



WAVESTONE

**Rapport d'évaluation du Projet
Régional de Santé (PRS) 2012-2017
Picardie**

Novembre 2016



Sommaire

1	Le cadre d'évaluation : contexte et objectifs	3
2	La méthode retenue pour l'évaluation	3
2.1	Périmètre	3
2.2	Gouvernance	4
2.3	Questions évaluatives	4
2.4	Modalités d'investigation choisies	4
3	Résultats de l'évaluation	5
3.1	Effets de la charte de coopération en faveur de la prise en charge du handicap psychique pour les usagers d'établissements et services médico-sociaux de l'Oise	5
3.2	Effets des mesures en faveur de l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux	10
3.3	Effets des mesures pour l'accès aux droits et aux soins mises en œuvre dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et du Plan de Lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale	15
3.4	Effets des dispositifs de prévention et promotion de l'activité physique et de la nutrition déployés dans le cadre de la convention entre l'Education Nationale, l'ARS et la DRAAF	20
4	Annexe 1 : contributeurs	24
4.1	Contibuteurs : référents ARS	24
4.2	Contributeurs : participants aux focus group	24
5	Annexe 2 : Bilan des principales réalisations du PRS Picardie 2012-2017	28
5.1	Les principaux enjeux du Plan stratégique régional de santé	28
5.2	ORIENTATION N°1 : adapter l'offre de santé aux besoins	29
5.3	ORIENTATION n°2 : Faciliter la prise en charge et l'accompagnement de proximité	34
5.4	ORIENTATION N°3 : Assurer la continuité du parcours de sante	46
5.5	ORIENTATION N°4 : Assurer la sécurité des prises en charge	51
5.6	ORIENTATION N°5 : Favoriser le maintien en milieu de vie	52
5.7	ORIENTATION N°6 : Sécuriser l'environnement de la population	54

1 Le cadre d'évaluation : contexte et objectifs

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009 et son décret d'application de 2010 introduisent l'obligation de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS). Celui-ci définit, pour cinq ans, les objectifs de l'ARS liés à ses domaines de compétences (prévention, sanitaire et médico-social) et les mesures à mettre en œuvre pour les atteindre.

Inscrite dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), l'évaluation du PRS de Picardie 2012-2017 a été réalisée en deux étapes :

- › en 2015, l'évaluation intermédiaire a permis d'analyser les premiers résultats de douze actions prioritaires en Picardie, avec comme fil conducteur la coordination des acteurs. http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/PRS_Picardie_web.pdf
- › en 2016, l'évaluation finale, réalisée en parallèle de celle du PRS Nord-Pas-de-Calais (2011-2016), a vocation à alimenter, en complément de l'évaluation intermédiaire, les travaux d'élaboration du PRS II pour la région Hauts de France.

L'objectif de cette évaluation est d'apporter une vision rétrospective des apports du PRS en tant que vecteur d'amélioration du système de santé et de relever les principaux enseignements des résultats obtenus, sur une sélection de quatre thématiques.

Ces thématiques sont un approfondissement de quatre actions analysées dans le cadre de l'évaluation intermédiaire. L'évaluation de 2016 du PRS Picardie est donc complémentaire à l'évaluation de 2015.

L'évaluation finale comprend également un **bilan des principales réalisations du PRS de Picardie**: actions et dispositifs mis en place par l'ARS, en collaboration avec ses partenaires, de janvier 2012 à octobre 2016 (cf. annexe).

2 La méthode retenue pour l'évaluation

2.1 Périmètre

Le périmètre d'évaluation recouvre **quatre thématiques (ensembles de dispositifs et/ou actions mesurables mises en place)** identifiées par l'ARS recouvrant les domaines de la prévention, du médico-social et du sanitaire :

- › La charte de coopération développée en faveur de la prise en charge du handicap psychique pour les usagers d'établissements et services médico-sociaux de l'Oise, mise en œuvre dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS)
- › Les mesures en faveur de l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux, mises en œuvre dans le cadre du volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)
- › Les mesures pour l'accès aux droits et aux soins mises en œuvre dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et du Plan de Lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale
- › Les dispositifs de prévention et promotion de l'activité physique et de la nutrition en milieu scolaire, déployés dans le cadre d'une convention entre l'Education Nationale, l'ARS et la DRAAF (prévue par le Schéma Régional de Prévention (SRP))

Le périmètre des mesures et dispositifs évalués a été spécifié pour chaque thématique en fonction du niveau de réalisation et dans une logique de complémentarité avec les contenus évalués en 2015.

2.2 Gouvernance

La présente évaluation a été pilotée par la sous-direction en charge du PRS au sein de la Direction de la Stratégie et des Territoires (DST).

Pour chacune des 4 thématiques sélectionnées, des référents internes ont été impliqués dans le cadrage du périmètre d'étude, l'élaboration du questionnement évaluatif, la collecte de données et l'organisation des réunions de focus group.

2.3 Questions évaluatives

La présente évaluation constitue une étude de l'efficacité des dispositifs sélectionnés en termes de réponse aux besoins des professionnels, institutions et usagers.

Les principales questions évaluatives, spécifiées pour chacune des 4 thématiques d'approfondissement, sont les suivantes :

- › Les dispositifs/actions ont-ils eu des effets sur les pratiques de professionnels, sur les relations entre les professionnels? Pour quels bénéfices ?
- › Les dispositifs/actions ont-ils eu des effets sur l'accompagnement et la prise en charge des usagers ? Pour quels bénéfices ?
- › Quel a été le niveau d'utilité des actions menées au regard des besoins ou enjeux initialement identifiés ? Quels seraient les points d'amélioration ?
- › Quels sont les facteurs clef de succès et les freins identifiés pour la mise en œuvre de ces dispositifs/actions ?

2.4 Modalités d'investigation choisies

Les référents internes à l'ARS sur les sujets évalués ont été mobilisés afin de cadrer le périmètre d'évaluation et d'appuyer la formulation des questions évaluatives.

Une évaluation qualitative a été réalisée par **le recueil du retour d'expérience de professionnels et acteurs de terrain** directement concernés par les dispositifs évalués et/ou impliqués dans leur déploiement. Pour ce faire, des **focus group** réunissant des professionnels ont été organisés en juillet et en septembre 2016, ainsi que des entretiens téléphoniques complémentaires.

