d'ETP au sein du Code de la Santé Publique (CSP) est récent, il est intégré depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, dite « Loi HPST » du 21 juillet 2009. L'ETP fait partie du parcours de soins du patient. Les programmes d'ETP s'adressent aux patients atteints de maladie chronique et visent à améliorer leur autonomie et qualité de vie

Contexte

- Les programmes d'ETP, valables pour 4 ans, sont soumis à un régime d'autorisation suivant un cahier des charges réglementaire qui a été modifié en janvier 2015. Désormais, tous les intervenants d'un programme doivent être formés pour dispenser l'ETP et le coordonnateur désigné doit bénéficier d'une formation spécifique. Les porteurs de programmes autorisés fin 2010 ont sollicité auprès de l'Agence leur renouvellement. Entre octobre 2014 et mars 2015, 45 dossiers de demande de renouvellement ont été déposés à l'ARS. Leur instruction est effectuée à l'aide du cahier des charges et à la lumière du rapport d'auto évaluation quadriennale conduite par les équipes éducatives
- On constate une augmentation continue du nombre de programmes depuis leur 1ère année de fonctionnement en 2011 (passés de 59 fin 2011 à 80 à ce jour) et une part prépondérante des programmes hospitaliers (85 %)

Enjeux stratégiques

La stratégie d'actions est déterminée à partir de l'état des lieux de l'offre en ETP en Poitou-Charentes réalisée en avril 2013 sur la période 2011-2012, et actualisée en 2014 (sur la mise en œuvre 2013) :

- Développer l'ETP en ambulatoire au plus près des patients
- Inciter les porteurs de programmes à

élaborer des programmes ciblant des pathologies prioritaires telles que l'obésité, le cancer, ou la santé mentale

- Améliorer la qualité des programmes
- Favoriser la formation des représentants d'associations de patients
- Développer les échanges entre le milieu de la santé et les associations sportives
- Communiquer sur l'ETP

Réalisations depuis 2011

Instruction des demandes d'autorisation initiale et de renouvellement des programmes d'ETP et suivi annuel des 80 programmes autorisés :

- Développer l'ETP en ambulatoire au plus près des patients :
 - Priorité accordée aux demandes d'accompagnement méthodologique émanant des équipes pluridisciplinaires du secteur ambulatoire (aide au montage de dossiers) - Soutien financier de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS)
 - Démarrage d'un projet de formation-action destiné à sensibiliser à l'ETP les médecins libéraux : pilotage par l'ARS, en partenariat avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins libéraux, un médecin expert, l'IREPS
- Diversifier les pathologies des programmes d'ETP :
 - Appel À Projets (APP) en 2012 pour élaborer des programmes d'ETP concernant les patients atteints d'obésité ou en surpoids ; mise en place de 9 programmes destinés aux personnes obèses
 - Autorisation de programmes ayant répondu à l'AAP de l'Institut National du Cancer en 2014 : Centre hospitalier de Saintonge « programme ETP sous chimiothérapie » et démarrage du

Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

programme ETP en mars 2014 du CHU de Poitiers concernant « les patients sous thérapie orale »

- Améliorer la qualité des programmes :
 - Organisation de la rencontre des coordonnateurs des programmes d'ETP autorisés en région en octobre 2014 sur la thématique de l'évaluation quadriennale, avec la participation de la Haute Autorité de Santé (HAS) ; 70 professionnels participants
 - Financement de formations pour les représentants de patients (3 par an) ; 7 représentants formés sur 2 ans
- Développer les échanges entre le milieu de la santé et les associations sportives :
 - Travail complémentaire de la thématique « nutrition-santé » sur l'élaboration et l'exploitation d'un questionnaire relatif à l'activité physique dans les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)
- Communiquer sur l'ETP :
 - Présentation de l'offre en ETP en Poitou-Charentes aux opérateurs hospitaliers
 - Présentation du cadre juridique et de l'offre en ETP en région aux sessions de la formation validante de l'IREPS en 2012, 2013 et 2014
 - Valorisation et mises à jour régulières sur le site internet de l'ARS des procédures et informations sur l'ETP
- Budget ARS utilisé pour l'ETP en 2014 : 1 560 700 € (dont 49 650 € pour l'IREPS)

Points forts

- Mobilisation forte des coordonnateurs de programmes réunis en septembre 2014
- Effort important des coordonnateurs et de leurs équipes éducatives concernant l'élaboration des rapports d'auto-évaluation quadriennale ; accent mis sur l'amélioration de la qualité des programmes
- Expertise médicale qui a contribué à la mise en place d'une formation-action destinée aux médecins libéraux

Priorités à court terme

La campagne de renouvellement des programmes se poursuit tout au long du 1^{er} semestre 2015 : 34 autorisations accordées et 16 dossiers en cours d'instruction au printemps 2015.

- Poursuite du développement de l'ETP de proximité en ambulatoire : mise en place de la formation-action sous forme de 3 modules aux médecins libéraux ; élaboration d'un cahier des charges spécifique à l'ambulatoire rendant un accès plus facile aux équipes pluridisciplinaires

Perspectives à moyen terme

Réussir le virage ambulatoire et mieux équilibrer les territoires en fonction des pathologies chroniques prédominantes

M Maladies cardiovasculaires

Contexte

Données épidémiologiques régionales (sources ORS Poitou-Charentes) :

- La mortalité par maladie de l'appareil circulatoire observée en Poitou-Charentes sur la période 2009-2011 n'est pas significativement différente de celle observée en France hexagonale, quel que soit le sexe : 259 pour 100 000 personnes pour les hommes et 157 pour 100 000 pour les femmes
- Concernant les nouvelles admissions en Affections Longue Durée (ALD) pour une maladie de l'appareil circulatoire, les taux standardisés pour les hommes sur la période 2009-2011 sont de 753 pour 100 000 personnes en France entière et de 752 en Poitou-Charentes (différence non significative). Pour les femmes, ce taux est significativement moins élevé en Poitou-Charentes (344 pour 100 000 habitants contre 382 en France entière)
- Entre 2010 et 2012, 14 650 nouvelles admissions annuelles en ALD pour maladie de l'appareil circulatoire ont été enregistrées. Sur cette période, les admissions en ALD pour maladie de l'appareil circulatoire représentaient 35 % de l'ensemble des admissions en ALD. Près de six admissions sur 10 (59 %) ont concerné des hommes