Ainsi, **68 professionnels** ont été mobilisés, dont :

- › 23 professionnels pour un échange sur les effets de la charte médico-sociale (représentants d'ESMS dans le champ du handicap et de la personne âgée - deux réunions de focus group menées)
- › 14 professionnels pour un échange sur les effets des dispositifs de prévention et promotion de la nutrition et de l'activité physique en milieu scolaire (opérateurs, représentant d'institutions, représentants d'établissements scolaires : une réunion de focus group réalisée et 6 entretiens téléphoniques)
- › 21 professionnels pour un échange sur les mesures d'attractivité du territoire pour la formation et l'installation de professionnels libéraux (professionnels de santé libéraux, représentants d'institutions : une réunion de focus group réalisée et 6 entretiens téléphoniques)
- › 10 professionnels pour un échange sur les mesures d'amélioration de l'accès aux droits et aux soins (représentants d'établissements, de PASS, d'institutions : une réunion de focus group réalisée)

Dans la mesure des données disponibles, des indicateurs ont pu être relevés afin de compléter l'analyse d'un point de vue quantitatif.

En parallèle, une étude documentaire a été menée afin de dresser le bilan des résultats obtenus à partir des bilans d'évaluation intermédiaire fournis.

3 Résultats de l'évaluation

3.1 Effets de la charte de coopération en faveur de la prise en charge du handicap psychique pour les usagers d'établissements et services médico-sociaux de l'Oise

3.1.1 Contexte

La continuité de la prise en charge est l'une des priorités du Plan Régional de Santé. Les diagnostics réalisés à l'occasion de l'élaboration du SROMS et du schéma départemental de l'autonomie ont identifié **l'existence de ruptures dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques liés à une pathologie mentale, un handicap psychique ou aux conséquences d'une maladie neurodégénérative, et résidant au sein d'établissements et structures médico-sociales (ESMS)**. Si ces difficultés interviennent dans un contexte de déficit de psychiatres sur le territoire (une densité régionale sensiblement inférieure aux moyennes nationales : 12,6 psychiatres pour 100 000 habitants contre 22,9 en France en 2016¹) associé à un besoin croissant de suivi psychiatrique pour ces populations, elles relèvent également **d'enjeux de coordination et de coopération entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social autour des parcours de prise en charge**.

L'Agence s'est engagée en faveur d'une réponse aux besoins de suivi psychiatrique de ces personnes par la co-construction avec le CHI de Clermont, le Conseil Départemental de l'Oise et les représentants d'usagers **d'une charte « socle » des modalités de coopération entre le CHI de Clermont et les ESMS de l'Oise**. L'ambition de la charte, adoptée en décembre 2013, a été **de structurer et d'inciter la mise en place de conventions bipartites entre le CHI Clermont et les nombreux ESMS du territoire**, afin d'engager des partenariats sur une base commune tout en favorisant une adaptation aux spécificités des établissements.

A fin 2015, **107 conventions bilatérales ont été signées** entre le CHI et les structures médico-sociales.

3.1.2 Evaluation des effets de la charte de coopération

Enjeux initiaux

Les principaux enjeux relatifs au suivi psychiatrique des personnes âgées ou handicapées résidant en ESMS ont été mis en lumière au travers des besoins et difficultés exprimés par les professionnels et rappelés dans le cadre de l'évaluation des impacts.

Au niveau de la **prise en charge des résidents** :

- › Une difficulté d'anticipation et de prévention des situations de crise, à l'origine de recours fréquents aux services d'accueil des urgences,
- › Un accès à la prise en charge et une régularité de suivi à renforcer (notamment en Centre Médico Psychologique - CMP). Les professionnels constatent une évolution de l'état psychique des résidents, qui se traduit par un besoin de suivi sur le long terme de plus en plus important,
- › Des parcours de soins nécessitant d'être structurés (ex. des résidents ne bénéficiant pas d'un suivi post hospitalisation, l'absence de suivi adapté pour les malades d'Alzheimer, des parcours de soins non définis et/ou complexes) et sources de déstabilisation pour le résident (par exemple : stress lié au déplacement du résident ou au passage par les urgences impliquant des modifications du comportement) ainsi que pour son entourage (Difficulté des aidants face à l'absence de solution ou de place d'hébergement spécifique à la prise en charge du proche).

¹ <http://www.conseil-national.medecin.fr/>

Au niveau des **équipes des Etablissements Médico-Sociaux (ESMS)** :

- › Des professionnels non formés à une prise en charge psychiatrique de plus en plus lourde des résidents, et une faible présence de psychiatres au sein des ESMS,
- › Une communication entre les équipes des ESMS et celles des structures de soin nécessitant d'être renforcée et structurée (transmissions et concertation des équipes au moment d'une hospitalisation),
- › Un manque de coordination entre les équipes des ESMS et les équipes hospitalières rendant difficile le retour des résidents dans la structure d'accueil,
- › Une hétérogénéité dans les protocoles de prise en charge des CMP des différents secteurs impactant la lisibilité des parcours pour les résidents et les professionnels des ESMS

Rappel des engagements de la charte

La charte est porteuse d'engagements réciproques développés autour de 3 principales orientations :

- › **Renforcer l'accès aux structures hospitalières et ambulatoires de prise en charge**, notamment par amélioration des conditions d'orientation (information sur la sectorisation à destination des ESMS) et une garantie d'accès aux CMP, CATTP et hôpitaux de jours sur indication d'un psychiatre
- › **Etablir des principes de coordination et de concertation entre les équipes autour du parcours du résident atteint de troubles psychiatriques**, dans le sens d'une limitation des hospitalisations évitables et d'une fluidité des parcours des patients
- › Enfin, **développer une culture psychiatrique commune** par la réalisation de stages croisés, la mise en place de temps de psychiatres en ESMS, le partage de pratiques.

Objectifs et portée de l'évaluation

L'évaluation des impacts de la démarche de la Charte sur le handicap psychique est issue des retours d'expérience de **21 professionnels représentant d'établissements et services médico-sociaux du département de l'Oise ayant signé une convention avec le CHI de Clermont**, dont 14 représentants d'EHPAD et 7 représentants de structures spécialisées dans la prise en charge du handicap (MAS, FAM, ESAT).

Une réunion d'échanges par champ (personne âgée, personne handicapée) a été réalisée, avec pour objectifs:

- › L'évaluation des effets constatés sur les pratiques professionnelles, les relations entre le CHI et les ESMS, et la qualité de prise en charge et le parcours de l'utilisateur.
- › Le partage des facteurs clés de succès et freins de ce dispositif

En raison du départ de l'équipe pilote du CHI de Clermont à l'origine de la démarche, les représentants du CHI n'ont pas pu être interrogés dans le cadre de cette évaluation. Ils ont toutefois été interviewés dans le cadre de l'évaluation intermédiaire du PRS Picardie 2012-2017.

Les effets sur la qualité de la prise en charge et du parcours des usagers sont évalués du point de vue des professionnels de santé (absence de représentant(s) des usagers).

Une première étape dans la structuration de la filière psychiatrique des établissements sociaux et médico-sociaux

Une meilleure coordination entre le CHI Clermont et les ESMS favorable à l'évolution des pratiques professionnelles

La mise en œuvre des conventions a permis la création de partenariats ou la formalisation de relations de partenariats préexistantes entre le CHI Clermont et certains ESMS.

L'application de la charte a globalement facilité la coordination entre les équipes des ESMS et du CHI de Clermont. Les acteurs sollicités mettent prioritairement en avant **l'acquisition d'une meilleure connaissance mutuelle**. Les professionnels engagés dans les partenariats sont davantage conscients des problématiques et contraintes réciproques (par exemple le nombre limité de lits de psychogériatrie au CHI de Clermont) ce qui contribue à faciliter les échanges.

La démarche a impulsé la mise en place de **temps d'échanges et de concertation** entre les équipes des ESMS et du CHI, permettant **l'acquisition de regards croisés entre les professionnels sur la prise en charge du patient**. Les modalités déployées sont variables en fonction des contextes et de la nature des conventions :

- › Passages réguliers du psychiatre et/ou de l'infirmière de psychiatrie en ESMS
- › Organisation de visites croisées des services
- › Mise en place de temps de concertation sur la situation d'un résident, par exemple par la participation d'un professionnel d'ESMS à des réunions dédiées au CHI
- › Venue des équipes du CHI dans l'ESMS pour accompagner le retour d'un résident
- › Développement de modalités de communication quotidiennes entre les équipes (exemple : transmissions rendues plus systématiques, contacts téléphoniques réguliers)
- › Sollicitation par le CHI d'une évaluation de situation d'un patient en vue de son admission dans une structure d'accueil

Certaines structures ont également bénéficié **de temps de stage croisés** permettant l'immersion d'agents d'ESMS au sein du CHI sur des courtes périodes qui ont favorisé **le partage d'outils et de méthodes de travail**.

Le développement des relations entre les équipes et plus particulièrement **le recours facilité aux compétences des équipes de psychiatrie**, directement dans l'ESMS ou par téléphone ont contribué à **une sensibilisation des équipes des ESMS à la prise en charge des troubles psychiatriques**. La plupart des professionnels interrogés constatent **une évolution des pratiques professionnelles** caractérisée par une meilleure appréhension de ces troubles et des réactions nécessaires. L'importance de ces effets est généralement associée par les professionnels interrogés à la possibilité d'une présence physique régulière d'un psychiatre du secteur au sein de l'ESMS, et/ou à la réalisation de stages croisés.

Des améliorations du parcours du résident atteint de troubles psychiatriques

Lors d'interventions ponctuelles ou du suivi du résident en ESMS :

Une amélioration de la régularité du suivi psychiatrique des résidents a été principalement obtenue par le détachement de temps de psychiatres en ESMS (en général 1 demi-journée par semaine) lorsque cela a été possible, et par le développement de contacts entre les structures permettant de solliciter l'avis d'un médecin psychiatre ou des équipes soignantes plus facilement. **Le développement des relations entre les équipes facilite la prise en charge des résidents sur le long terme comme en cas de crise**.

Par ailleurs, l'évolution des pratiques professionnelles a permis aux agents d'adapter plus régulièrement les traitements et ainsi de mieux prévenir les situations de crise et de **réduire le nombre d'hospitalisations** (« Les résidents vont mieux et les familles sont rassurées »).

En revanche, les capacités d'orientation du patient vers le secteur de psychiatrie le plus adapté n'ont pas toujours pu être améliorées. Le niveau d'information des équipes d'ESMS sur la sectorisation et la qualité des relations avec les secteurs et les CMP apparaît en effet variable (des relations qui demeurent acteur-dépendantes, et une absence de déploiement d'une plateforme téléphonique animée par le CHI, qui était destinée à informer les ESMS notamment).

Dans le cadre d'une hospitalisation:

Les effets relevés sont très contrastés selon les établissements.

Dans certains cas, les professionnels ont observé **une forte amélioration de la prise en charge des situations de crise**. Dans le cadre des conventions, le patient est identifié en tant que résident d'un ESMS partenaire et les professionnels constatent un accès aux soins plus rapide, un traitement mieux adapté et la mise en place d'un contact régulier entre les équipes des ESMS et les équipes soignantes du CHI au cours de l'hospitalisation. **Le recours aux urgences pour l'admission des résidents a ainsi généralement pu être réduit.**

La mise en œuvre des conventions a permis d'**améliorer les conditions de retour d'hospitalisation** par une amélioration des contacts entre les deux parties. Les professionnels relèvent une transmission régulièrement ou systématiquement faite auprès des équipes des ESMS. Dans certains cas, un représentant de l'ESMS d'accueil se déplace au CHI afin de faciliter le retour du résident. Pour d'autres établissements, aucun changement n'a été constaté suite à la mise en œuvre du partenariat.

Une appropriation de la charte par les acteurs engagés contrastée

Si les effets des conventions sont globalement positifs, on constate néanmoins **une application inégale de la charte selon les établissements et les secteurs de psychiatrie**. Ainsi, malgré la mise en place de conventions, il est toujours complexe pour certains ESMS de rentrer en contact avec les psychiatres de secteur et les CMP pour la sollicitation d'avis. Dans certains établissements, les principes de coordination établis dans le partenariat ont eu peu d'effets concrets sur la gestion des hospitalisations (exemple : certains psychiatres n'appliquent pas les engagements et des patients sont toujours obligés de passer par les urgences en cas de crise)

Les modalités d'échanges mises en place et les effets constatés demeurent fortement dépendants des bonnes relations entre l'ESMS et le médecin psychiatre du secteur. Or, les retours d'expérience révèlent **des contrastes entre les secteurs de psychiatrie** sur cet aspect. On observe également **une implication inégale des ESMS dans la sollicitation des temps d'échanges** ou l'intégration de formations croisées dans leurs politiques internes.