Promotion de la santé et prévention :

- Programme National Nutrition Santé et lancement du Plan Sport Santé Bien-être en décembre 2012
- Actualisation du Projet Régional de Santé (PRS) en 2014 : redéfinition de la politique régionale de prévention en matière de nutrition, identification de territoires prioritaires en fonction des indicateurs sanitaires et socio-économiques défavorables

Lancement en décembre 2013 du Plan Régional Sport Santé Bien-être qui vise à accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse et développer la recommandation des ARS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé. Le public cible prioritaire sont les

personnes atteintes de maladies chroniques

Enjeux stratégiques

- Développer, à l'occasion de consultation médicale en médecine ambulatoire, le dépistage du risque et de chacun des facteurs de risque lié aux maladies cardiovasculaires au sein des populations d'hommes de plus de 45 et de femmes de plus de 55 ans pour chaque territoire de santé
- Développer l'effort en Éducation Thérapeutique des Patients atteints de maladies cardiovasculaires sur tous les territoires
- Promouvoir l'adoption de modes de vie sains par le développement de programmes et de projets de promotion et d'éducation pour la santé



Réalisations depuis 2011

- Dépistage du risque et des facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires lors des consultations médicales en médecine ambulatoire : programme développé par les CPAM (Conventions d'Objectifs et de Gestion État (COG) / Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS))
- 10 programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires sur les 82 programmes d'ETP de la région au 31 décembre 2014, dont 6 en ambulatoire

(au 3^{ème} rang des programmes d'ETP après le diabète et l'insuffisance respiratoire)

- Évolution croissante des crédits alloués à la thématique nutrition (alimentation et activité physique) de 256 000 € en 2012 à 347 000 € en 2014 (dont 40 000 € pour le déploiement du plan sport santé bien-être)
- Évolution du nombre d'actions de promotion de la santé et de prévention : de 40 actions en 2012 à 90 actions en 2014 (dont 42 actions « sport santé » afin de promouvoir l'activité physique comme facteur de santé). Publics cibles prioritaires : personnes en situation de précarité. Les actions sont orientées vers la promotion d'une alimentation équilibrée avec un accent particulier apporté à la consommation de fruits et légumes et la promotion d'une pratique d'activité physique régulière
- Les actions menées ont pour objectifs de développer les savoirs (repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS), connaissance des aliments, etc.), les savoir-faire (culinaires, jardinage), le pouvoir-faire (budget alimentaire, approvisionnement), le savoir-être (développement de l'esprit critique face à l'environnement alimentaire)

Points forts

- Développement d'une nouvelle gouvernance de la politique publique de prévention en matière de nutrition, qui s'appuie sur la création d'une plateforme « nutrition - obésité - maladies chroniques - activités physique »
- Optimisation de l'action publique en matière de promotion de la santé et de prévention
- Déploiement d'activités communes entre les différents acteurs à l'échelle de territoires prioritaires

Priorités à court et moyen termes

- Poursuivre la professionnalisation des acteurs et développer l'efficacité des interventions
- Évaluer la gouvernance de la politique publique mise en œuvre

Lutter contre l'obésité

Données épidémiologiques :

- **Obésité de l'enfant à 6 ans** : taux régional de 3 % en 2000, 3,2 % en 2006, 3,5 % en 2013 Vs 3,5 % France en 2013 (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) 2014)
- **Obésité de l'adulte (18 ans et +)** : la prévalence de l'obésité est de 13,8 % de la population de plus de 18 ans et +, le nombre de personnes ayant potentiellement une obésité morbide était d'environ 16 000 (Obésité Épidémiologie (ObEpi) 2012)



Contexte

- Agir pour une prévention précoce du surpoids et de l'obésité en Poitou-Charentes
- Assurer une prise en charge graduée des soins et développer des outils communs concernant la coordination des acteurs
- Mettre en œuvre la mesure 4 et 10 du schéma organisationnel des transports bariatriques avec une stratégie d'équipement et des modalités d'organisation
- Développer des actions d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) obèse en ambulatoire et en hospitalier
- Fluidifier les filières de prises en charge sanitaires

Enjeux stratégiques

- Coordonner une stratégie régionale inter-institutionnelle et pluridisciplinaire pour la déclinaison du Plan obésité en Poitou-Charentes
- Respecter les conditions éthiques de la prévention précoce
- Améliorer la prise en charge de la chirurgie bariatrique

Réalisations depuis 2011

- Développement d'un plan partenarial en lien étroit avec les deux Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) (Prévention, dépistage, prise en charge)
- Développement d'un programme régional d'actions en crèches (alimentation collective et activités physiques), d'ateliers nutrition auprès des assistantes maternelles en milieu rural, de modules nutrition santé des adolescents en établissements d'enseignement agricole, d'une approche des enjeux de la mobilité active dans les documents d'urbanisme, en complément des actions développées par les partenaires régionaux, notamment les membres des CCPP
- Soutien de l'allaitement maternel en maternité (voir fiche « Périnatalité » page 43)
- Élaboration et diffusion aux professionnels de santé visés de deux fiches de synthèse enfants/adolescents et adultes sur les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les nouveaux outils de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)) pour le dépistage et la prise en charge de l'obésité
- Reconnaissance d'un Centre Spécialisé Obésité (CSO) au CHU de Poitiers
- Structuration de la prise en charge de l'obésité sévère de l'adulte par la mise en œuvre de conventions de partenariat entre les différents acteurs privés et publics de la filière

Lutter contre l'obésité

- Mise en œuvre d'un cahier des charges et un questionnaire en vue de la labellisation des unités hospitalière de prise en charge chirurgicale de l'obésité (1^{er} établissement labellisé : Centre hospitalier de Rochefort)
- Appel à projet en 2012 d'éducation thérapeutique intégrant les trois dimensions psychologique, physique et diététique
- États des lieux des transports bariatriques (publics, privés et du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)) dans la région
- Au 31 décembre 2014, huit programmes d'éducation thérapeutiques (ETP) autorisés pour les patients atteints d'obésité, dont trois en ambulatoire