En conclusion, les retours d'expérience montrent que **la charte a permis de structurer et renforcer les relations entre les acteurs et a constitué une démarche positive dans la structuration du parcours** des patients atteints de troubles psychiatriques. La prévention et la prise en charge des urgences psychiatriques ainsi que le suivi des patients en ESMS ont globalement été améliorés. Ainsi, la démarche constitue **une première étape pour l'organisation d'une filière pour les résidents des ESMS atteints de troubles psychiatriques** : une dynamique d'articulation entre les secteurs (sanitaire et accompagnement médico-social) a été créée auprès d'une diversité d'ESMS, et l'accès aux compétences de psychiatres a globalement été renforcé au bénéfice d'une prise en charge plus adaptée. Les conventions ont eu un effet particulièrement positif lorsqu'elles ont conduit à la mise en place d'un temps de psychiatre au sein des ESMS favorisant le suivi des résidents et les échanges interprofessionnels.

Cependant, les professionnels soulignent un point d'amélioration dans le secteur du handicap, lié à une difficulté persistante pour développer un accompagnement psychiatrique continu et sur le long terme adapté aux problématiques « chroniques » rencontrées, au-delà de la gestion des hospitalisations (le plus souvent ponctuelles).

Les bénéfices apportés sont néanmoins très variables en fonction de l'appropriation « locale » des partenariats, du point de vue des deux parties signataires des conventions (les équipes des ESMS et des secteurs de psychiatrie).

3.1.3 Principaux enseignements de la démarche : facteurs clés de succès et freins

Si un effet structurant général de la charte est constaté par les professionnels, ses impacts sur le terrain demeurent dépendants des dynamiques locales. On note qu'au niveau des équipes du CHI de Clermont, chargées d'animer et de déployer les conventions, le départ du porteur de projet à l'origine de la démarche a ralenti la dynamique. **La démarche partenariale nécessite d'être portée en continu pour générer des coopérations fortes. Un effort important de communication en interne auprès des équipes et des psychiatres du CHI** est majeur pour l'application des principes retenus, de manière constante et homogène entre les secteurs. Les ESMS doivent également

être incités, au-delà de la signature d'une convention, à inscrire le partenariat dans leur politique d'établissement.

Au-delà des modalités d'animation de la charte, la région Picardie fait face à des difficultés qui limitent la mise en œuvre des coopérations entre le CHI Clermont et les ESMS :

- › Le manque de psychiatres sur le territoire et la réticence de certains psychiatres pour la prise en charge de patients aux handicaps lourds restent des freins difficiles à lever, notamment pour la mise en place de suivis sur le long terme
- › Les professionnels relèvent une difficulté persistante de la gestion des hospitalisations liée aux capacités d'accueil des patients âgés et en particulier les malades d'Alzheimer : l'Oise manque d'unités cognitivo-comportementales (UCC) et le CHI de Clermont ne dispose que de 15 lits de psychogériatrie.² Ainsi, même avec la charte, les médecins du CHI sont réticents à envoyer ces patients dans d'autres unités inadaptées à cette prise en charge particulière et certains patients sont toujours obligés de passer par les urgences. Enfin, les délais pour avoir une consultation de psychogériatrie sont extrêmement longs (3 mois).

Ainsi, le succès de la mise en œuvre de filières de prise en charge entre les ESMS et l'hôpital est à la fois conditionné par les modalités d'animation de la charte (engagement des institutions, déploiement d'une communication continue favorisant une appropriation par les acteurs) et par les capacités d'accueil et de prise en charge au niveau territorial.

Pour faire face à ces difficultés, les acteurs ont identifié plusieurs facteurs clés de succès :

- › Promouvoir la charte comme un véritable partenariat avec le respect d'engagements réciproques : la mise en œuvre des coopérations n'est pas à l'initiative d'un seul signataire (par exemple pour l'organisation des formations des équipes des ESMS),
- › Communiquer régulièrement sur les engagements de la charte en interne (dans les équipes des ESMS comme au sein des secteurs de psychiatrie)
- › Accentuer le rôle des psychologues présents en EHPAD en favorisant leurs échanges avec les psychologues et psychiatres du CHI. Le partage de bonnes pratiques, la formation des soignants à la prise en charge psychiatrique est facilitée lorsque le psychologue a des connaissances étendues dans ce domaine,
- › Poursuivre la déclinaison de la charte en conventions bilatérales afin de prendre en compte les spécificités du territoire et privilégier les mesures opérationnelles,
- › Développer les formations pour sensibiliser les personnels des ESMS à la prise en charge psychiatrique et l'intégrer au plan de formation des soignants.

/

Au-delà de ces facteurs clés, plusieurs propositions pour l'avenir ont été formulées:

- › Une convention ciblée par secteur de psychiatrie pour avoir de l'homogénéité dans les parcours et les protocoles car aujourd'hui, les contacts avec certains CMP sont toujours difficiles,
- › Mettre en place au sein de chaque CMP, un IDE référent par établissement ou par public (Personnes âgées, personnes handicapées,...) et développer des actions entre les équipes notamment au niveau de la prévention,
- › Harmoniser les systèmes d'information pour faciliter le suivi des dossiers et les transmissions,
- › Développer la charte au niveau de la pédopsychiatrie.

² http://www.chi-clermont.fr/site_2015/adultes_soins.html

3.2 Effets des mesures en faveur de l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux

3.2.1 Contexte

Avec une densité moyenne de 230,9 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants³, la Picardie est la région de France qui a la plus faible densité médicale. La situation est préoccupante, en particulier dans l'Oise et dans l'Aisne. Entre 2007 et 2015, le nombre de médecins dans ces départements a baissé de plus de 6% et l'on constate une « fuite » importante de jeunes diplômés hors de la région. Les autres professionnels de santé libéraux et notamment les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers sont également touchés par une démographie en tension.