Points forts

- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
- Mobilisation forte des professionnels de santé au sein des différents groupes de travail
- Promotion de la pluridisciplinarité et optimisation des organisations via la labellisation

Priorités à court et moyen termes

- Poursuivre le développement de la prévention précoce à travers les programmes régionaux interinstitutionnels « Petite enfance et nutrition », « enfance, adolescence et nutrition » et les programmes territoriaux « Nutrition et précarité » sur 4 facteurs : alimentation, activité physique, écrans, sommeil
- Développer en région les programmes de sport adapté pour les personnes en obésité dans le cadre du programme régional « Sport, santé, bien être », en liens avec les médecins du premier recours
- Poursuivre la labellisation des unités de prise en charge chirurgicale de l'obésité
- Développer des actions d'éducation thérapeutique en ambulatoire
- Finaliser le schéma régional des transports bariatriques

Santé mentale

Lutter contre le suicide et les addictions

Contexte

Données régionales (source : synthèse documentaire de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Poitou-Charentes) :

- 602 décès annuels associés à des troubles mentaux
- 32 300 bénéficiaires de l'Affection de Longue Durée (ALD) psychiatrique ce qui est moins élevé qu'au niveau national (en taux standardisé)
- 386 décès annuels par suicide (surmortalité régionale de 25 % par rapport à la France chez les hommes et les 75 ans et plus)
- 3 400 séjours hospitaliers pour tentatives de suicide dans les services de courts séjour et 4 900 passages aux urgences estimés suite à une tentative de suicide

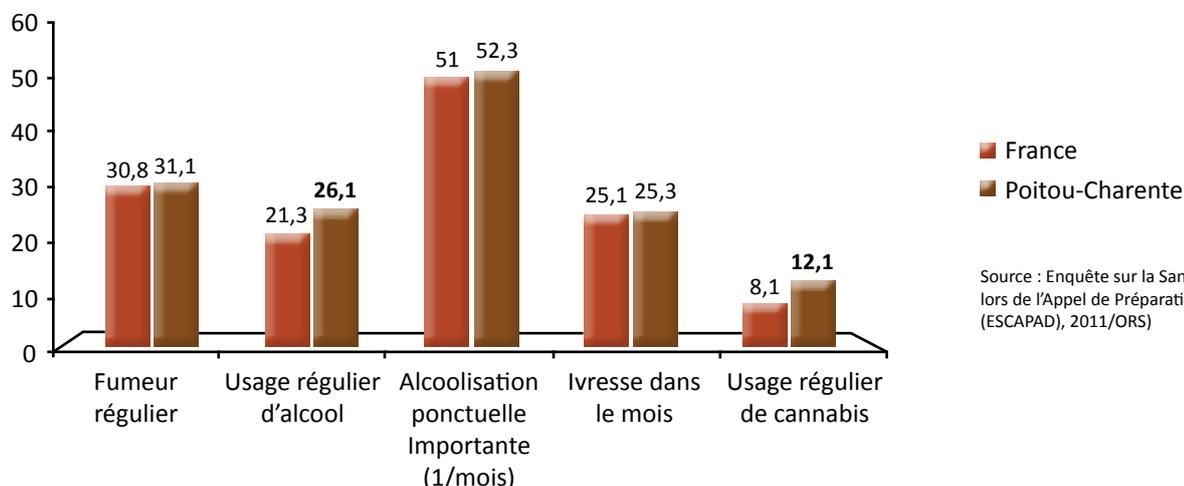
Enjeux stratégiques

Ils situent dans le cadre de la nouvelle gouvernance des politiques publiques définie par la note de cadrage triennale comportant les objectifs communs, spécifiques au volet prévention suicide et au volet addictologie (mai 2014).

Ces enjeux se situent à plusieurs niveaux :

- **À l'échelon régional Poitou-Charentes :** fédérer les acteurs de terrain autour de projets co-construits en tenant compte de l'existant (maillage des coordonnateurs de terrain dans le champ de la prévention suicide, existence de réseaux addicto, etc.)
- **À l'échelon du Grand Sud-Ouest :** appréhender les priorités des autres régions

>> Niveaux de consommation déclarés par les lycéens en France et en Poitou-Charentes (En gras, écarts significatifs)



Source : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD), 2011/ORS

Santé mentale, lutter contre le suicide et les addictions

Réalisations depuis 2011

Élaboration d'une politique publique régionale en santé mentale qui s'est construite par les étapes suivantes :

- Inauguration d'une plateforme régionale « Santé mentale, prévention du suicide et addictions » en mars 2014
- Diagnostic dans le champ de la santé mentale, prévention suicide et addictologie
- Élaboration d'objectifs reconnus par tous
 - Développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge jusqu'à l'adolescence (0 - 12 ans)
 - Éviter l'usage régulier de produits psycho-actifs auprès des publics prioritaires (jeunes scolarisés et non scolarisés)
 - Éviter l'usage à risque de tous produits psycho-actifs et réduire les risques sanitaires auprès des publics prioritaires (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins - PRAPS) et femmes (en désir de grossesse ou enceintes)
 - Prévenir l'usage à risque et réduire les risques (Alcoolisation Ponctuelle Importante)
 - Prévenir l'usage à risque et réduire les risques en milieux festifs
 - Éviter la tentative de suicide, la récurrence et réduire le nombre de suicides chez les publics prioritaires (apprentis, agriculteurs, chefs d'entreprises et personnes endeuillées par le suicide)
 - Renforcer le repérage précoce de la souffrance psychique, l'écoute et l'orientation des publics du PRAPS
- Adhésion des participants à la politique publique de santé mentale
- Appels à projets répondant aux enjeux et objectifs dans un contexte triennal (en 2014, soutien à 22 actions concernant la santé mentale et soutien à 20 actions concernant l'addictologie)

Points forts

- Bonne mobilisation cohérente des partenaires
- Démarche consensuelle à chaque étape

Priorités à court terme

- Poursuite de la mise en œuvre de la politique publique triennale en santé mentale et en addictologie

Perspectives à moyen terme

Les phases de diagnostic, ainsi que l'évaluation en fin de cycle triennal des politiques publiques en santé mentale et addictologie, permettront la mise en œuvre actualisée des objectifs du prochain Projet Régional de Santé (PRS) dans le contexte de la Grande région.



Cancers

Contexte

- En Poitou-Charentes, le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme, la deuxième chez la femme et la première cause de mortalité prématurée (43 % des décès survenus avant 65 ans en 2011) tous sexes confondus. Que l'on se réfère à la mortalité générale ou à la mortalité prématurée, les hommes représentent 60 % des décès. L'incidence moyenne observée entre 2008 et 2011 est d'environ 11 000 cas. Au 31 décembre 2012, 20 % des 279 421 admissions en Affection de longue durée (ALD), étaient des tumeurs malignes
- Dans l'ensemble, on observe une diminution de la mortalité induite par cancer, alors que son incidence augmente
- Ainsi, au-delà de la simple survie et compte tenu de l'augmentation prévisible de sa prévalence, le nouveau défi posé est l'amélioration de la qualité de vie, pendant et après la maladie

Enjeux stratégiques

La thématique Cancer déborde largement le domaine sanitaire (sources et conséquences). Sa lutte nécessite donc la mobilisation d'une multitude d'acteurs, que ce soit avant, pendant ou après la maladie. Ainsi, dans l'optique de la réduction du coût social et humain, ainsi que de celle des inégalités socio-sanitaires et territoriales afférents, l'ARS Poitou-Charentes mise sur l'optimisation de l'action publique par :

- La mise en œuvre d'une gouvernance de la politique publique de lutte contre le cancer, en fédérant toutes les parties prenantes et financeurs autour d'objectifs reconnus et partagés par tous
- Le renforcement des capacités organisationnelles en termes d'optimisation des parcours pour une offre de santé globale et intégrée (exemple : lien ville-hôpital, soins de support intégrés dans le Plan Personnalisé de Soins (PPS)) et ce, à toutes les étapes de la vie

Pour ce faire, trois axes d'interventions prioritaires ont été retenus par l'ARS Poitou-Charentes :

- Les dépistages
- La qualité de vie des personnes concernées par le cancer (prise en charge globale personnalisée)
- Le cancer et le travail



Réalisations depuis 2011

Offre de prévention et promotion de la santé

- Expérimenter de nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement :
 - Intégration de la lutte contre le cancer dans d'autres politiques publiques
 - Étude de faisabilité pour l'intégration des pharmaciens dans le dépistage du cancer colorectal en Charente
- Développer les coopérations et partenariats entre différents acteurs internes et externes à l'ARS
- Construire un plateau technique d'échange d'informations et de compétences
- Soutenir et renforcer la capacité de travail du Registre général des cancers de Poitou-Charentes
- Contribuer à l'amélioration de la qualité des données de surveillance des cancers en France

Offre de soins

- Optimiser les délais d'accès aux plateaux techniques :
 - Augmentation du nombre d'implantation des appareils d'imagerie, dont des postes dédiés au cancer
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins :
 - Procédures d'autorisation
 - Renforcement des Centres de Coordination en Cancérologie (3C)
 - Généralisation de l'utilisation du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC)
 - Passage systématisé de toute personne avec un diagnostic de cancer en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
 - Prise en compte des particularités et spécificités des personnes soignées (utilisation de la fiche FOG en oncogériatrie)

Points forts

- Bonne mobilisation des acteurs (Réseau onco Poitou-Charentes pour la coordination des acteurs)
- Fort engagement des acteurs du secteur ambulatoire dans des modes d'organisation innovants (2 projets de la région sur 5 retenus à un appel à projets de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour l'expérimentation des infirmier(e)s de coordination en cancérologie)

Priorités à court terme

- Travail sur les parcours de santé, en lien avec toutes les directions de l'ARS et les acteurs externes (opérateurs et partenaires)
- Identification des points de ruptures dans le parcours de la personne en intégrant la prévention, les dépistages, les soins et l'après-cancer
- Mise en œuvre de la feuille de route régionale du plan cancer 2014-2019

Perspectives à moyen terme

- Développement de la politique publique de prévention et lutte contre le cancer, en tenant compte :
 - Des éléments résultant de l'analyse des points de rupture du travail sur le parcours de santé « Cancer » en cours
 - Des objectifs retenus et conditionnant la mise en œuvre d'une politique publique en Poitou-Charentes, dans le contexte de la réforme territoriale en cours

Politique de promotion et de prévention pour la préservation de l'autonomie des personnes avançant en âge

Contexte

- Il s'agit de faire face au défi de la révolution de l'âge, caractérisée par une triple transition :
 - Démographique, du fait d'une augmentation de la longévité et d'une croissance forte et continue des classes d'âge les plus élevées
 - Sanitaire, au-delà de la transition épidémiologique, du fait de l'évolution sociale et des changements de comportements
 - Sociologique, du fait de la modification de la famille, la place et le rôle de la génération pivot et de l'évolution des liens intergénérationnels
- Cette révolution de l'âge est porteuse de croissance et génératrice d'un développement économique (cf. services à la personne, qui peut profiter des apports de la révolution numérique et de la Silver économie)
- La région Poitou-Charentes se classe au quatrième rang des régions françaises les plus âgées. La future loi d'adaptation de la société au vieillissement et la future loi de santé offrent une opportunité de réorienter la démarche stratégique vers l'anticipation et la prévention

Enjeux stratégiques

- Adapter la société au vieillissement pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires du progrès porté par l'allongement de la vie

- Anticiper et prévenir la perte d'autonomie dite évitable

Réalisations depuis 2011

L'ARS a choisi d'impulser une dynamique innovante par la création de plateformes de politiques publiques en santé dont celle dédiée à la préservation de l'autonomie des Personnes âgées

Plateforme inaugurée le 20 février 2014

- Réflexion régionale stratégique pour questionner, selon divers angles d'approche, le problème de la perte d'autonomie. Trois groupes de travail ont été créés prenant en compte les données épidémiologiques et les ressources sociologiques :
 - Le Groupe *L'avancée en âge confrontée aux événements de la vie*, s'est intéressé aux ruptures biographiques du parcours des personnes
 - Le Groupe *Les risques évitables à domicile* a mobilisé les concepts de fragilité, de vulnérabilité et de risques
 - Le Groupe *L'incontinence urinaire, facteur d'isolement* s'est intéressé au marqueur social associé à une forte prévalence du problème
- Élaboration de deux documents stratégiques : la convention d'adhésion à la plateforme et la note de cadrage pour un futur appel à projets fixant le cadre du futur partenariat, les principes directeurs, le périmètre de la plateforme, les stratégies d'actions retenues et les objectifs généraux et intermédiaires à partir desquels les projets pourront être proposés