Au regard de ces enjeux, le Schéma Régional de l'Offre de Soins a inscrit dans ses priorités un objectif de renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels, comme terrain de formation et d'installation. **Pour répondre à ce défi, l'Agence Régionale de Santé Picardie a engagé des mesures et accompagné des expérimentations, inédites ou inscrites dans le cadre d'orientations nationales (tel que le Pacte Territoire de Santé) :**

► Des mesures en faveur de l'installation :

- › **L'expérimentation d'un « Guichet unique »** a été initiée en 2014 dans la zone de Laon, et financée par l'Agence en partenariat avec la CPAM, l'URSSAF, les ordres médecins et infirmiers et l'association Aisne Initiative. Le « guichet unique » réunit dans un même lieu et au même moment l'ensemble des organismes qui accompagnent les professionnels de santé ayant un projet d'installation dans l'Aisne. Il a pour missions de simplifier les démarches administratives et conseiller les professionnels. En 2015, sur 60 infirmiers installés dans l'Aisne, 19 ont été accompagnés par le guichet unique, soit un ratio de 31.66%. Sur 42 installations de médecins généralistes, 4 d'entre eux ont bénéficié d'un accompagnement soit un ratio de 9.52 %⁴.
- › Dans le cadre des mesures du Pacte Territorial Santé, l'Agence a déployé **un accompagnement personnalisé aux projets d'installation**, réalisé par le correspondant installation pour un appui à l'obtention d'aides, ainsi qu'un appui juridique et technique. Cet appui vise en particulier à accompagner la signature des contrats d'incitation à l'installation en zones démedicalisées:
 - Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) : une allocation attribuée au cours des études en échange d'un engagement à s'installer en zone démedicalisée (69 CESP signés entre 2010 et 2015)
 - Contrat Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) : un revenu garanti pour une installation en zone démedicalisée (12 PTMG signés entre 2013 et 2015⁵).

► Des mesures en faveur de la formation :

- › **L'expérimentation « filière d'excellence santé »** pour les métiers de la santé a été initiée par l'Agence et le Rectorat en 2014. Le programme vise à proposer à des lycéens sélectionnés sur des critères de motivation et sur dossier scolaire (performance) un accompagnement de la seconde à la première année des études de santé (PACES) : enseignements spécifiques, apport méthodologique, tutorat, aide matérielle. La mise en œuvre a débuté en 2015 avec 6 têtes de réseau, 7 établissements publics et 3 lycées privés de Picardie impliqués dans la filière.
- › Des campagnes de sensibilisation à destination des professionnels de santé pour devenir maître de stage ont permis d'appuyer la réalisation de stages en ambulatoire : le nombre de maîtres

³ La démographie médicale en région Picardie – Situation en 2015 (Ordre National des Médecins)

⁴ Données ARS – Guichet unique - 2015

⁵ Données ARS 2015

de stages est passé de 110 en 2012 à 166 en 2015. Le nombre d'internes de la région ayant bénéficié d'un stage en médecine générale est passé de 54% en 2011/2012 à 98% en 2014/2015⁶

► L'information tout au long de la carrière :

- › **Une page Facebook** à destination des internes et des jeunes médecins : « Du stylo au stétho : se former et exercer la médecine » a été créée par l'ARS Picardie afin d'apporter des informations locales et nationales utiles aux moments clefs de la carrière : formation, installation, exercice. A ce jour, la page comporte déjà 1 632 « likes »⁷.

3.2.2 Evaluation des effets des mesures et expérimentations déployées auprès des étudiants et des professionnels libéraux

Objectifs et portée de l'évaluation

L'évaluation des effets de la mise en œuvre des mesures et dispositifs est issue des retours d'expérience de 6 professionnels de santé libéraux installés ou en cours d'installation dans l'Aisne (5 médecins et un infirmier) et de 14 représentants d'institutions (CPAM, URSAF, Ordres professionnels, Education Nationale) engagés notamment dans les expérimentations du guichet unique et de la filière d'excellence.

Une réunion d'échange et des entretiens téléphoniques ont été réalisés, avec pour objectifs :

- › L'évaluation des effets constatés sur les projets d'installation des professionnels
- › L'évaluation des effets constatés sur l'attractivité du territoire
- › Les facteurs de succès et axes d'amélioration pour les mesures évaluées

Les travaux entrepris n'ont pas eu pour objectif principal d'évaluer les mesures du Pacte Territoire de Santé. Le nombre de professionnels interviewés ayant bénéficié d'une de ces mesures ne permet pas d'avoir assez de recul sur leurs effets.

Effets des mesures orientées sur l'installation des professionnels

Des dispositifs d'accompagnement salués par les professionnels mais sans effet sur l'attractivité du territoire

Les intervenants comme les professionnels libéraux interviewés s'accordent sur un point : l'ensemble des mesures déployées sont globalement appréciées par les professionnels en tant qu'outils « facilitateurs » des installations sur le territoire. Elles permettent en ce sens de réduire certains freins à l'installation et constituent des atouts. Cependant, elles ont à ce stade peu d'influence sur le choix d'installation d'un professionnel et ne contribuent donc pas en tant que tel à favoriser l'attractivité du territoire.

Le guichet unique

Le guichet unique est apprécié pour son côté pratique et facilitateur : le professionnel libéral souhaitant s'installer peut bénéficier d'informations et rencontrer les différentes institutions lors d'un rendez-vous dans un lieu unique et à l'occasion d'un contact personnalisé. En ce sens, le guichet unique permet d'agir sur des freins rencontrés lors de l'installation : multiplicité des institutions et des interlocuteurs à solliciter, lourdeur des démarches administratives, nécessité de développer des compétences en gestion (un accompagnement étant proposé sur ces aspects par l'association Initiative Aisne)

⁶ CPAM Aisne

⁷ Page Facebook « du Stylo au Stétho », juillet 2016

En revanche, l'avis recueilli à la fois auprès des partenaires et des professionnels ayant bénéficié du dispositif révèle qu'il ne constitue pas, à ce jour, un véritable incitatif à l'installation dans la mesure où les projets d'installation des bénéficiaires à leur arrivée sont déjà bien établis.

Du point de vue des partenaires engagés, le guichet unique offre par ailleurs un cadre innovant pour communiquer sur l'offre de soins et lutter contre certaines idées reçues sur les dispositifs d'accompagnement à l'installation en vigueur. L'expérience contribue donc à une meilleure information des professionnels souhaitant s'installer (ou à la lutte contre la « désinformation ») ainsi qu'à une amélioration de l'image des institutions, qu'elle contribue à « démystifier » aux yeux des professionnels.