Politique de promotion et de prévention pour la préservation de l'autonomie des personnes avançant en âge

Points forts

- Confrontation d'une démarche descendante (instruments juridiques et plans nationaux) avec une démarche ascendante soutenue par une réflexion croisée des acteurs de terrain. Cela permet de produire un Schéma Régional de Prévention (SRP) partagé, plus riche et laissant de la place à l'innovation
 - Construction d'une logique d'intervention partagée
 - Démarche permettant de renouveler les approches d'intervention : approche écologique du vieillissement, modèles positifs du vieillissement
- L'année 2015 doit permettre la mise en œuvre d'actions sur les différents territoires de la région, répondant aux objectifs fixés, et de consolider la plateforme :
 - Lancement d'un appel à projets dont le cadre est fixé par les travaux menés au cours de l'année 2014
 - Finalisation du cadre logique d'intervention
 - Communication sur les résultats de la plateforme et les perspectives d'évolution (bilan et projections)
 - Alimentation d'un espace collaboratif pour fédérer et consolider un réseau d'acteurs consacrés à la préservation de l'autonomie



Perspectives à moyen terme

Les perspectives pour le prochain PRS seront à définir, en prenant en compte la dynamique des acteurs de la plateforme, les résultats d'évaluation des actions et les instruments réglementaires apportés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Priorités à court terme

- Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur les déterminants de santé et prévenir la perte d'autonomie (deux thématiques qui se croisent)
- Pour la durée de la convention d'adhésion à la plateforme, trois objectifs généraux posés et déclinés avec des priorités en lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement :
 - Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie
 - Identifier et agir sur les facteurs de risque à domicile et les fragilités des personnes âgées
 - Favoriser l'accès aux droits et aux services de proximité pour les personnes âgées

Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)

Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)

Contexte

- Entre 2012 et 2014, le pilotage national du projet du Dossier Médical Personnel (DMP) a été ralenti avant l'annonce d'un changement de maîtrise d'œuvre en 2014. L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP Santé) n'a donc pas pu soutenir le déploiement du DMP en Poitou-Charentes comme d'autres régions ont pu être soutenues avant 2012. Par ailleurs, la région Poitou-Charentes n'a pas été retenue pour participer aux expérimentations nationales lancées sur la Télémédecine
- Au niveau régional il a été nécessaire de finaliser la structuration et la gouvernance autour des projets de Système d'Information (SI) en santé. Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a été signé avec le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé en juin 2014. Le GCS est la Maîtrise d'Ouvrage Régionale Opérationnelle sur les projets SI en santé pilotés par l'ARS

Enjeux stratégiques

Les systèmes d'information sont non seulement un levier essentiel pour la performance du pilotage de la gestion et la transformation de l'organisation des soins, mais désormais une condition de réussite :

- De la coordination des prises en charge des patients, au bénéfice de la qualité et la sécurité des soins dispensés
- De la mise en œuvre des réformes visant à mieux réguler, mieux assurer l'accès de tous les citoyens aux soins (organisation des soins de premier recours, continuité des soins, etc.), et mieux organiser l'offre de soins
- De la mise en place de nouvelles organisations, en particulier celles liées au développement des systèmes d'échanges

et partage des données médicales sans lesquels il ne pourra y avoir d'évolution rapide vers des pratiques médicales collaboratives, propres à améliorer la qualité des soins et l'efficacité de notre système de santé

Réalisations depuis 2011

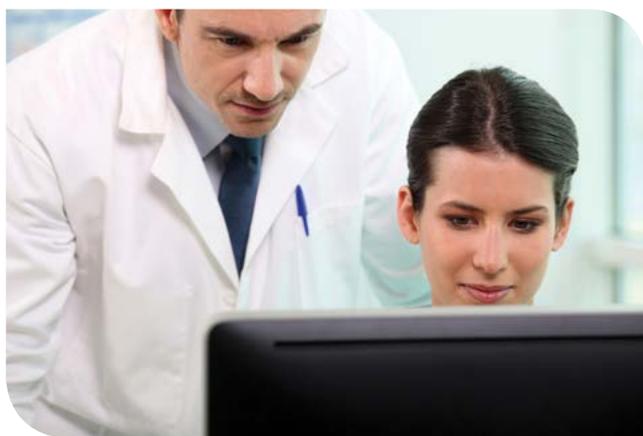
- Poursuite du déploiement de la Messagerie Sécurisée Régionale et préparation de la compatibilité avec la nouvelle norme nationale « MSsanté »
- Lancement du déploiement du DMP en région fin 2013. Déploiement coordonné depuis 2014 avec celui de la Messagerie Sécurisée via un Comité de Pilotage (COPI) unique « Échange et partage des données de santé »
- Lancement du pilotage du programme Hôpital Numérique qui a permis de soutenir en 2014 13 dossiers et 8 établissements de la région sur des projets SI en santé
- Poursuite du déploiement d'outils de coopération entre acteurs de santé et de coordination des parcours : le « Dossier Communicant des Réseaux » pour les réseaux gérontologiques, les Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie (MAIA), une filière moins de 60 ans, soins palliatif ; le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), l'outil d'orientation des patients Via Trajectoire, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), le médico-social
- Poursuite du déploiement de Via Trajectoire
- Premières expérimentations de Télémédecine (Insuffisants Rénaux Chroniques, Cardiologie) et cadrage de la démarche pour le lancement de projets plus importants sur la prise en charge des AVC ou la santé des personnes détenues

Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)

- Contractualisation d'un CPOM avec la maîtrise d'ouvrage régionale sur les SI en santé