Ces effets passent par la création d'un lien physique et direct entre les institutions et le professionnel, qui n'existait pas auparavant. Les partenaires soulignent l'importance de la communication autour du dispositif, dont les effets sur l'attractivité devraient s'accroître sur le long terme par un effet de « bouche à oreille » permettant d'atteindre des personnes plus en amont de leur démarche d'installation.

Les professionnels interviewés et les institutions sollicitées lors de l'échange collectif ont également relevé plusieurs propositions d'amélioration pour le dispositif et ses effets sur l'attractivité:

- › Etendre le périmètre du guichet unique pour le suivi post-installation des professionnels de santé (ce qui permettrait en plus de bénéficier d'indicateurs de suivi de la démographie médicale sur le territoire, notamment pour mieux anticiper les départs à la retraite),
- › Améliorer le site internet du dispositif :
 - proposer une prise de rendez-vous en ligne (sur le site internet)
 - spécifier la liste des documents à préparer pour un rendez-vous
 - mettre en valeur sur les sites les structures d'exercice collectif en fonctionnement/en projet et les recrutements en cours (ce type d'exercice correspondant à une attente forte des professionnels)
- › Développer des actions de communication et de promotion du guichet unique plus en amont des projets d'installation, notamment en dernière année d'étude (par exemple, l'organisation de rencontres médecin installé/jeune médecin est à l'étude),
- › Intégrer au guichet unique des représentants d'autres institutions pour faciliter l'installation des conjoints dans le territoire (ex : Chambre de Commerce et d'Industrie, Conseil Départemental,...) et proposer un relais sur les intérêts et les activités de la région (loisirs, culture, éducation,...),
- › Instaurer un « parcours » guichet unique qui, au-delà d'une offre d'accompagnement proposée lors de l'installation systématiserait le passage par le guichet unique au cours d'un projet d'installation, afin lui permettre de jouer pleinement de son rôle de conseil. La possibilité de déployer des « antennes » du guichet unique au sein des facultés de médecine a été évoquée
- › Intégrer au guichet unique une permanence physique de l'URSAAF afin de développer également un lien direct entre les professionnels et cette institution

Une majorité de professionnels et partenaires interrogés seraient favorables à l'extension du guichet unique à d'autres départements. Ils mentionnent cependant l'intérêt de renforcer les modalités d'évaluation du dispositif pour décider de sa pérennisation et de son extension, en s'appuyant sur des questionnaires de satisfaction systématiques ainsi qu'une évaluation des moyens alloués au regard des résultats obtenus (satisfaction/délais d'installation/nombre d'installations)

Les mesures de communication

Au même titre que le guichet unique, les mesures de communication à destination des internes et jeunes médecins (page Facebook, séminaires d'accueil,..) déployées sur la région ont été globalement appréciées par les professionnels interviewés en tant qu'outil facilitateur pour une installation sur le territoire.

L'accompagnement personnalisé et les contrats du pacte territorial santé

Parmi les cinq médecins interviewés, deux ont pu bénéficier d'un CESP et d'un PTMG. Globalement, ils estiment que ces incitations financières constituent un « plus » mais n'ont pas selon eux d'impact sur la motivation d'installation. Un professionnel aurait souhaité bénéficier du PTMG mais en s'installant à 2 kilomètres de la zone sous dotée, il n'a pas été considéré comme éligible. Il regrette que le découpage des zones sous dotées ne soit pas évolutive et ne prenne pas en compte les futurs départs à la retraite.

Effets des mesures orientées sur la formation

Un pari sur l'accompagnement dès le lycée ou pendant les études de médecine pour favoriser l'installation sur le territoire

La filière d'excellence santé

Les échanges avec les partenaires révèlent qu'il est encore trop tôt pour apprécier cette mesure innovante, elle présente de belles perspectives. La philosophie de la filière est de permettre à des lycéens peu sensibilisés aux métiers médicaux et qui présentent des capacités de se préparer sereinement à la première année de médecine avec un accompagnement personnalisé dès la seconde (sous forme de cours du soir) et une sensibilisation au monde médical (échanges avec des professionnels de santé).

Les représentants interrogés ont souligné l'importance d'identifier une méthodologie d'évaluation pour ce dispositif, qui permettra de relever ses bénéfices sur le moyen/long terme.

L'appui à la réalisation de stages en médecine générale

Des campagnes de sensibilisation pour inciter les médecins libéraux à devenir maîtres de stage ont été entreprises sur la région par l'Agence. L'Université d'Amiens est une des seules facultés de médecine où l'ensemble des élèves dispose d'un maître de stage en médecine générale lors de leur 5^{ème} année. Ces stages en médecine générale sont souvent réalisés par des étudiants de la région. Si le stage se passe bien, il peut déclencher des vocations en médecine générale. Par exemple, deux jeunes médecins interviewés se sont installés après un stage apprécié dans un cabinet libéral du territoire.

En revanche, les étudiants partis étudier dans d'autres régions sont régulièrement bloqués pour revenir réaliser leur stage dans leur territoire d'origine (cas des étudiants d'Amiens partis étudier à Reims par exemple) du fait d'une démarche d'attribution prioritaire des terrains de stage aux étudiants ayant fait leur cursus dans la région. Cette difficulté freine de fait le retour de ces étudiants pour une installation et offre une mauvaise image de l'administration. Il apparaît nécessaire que les ARS parviennent à s'entendre entre elles pour que l'attribution des maîtres de stage ne soit pas limitée à la région d'études.

3.2.3 Principaux enseignements de la démarche

Les mesures innovantes développées par l'Agence, associées à des dispositifs nationaux, constituent un ensemble d'aides en vue de faciliter l'installation des professionnels de santé sur le territoire.

En simplifiant les démarches, en accompagnant les étudiants, en apportant des incitations financières ou en améliorant la communication sur les dispositifs d'accompagnement disponibles et sur les institutions, elles permettent effectivement de lever des freins et de fluidifier l'installation du médecin comme du professionnel paramédical.