Points forts

- Bonne mobilisation des partenaires institutionnels
 - Mobilisation des professionnels de santé au sein des différents comités et groupes de travail
 - Élévation de la maturité des établissements de santé sur les sujets SI qui a favorisé le développement de projets régionaux
- Accompagner l'informatisation des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires
 - Accompagner les chantiers de mutualisation des SI des établissements de santé de la région (mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), développement du programme phare sur les SI, etc.)
 - Faire converger les projets SI en santé et les actions des ARS Poitou-Charentes, Limousin et Aquitaine, et mutualiser les outils mis en place dans ces trois régions (réforme territoriale)
 - Renforcer la sécurisation des SI en santé



Priorités à court terme

- Poursuivre le développement de la télémédecine en région
- Poursuivre le déploiement du programme Hôpital Numérique
- Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée « MSsanté compatible »
- Mettre en place le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) : service de description et connaissance de l'offre de soins sanitaire régionale, d'orientation des patients sur le périmètre sanitaire, ambulatoire et médico-social et d'alimentation des outils consommateurs de l'offre de santé à l'échelle régionale
- Poursuivre le déploiement de l'outil intitulé Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) (cf. plan cancer) et du projet Via Trajectoire (orientation des patients)

Perspectives à moyen terme

Pour le prochain Projet Régional de Santé (PRS), poursuite du déploiement des chantiers cités précédemment, leur montée en maturité et leur évolution vers notamment le secteur médico-social pour les chantiers qui sont principalement déployés aujourd'hui sur le sanitaire.

Les SI en santé pourraient également être plus orientés vers les patients avec la mise en place de services autour de la prévention et de l'information des patients et des usagers. Par exemple, les quelques services suivants :

- Un service public d'information en santé
- Un portail interactif dédié aux patients
- Des services mis à la disposition des patients et dont ils sont directement des acteurs : sélection de leur orientation en fonction de l'offre, demandes d'admission, prises de rendez-vous en ligne, etc.

Schéma Régional des Ressources Humaines en santé (SRRH)

Schéma Régional des Ressources Humaines en santé (SRRH)

Contexte

- Un contexte démographique régional marqué par une forte proportion de personnes âgées
- Une évolution de la population (ralentissement de la croissance et 1/3 de la population aura plus de 60 ans en 2040) qui engendrera des besoins de santé et des métiers, en lien avec la prise en charge du grand âge
- Une démographie des professions de santé défavorable en Poitou-Charentes pour certaines catégories de professionnels par rapport à la moyenne métropolitaine : densité et renouvellement de certains effectifs face aux départs à la retraite
- Des disparités territoriales de répartition de ces professionnels et des secteurs en difficulté pour recruter des professionnels en établissement ou en libéral

Enjeux stratégiques

- Apporter une réponse d'une part, aux secteurs en difficulté pour recruter les professionnels (plus particulièrement ceux de la filière rééducation pour le personnel non médical et pour certaines spécialités médicales), et d'autre part, à l'évolution de la démographie des professionnels de santé peu favorable à la région
- Prévoir et anticiper les compétences nécessaires pour des prises en charge adaptées (plan sur les maladies neuro-dégénératives ; dépistage pour la rétinopathie diabétique et l'accès aux soins ophtalmiques, etc.)
- Développer une nouvelle offre de formation et adapter l'offre de formation existante (formation initiale et continue)

- Fidéliser les jeunes professionnels de santé qui ont été formés en Poitou-Charentes sur les territoires régionaux

Réalisations depuis 2011

- Diagnostic territorial élaboré par le service statistique de l'ARS, qui a mis en évidence les catégories prioritaires de professionnels dont la région Poitou-Charentes a besoin, en confrontant les écarts de densité et leurs évolutions, avec les difficultés pour compenser les départs à la retraite d'ici 2020 par les jeunes professionnels. Besoin avéré de professionnels de la filière de rééducation pour les personnels non médicaux (orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychomotriciens) et dans les spécialités médicales suivantes : gynécologie-obstétrique et médicale, la psychiatrie, la radiologie, l'anesthésie-réanimation et l'ophtalmologie
- Accompagnement financier des établissements de santé et de certains Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dans la mise en place de leur Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). Cette GPEC permet aux établissements d'anticiper les besoins en professionnels et de déterminer les compétences nécessaires aux prises en charge
- Accompagnement financier des Établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) du secteur des personnes âgées pour développer les études promotionnelles pour avoir du personnel qualifié apte à faire face aux changements et aux évolutions dans les prises en charge
- Élaboration d'une cartographie régionale des métiers avec l'Association Nationale

Schéma Régional des Ressources Humaines en santé (SRRH)

pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier (ANFH) pour fournir des éléments d'information quantitatifs sur les métiers exercés en Poitou-Charentes et pour élaborer des analyses qualitatives puis prospectives sur les problématiques en Ressources Humaines, au service d'une gestion anticipative et préventive des ressources humaines. Cette cartographie permettra d'identifier les métiers en tension et émergents au sein des territoires et d'adapter la politique ainsi que l'offre de formation

- Adaptation de l'offre de formation existante :
 - Pour les professionnels non médicaux : avec deux projets de création d'institut de formation initiale en ergothérapie et en orthoptie ; avec l'augmentation des quotas pour les instituts de formation de kinésithérapie et d'orthophonie
 - Pour le personnel médical : en promouvant les terrains de stage chez les médecins libéraux dans le cadre de la formation des internes de médecine générale ainsi que le post-internat. Accompagnement financier pour augmenter le nombre de postes d'assistants spécialistes partagés afin d'apporter un complément de formation aux jeunes médecins et de les fidéliser sur les territoires
- Diversifier les modalités d'exercice en informant sur les coopérations professionnelles, les nouvelles autorisations d'exercice et en promouvant les maisons de santé pluridisciplinaires et l'intérêt du travail pluridisciplinaire

Points forts

Un partenariat bien établi et constructif :

- Avec le Conseil régional pour les actions en direction des professionnels de santé non médicaux
- Avec les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) pour l'accompagnement des professionnels de santé non médicaux dans le cadre de la formation continue et des études promotionnelles
- Avec la Faculté de médecine et le CHU

de Poitiers pour la formation des internes et pour étudier les problématiques de fidélisation des jeunes médecins formés puis d'incitation à l'installation en Poitou-Charentes

Priorités à court terme

- Ouverture en octobre 2015 d'un institut de formation initiale en ergothérapie
- Ouverture en septembre 2016 d'un institut de formation initiale en orthoptie
- Augmentation des quotas en formation initiale pour la kinésithérapie et l'orthophonie en septembre 2016
- Poursuite du développement du post-internat avec les postes d'assistants spécialistes partagés
- Mise en place des conventions entre les centres hospitaliers et des jeunes kinésithérapeutes libéraux pour développer la coopération et permettre à ces derniers d'exercer une journée par semaine en milieu hospitalier
- Développement de l'apprentissage pour les jeunes en formation en kinésithérapie afin de les fidéliser sur les territoires
- Développement des études promotionnelles pour les psychomotriciens afin de maintenir ces professionnels sur les territoires, en l'absence d'institut de formation initiale

Perspectives à moyen terme

- Déterminer les instituts de formation dont la future région a besoin et les mutualisations à conduire afin de répondre aux différentes problématiques soulevées dans les territoires
- Gestion renforcée des problématiques des disparités territoriales et d'attractivité des territoires : la cartographie des métiers en Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes et la mise en œuvre de la GPEC ou la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)
- Gestion renforcée des problématiques de l'internat et du post-internat

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Contexte

- Le PRAPS a été créé en 1999 par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Il s'agit d'un programme visant à définir des actions coordonnées de prévention et d'éducation pour la santé, de soins, de réinsertion et de suivi à mettre en œuvre pour améliorer la santé des personnes démunies
- Le programme a été confirmé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (dite « loi HPST ») du 21 juillet 2009 comme un programme obligatoire du PRS (L.1411-11 CSP)
- Il est un programme de santé publique, contribuant à l'objectif de réduction des inégalités de santé

Le PRAPS est :

- Centré sur les personnes les plus éloignées du système de santé (publics cibles : jeunes adultes et adultes en insertion sociale, jeunes en difficulté et en particulier ceux sortis du système scolaire, ruraux isolés, familles monoparentales, gens du voyage, grands marginaux, personnes en errance, SDF, migrants, personnes sous main de justice, personnes se prostituant, etc.)
- Développé sur l'ensemble des territoires de la région en prenant notamment appui sur les Ateliers Santé Ville (ASV) et les Contrats Locaux de Santé (CLS)
- Fondé sur une approche transversale, il favorise les liens entre politiques sociales et sanitaires

Enjeux stratégiques

Finalités retenues au regard des bilans des précédents PRAPS :

- Avoir l'accès effectif aux droits, à la

prévention et aux soins (dont l'ouverture des droits)

- Adapter l'offre afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de santé possible
- Poursuivre le développement de projets de promotion de la santé afin de réduire les ISS
- Rapprocher les acteurs de la santé, de la prévention, du soin et de l'accompagnement social pour garantir une bonne prise en charge des populations visées
- Améliorer de façon continue la qualité des actions (en cohérence avec les objectifs du Schéma Régional de Prévention (SRP) notamment)

Réalisations depuis 2011

En lien étroit avec les objectifs définis dans le schéma régional de prévention :

- Des travaux d'études et des enquêtes principalement confiés à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS)
- Des appels à projets annuels lancés par l'ARS et dédiés à la réalisation de ce programme : des actions portant sur des objectifs de santé publique définis en matière de nutrition, santé mentale, d'accès à la prévention et aux soins, etc.
- Des démarches partenariales pluri-annuelles (volet santé des contrats de ville, CLS, etc.)
- Des démarches intersectorielles avec notamment l'Éducation Nationale, les collectivités, la Mutualité Française, la PJJ, etc.
- Des engagements territoriaux (CLS, contrats ville, etc.)
- Des expérimentations : territoire de Haute-saintonge, etc.

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

- Une enquête en cours sur le renoncements aux soins en Poitou-Charentes

Points forts

- Programme qui peut être fédérateur au sein de l'ARS au bénéfice d'un fonctionnement décloisonné (ambulatoire, soins primaires, prévention, médico-social, etc.)
- Existence d'instance et de dispositifs visant à faciliter la coordination entre les acteurs (Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP), Conférences de territoire, etc.)
- Programme de troisième génération qui s'adapte aux évolutions et à de nouveaux modes d'organisation
- Intégration de ce programme au sein du PRS

Priorités à court terme

- Révision du PRAPS
- Évaluation des Contrats Locaux de Santé (CLS)
- Montée en charge des politiques publiques en santé publique
- Renforcement du soutien aux parcours de santé

Glossaire

Glossaire

ALD Affection Longue Durée

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANFH Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

APAJH Association Pour Adulte et Jeune Handicapé

ARAC Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de travail

ARS Agence Régionale de Santé

ASALEE - Association ASALEE : Action Santé Libérale En Équipe pour l'amélioration de la qualité des soins

ASIP Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé

AVC Accident Vasculaire Cérébral

BNA Banque Nationale Alzheimer

CAMSP Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CAQCS Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins

CCPP Commission de Coordination des Politiques Publiques

CESP Contrat d'Engagement de Service Public

CH Centre hospitalier

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CHT Communauté Hospitalière de Territoire

CIMA Corpus minimum d'Information de la Maladie d'Alzheimer

CISSPC Collectif Interassociatif sur la Santé de Poitou-Charentes

CLIC Centre Local d'Information et de Coordination

CLS Contrat Local de Santé

CM Consultation Mémoire

CME Commission Médicale d'Établissement

CMP Centre Médico-Psychologique

CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMRR Centre Mémoire de Ressources et de Recherches

CNP Comité National de Pilotage (des ARS)

CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COD Centre Opérationnel Départemental

CODAMUPS - TS COmité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

COGEMS Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage de Poitou-Charentes

CRA Centre Ressources Autisme

CRDS Cellule Régionale de Défense et de Sécurité

CRTL Centre Référent des Troubles du Langage

CP Commission Permanente

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRI Commission Régionale d'Inscription (des psychothérapeutes)

CROM Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

CRSA Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

CRUQ-CRUQPEC Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge

CSMS Commission Spécialisée pour les prises en charge et accompagnements Médico-Sociaux (CRSA)

CSOS Commission Spécialisée d'Organisation des Soins (CRSA)

CSP Code de la Santé Publique

CSP Commission Spécialisée de Prévention (CRSA)