Cependant et aux dires des professionnels interrogés (libéraux comme institutionnels), ces mesures ont peu d'influence sur la décision d'installation, qui va généralement s'envisager au regard de deux éléments principaux :

- › **Le projet de vie global** : situation du conjoint, territoire d'origine, à proximité de commerces, d'école...
- › **La possibilité d'exercer dans une structure pluri professionnelle**, afin notamment de s'assurer un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

/

Les retours d'expérience révèlent des points clefs pour améliorer ces mesures et/ou accentuer leurs effets potentiels sur les décisions d'installation :

- › **Renforcer les interventions et les modalités de communication en amont de l'installation** (au moment où la question de l'installation se pose), puis ensuite dans une logique d'accompagnement continu,
- › **Systematiser les mesures d'évaluation des dispositifs** et en particulier la filière d'excellence,
- › **Adopter une logique de « parcours »** (comme par exemple avec l'intégration systématique d'un passage par le guichet unique dans les démarches des professionnels) plutôt que d'offre ciblée sur un temps précis de la démarche d'installation et renforcer le lien entre les mesures mises en œuvre et le correspondant installation,
- › Développer davantage au sein de l'ARS une culture de « relationnel client » au service des professionnels de santé (avec un accent plus prononcé sur la pédagogie, la disponibilité, l'écoute, offrir la possibilité de contacter des référents identifiés, etc.)

Les professionnels soulignent enfin l'importance de **poursuivre et généraliser les expérimentations engagées**, dès lors que des effets positifs sur l'installation sont constatés.

3.3 Effets des mesures pour l'accès aux droits et aux soins mises en œuvre dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et du Plan de Lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

3.3.1 Contexte

Dans la Somme, un diagnostic réalisé par l'observatoire des non-recours aux droits et services constate que le taux de renoncement aux soins des assurés du régime général début 2016 est de 25,1%⁸. **Le renoncement renvoie à des soins non réalisés ou non souhaités alors que les personnes en déclarent le besoin.** Les raisons invoquées par les personnes sont principalement financières (reste à charge, avance de frais,...), mais également liées à l'accessibilité des soins (disponibilité pour aller consulter, délais pour avoir un rendez-vous) ou culturelles (négligence ou crainte du diagnostic).

Faciliter l'accès aux droits et aux soins afin de lutter contre la renonciation aux soins constitue une des priorités stratégiques du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Pour tenter de faire face à ces défis, l'ARS et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale ont piloté la mise en place de groupes de travail « santé social » dans l'Oise et la Somme, réunissant des représentants d'institutions (prévention, pôle CMU, insertion et logement, santé) et des compétences pluridisciplinaires (cadres socio-éducatifs, assistants sociaux, infirmiers coordinateurs, chefs de service, psychologues, médecins, infirmiers) au service de plusieurs ambitions :

- › **Réunir** les professionnels de terrain des champs sanitaires et sociaux,
- › **Impulser** et mettre en place des outils et dispositifs pour que les acteurs coordonnent leur action et prennent mieux en charge les populations touchées par la précarité,
- › **Diffuser** aux partenaires les informations autour des projets et problématiques de la précarité,
- › **Renforcer les compétences communes** des acteurs locaux sanitaire/social.

/

3.3.2 Evaluation des effets des mesures en faveur de l'accès aux soins et aux droits des usagers

Enjeux initiaux

L'accès aux soins et l'accès à la prévention sont des thématiques intimement liées. Les enjeux exprimés par les professionnels engagés dans les réflexions des groupes santé-social au regard de l'accès aux droits/aux soins sont les suivants :

En termes d'accès aux droits :

- › Simplifier et accélérer les procédures d'accès aux droits et de renouvellement des droits, et développer l'information des personnes sur leurs droits
- › Lutter contre les ruptures dans les procédures d'accès aux droits
- › Accentuer l'accompagnement des usagers dans l'ouverture/le renouvellement des droits par l'instauration de relais, en prenant en compte les particularités des situations de fragilité de ces derniers (situations de précarité, désocialisation, fragilités de santé)

⁸ Agir ensemble contre le non-recours et le renoncement aux soins – *Observatoire des non-recours aux droits et services* – Mars 2016

- › Eviter que les usagers ne se retrouvent avec des dettes parfois conséquentes auprès des établissements de santé (jusqu'à la venue de l'huissier)
- › Former les professionnels de santé afin de faciliter la transmission de messages en termes d'ouverture de droits

En termes d'accès à la prévention et aux soins :

- › Inverser la courbe du renoncement aux soins : de plus en plus d'usagers renoncent à se faire soigner, et non uniquement les populations en situation de précarité (isolement, disponibilité pour aller consulter, délais pour avoir un rendez-vous, négligence, crainte du diagnostic,...)
- › Prévenir les ruptures dans les parcours pour défaut d'accès aux droits : en sortie d'hospitalisation pour l'activation de soins à domicile, pour une admission dans un service de rééducation ou de long séjour, etc.
- › Favoriser le décloisonnement des secteurs (social, sanitaire, médico-social) et développer les coordinations entre les acteurs (développement des réseaux, d'outils partagés)

Objectifs et portée de l'évaluation

L'évaluation de ces deux champs ou domaines est issue des retours d'expérience de 10 professionnels représentants d'établissements engagés dans des conventions, du pôle CMU de la CPAM, de PASS, qui font également partie des groupes de travail santé-social de la Somme et de l'Oise.

Un groupe de réflexion ainsi que des entretiens complémentaires ont été réalisés afin d'évaluer :

- › L'effet des résultats obtenus par l'ensemble des travaux menés dans le cadre du groupe santé-social sur les pratiques professionnelles et sur les usagers. Cependant, l'évaluation porte essentiellement sur l'une des mesures appuyée par les membres du groupe santé social : il s'agit des effets des conventions de coopération entre les acteurs opérationnels représentés au sein de ces collectifs et la CPAM.
- › Les difficultés et facteurs clef de succès identifiés pour ce type d'actions

Un accès aux droits facilité par la mise en œuvre de conventions

La mise en œuvre des conventions a permis de faciliter l'ouverture ou le renouvellement de droits pour des personnes accueillies dans une structure de soin ou sociale, en fluidifiant le traitement des dossiers.

Rappel des objectifs des conventions

Les partenariats engagés entre la CPAM et les acteurs opérationnels contiennent plusieurs engagements réciproques :

- › **Pour la CPAM envers ses partenaires**, il est question d'optimiser la gestion des dossiers et demandes, et d'informer les professionnels sur les démarches d'accès aux droits.
- › **Pour les acteurs opérationnels envers la CPAM**, les engagements portent sur le repérage des personnes en situation de rupture de droits, et l'information et l'accompagnement de ces personnes dans leurs démarches.