CSU Commission Spécialisée dans le droit des Usagers (CRSA)

CT Conférence de Territoire

CUMP Centre d'Urgence Médico-Psychologique

CVAGS Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire

DAF Dotation Annuelle de Financement ou de Fonctionnement

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DIRECCTE Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMP Dossier Médical Personnel

DRAAF Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DREAL Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DRFIP Direction Régionale des Finances Publiques

DRJSCS Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DT Délégation territoriale (ARS)

DU Diplôme Universitaire

DYS Troubles cognitifs spécifiques, troubles du langage et des apprentissage comme la dyslexie, la dysorthographe, la dyspraxie et la dyscalculie

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMSP Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

ENRS Espace Numérique Régional de Santé

EPS Établissement Public de Santé

ESA Équipe Spécialisée Alzheimer

ESAT Établissement et Service d'Aide par le Travail (anciennement CAT – Centre d'Aide par le Travail)

ESMS Établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP Éducation Thérapeutique du Patient

FAM Foyer d'Accueil Médicalisé

FEHAP Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs

FHF Fédération Hospitalière de France

FHP Fédération de l'Hospitalisation Privée

FIQCS Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

GCS Groupement de Coopération Sanitaire

GDR Gestion Du Risque

GIR Groupe Iso-Ressources

GPEC Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GPMC Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

GRSE Groupe Régional en Santé-Environnement

GRSP Groupement Régional de Santé Publique

HAD Hospitalisation À Domicile

HAS Haute Autorité de Santé

HC Hospitalisation Complète

HDJ Hospitalisation De Jour

HPST Loi portant réforme de l'Hôpital, et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite « loi HPST »)

ICAE Inspection, Contrôle, Audit, Évaluation (ARS)

ICALIN Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ICATB Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques

ICSHA Indicateur Composite de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques

IME Institut Médico-Educatif

INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

InVS Institut national de Veille Sanitaire

IPAQSS Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

IREPS Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

IRM Imagerie par Résonance Magnétique

ITEP Institut Éducatif, Thérapeutique et Pédagogique

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS Maison d'Accueil Spécialisé

MCO Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

MIGAC Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MMG Maisons Médicales de Garde

MSA Mutualité Sociale Agricole

MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

OPCA Organisme Paritaire des Collecteurs Agréés

ORS Observatoire Régional de la Santé

PAOT Plan d'Action Opérationnel de Territoire

PAPS Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

PASA Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PAERPA Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PDS Permanence des Soins

PDSA Permanence Des Soins Ambulatoires

- PDSES** Permanence Des Soins en Établissements de Santé
- PEP** Pupille de l'Enseignement Public
- PNSE** Plan National Santé-Environnement
- PRAPS** Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- PRGDR** Programme Régional de Gestion Du Risque
- PRIAC** PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- PRS** Projet Régional de Santé
- PRSE** Plan Régional Santé-Environnement
- PRST** Plan Régional de Santé au Travail
- PSRS** Plan Stratégique Régional de Santé
- PRT** Programme Relatif à la Télémédecine
- PTMA** Praticien Territorial en Médecine Ambulatoire
- PTMG** Praticien Territorial de Médecine Général
- PUI** Pharmacie à Usage Intérieur
- RSI** Régime Social des Indépendants
- SAAD** Service d'Aide À Domicile
- SAMSAH** Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- SAMU** Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SCORAN** Stratégie de Cohérence Régionale d'Aménagement Numérique
- SDRSIS** Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information de Santé
- SESSAD** Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile
- SGAR** Secrétaire Général aux Affaires Régionales
- SIOS** Schéma Interrégional d'Organisation des Soins
- SMUR** Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SPASAD** Service Polyvalent de Soins et d'Aide à Domicile
- SROMS** Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
- SROS** Schéma Régional d'Organisation des Soins (hospitalier et ambulatoire)
- SRRH** Schéma Régional des Ressources Humaines du système de santé
- SSIAD** Service de Soins Infirmiers À Domicile
- SSR** Service de Soins de Suite et de Réadaptation
- TED** Troubles Envahissants du Développement
- TEPSCAN - TEP Scanner** Tomographie par Émission de Positons
- TROD** Test Rapide à Orientation Diagnostique (pour le VIH)
- UCC** Unité Cognitivo-Comportementale
- UGAP** Union des Groupements d'Achats Publics
- UHR** Unité d'Hébergement Renforcé
- ULIS** Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
- UNIFAF** : Union du Fonds d'Assurance Formation de la branche sanitaire, sociale et médico sociale
- URPS** Union Régionale des Professionnels de Santé
- USP** Unité de Soins Palliatifs
- USLD** Unité de Soins de Longue Durée
- VIH** Virus de l'Immunodéficience Humaine
- VSS** Veille et Sécurité Sanitaire
- ZAP** Zonage d'Accompagnement Prioritaire
- ZOC** Zonage Opposable Conventionnel

Contributions

Le présent ouvrage est le fruit d'un travail collectif important, de la construction et l'alimentation de la maquette générale de suivi du Projet Régional de Santé, à la rédaction des 58 fiches thématiques présentées à la CRSA (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie) entre mai et septembre 2015.

L'équipe projet tient à remercier l'ensemble des contributeurs qui ont permis la réalisation de ce document, tout particulièrement les référents thématiques qui ont synthétisé les éléments de bilan de chaque politique portée par les schémas et programmes du Projet Régional de Santé.



ARS Poitou-Charentes (siège)

4 rue Micheline Ostermeyer - BP 20570
86021 Poitiers Cedex
Tél : 05 49 42 30 50

ars-pch-contact@ars.sante.fr

www.ars.poitou-charentes.sante.fr

Site de Charente

8 rue du Père Joseph Wrésinski - CS 22321
16023 Angoulême Cedex

Site de Charente-Maritime

2 avenue de Fétilly - CS 90583
17021 La Rochelle Cedex

Site des Deux-Sèvres

6 rue de l'Abreuvoir - CS 18537
79025 Niort Cedex

Directeur de la publication : François Fraysse, Directeur général par intérim de l'ARS Poitou-Charentes
Rédaction : Cabinet et Direction des Opérations - ARS Poitou-Charentes
Conception/réalisation : Service communication - ARS Poitou-Charentes