Ces engagements ont été formalisés dans différentes conventions signées entre 2013 et 2015 :

- ✓ 3 avec des PASS généralistes (CH Abbeville, CH Amiens, CH Pinel),
- ✓ 6 avec des structures d'hébergement en urgences et d'insertion,

- ✓ 10 avec des Centres Communaux d'Action Sociale (dans le cadre des accords nationaux signés entre la CNAMTS et l'UNCCAS en 2013).

Pour les professionnels, une amélioration des pratiques et de l'organisation pour l'ouverture et le renouvellement de droits

Plusieurs mesures et outils mis en place dans le cadre des conventions ont permis d'améliorer les organisations permettant d'une part, l'identification de personnes en situation de précarité et/ou de rupture de droits au sein des structures, et d'autre part la gestion et le suivi de leurs dossiers :

- › La mise à disposition par la CPAM d'interlocuteurs privilégiés au pôle CMU qui sont devenus de véritables relais pour accélérer le traitement des dossiers,
- › Le renfort des compétences des professionnels (travailleurs sociaux, associatifs) et des publics sur les prestations (CMU, CMU-C, ACS, AME...) par l'animation de réunions d'information et la publication de supports de communication sur l'accès aux droits. Fin 2014, 598 agents et 1140 assurés sociaux ont pu bénéficier de ces réunions⁹
- › Le développement de modalités d'échange avec les partenaires qui ont permis de faciliter la coordination et le suivi des dossiers (par exemple : des rencontres hebdomadaires, des boîtes mail dédiées, une permanence CPAM dans les locaux de la CCAS, l'identification de points de dépôt des dossiers)

Au niveau des pratiques professionnelles dans les établissements, les équipes sont désormais mieux formées aux démarches pour l'ouverture et le renouvellement des droits, ce qui leur permet d'orienter les demandes des usagers. Par ailleurs, un système d'alerte permet aux opérateurs de signaler à la CPAM les personnes en difficulté. L'optimisation de cette organisation permet une meilleure réactivité, voire la réponse à des situations d'urgence en matière d'ouverture de droits. Ce système d'alerte fonctionne efficacement sur les personnes sans droits, mais dans une moindre mesure sur les personnes sans mutuelle.

Du point de vue de la CPAM, le traitement des dossiers est facilité et accéléré par l'ensemble de ces mesures (Les dossiers sont complets tout de suite), même en cas de changement d'opérateur.

Enfin, au-delà de l'optimisation de la réactivité pour l'ouverture et le renouvellement de droits, **l'instauration de conventions a permis de formaliser et de pérenniser un réseau d'acteurs réunissant les secteurs de la santé et du social.**

Un accès aux droits facilité pour les usagers des structures conventionnées

Désormais, la majorité des patients concernés ressort de la structure avec des droits ouverts, ou a minima avec un dossier initialisé comprenant un suivi personnalisé. Pour les usagers, au-delà d'avoir un meilleur accès aux droits, la réactivité des équipes de la CPAM et des établissements dans le suivi de leur dossier a favorisé l'instauration de relations de confiance avec les assistantes sociales et les PASS, utiles pour la résolution d'autres problématiques (ex : logement).

Toutefois, selon les professionnels, il existe une limite concernant la population ciblée les conventions permettent d'accompagner les personnes accueillies dans une structure de soins, ce qui ne représente qu'une partie de la population concernée par des difficultés d'accès aux droits et aux soins.

Enfin, les intervenants sollicités ont relevé plusieurs propositions pour généraliser et systématiser les dispositifs ainsi instaurés:

- › Etendre les démarches engagées dans les autres structures de soins de la région,
- › Développer les synergies avec d'autres acteurs sociaux afin de simplifier l'ouverture des droits aux différentes prestations sociales (par exemple à travers les Contrats Locaux de Santé) : associations, les collectivités, RSA, pôle emploi,...
- › Accentuer la communication au sein des PASS pour sensibiliser les usagers et les professionnels sur l'accès aux droits,
- › Anticiper les démarches d'ouverture des droits avant la survenance d'un épisode aigu.

⁹ Rapport d'évaluation intermédiaire PRS Picardie, document de suivi du PRAPS

Une dynamique de travail collectif positive, mais dont les actions doivent se concrétiser

Le groupe santé-social identifie des problématiques majeures sur l'accès aux droits et aux soins depuis 2013 et tente d'y faire face à l'aide du développement de mesures telles que :

- ✓ Définition des besoins des professionnels sur l'accès aux droits,
- ✓ Plaquette informative pour les publics et professionnels (plaquette CCAS d'Amiens) (*en cours*),
- ✓ Développement de formations communes aux travailleurs sociaux et professionnels de santé sur la prise en charge de la précarité (*en cours*),
- ✓ Elaboration d'une charte santé/social entre le CH Philippe Pinel, le CHRS Avenir, COALLIA et APREMIS (structures d'appui à l'hébergement social / lutte contre l'exclusion sociale) (*en cours*).

Ces démarches sur l'accès aux droits et l'accès aux soins sont actuellement en cours de mise en place. Par conséquent, leurs effets potentiels sur le public cible (professionnel, usager) ne peut être évalué.

En revanche, les acteurs sollicités relèvent que **la dynamique de ces travaux a permis d'améliorer la coordination des différentes parties prenantes ; acteurs des secteurs social et sanitaire initialement peu interconnectés, et de poser les bases d'une culture commune autour de l'accès aux droits et aux soins.**

En conclusion, les travaux évalués ont donc permis d'agir positivement pour l'accès aux droits et aux soins :

- › Les patients en difficulté dans les structures partenaires sont identifiés par les équipes et bénéficient d'un suivi personnalisé pour l'ouverture ou le renouvellement de leurs droits,
- › Le traitement des dossiers est accéléré et fluidifié par la mise en place de relais au sein du pôle CMU de la CPAM,
- / L'accélération du traitement des dossiers permet d'établir une relation de confiance entre les assistantes sociales, les PASS et les usagers et facilite ainsi son accompagnement,
- › Pour les professionnels, l'amélioration des pratiques fluidifie les organisations.

Cependant, les intervenants regrettent le manque de stratégie régionale d'ensemble (le ressenti d'un manque d'intérêt, ou de relais avec les instances décisionnaires départementales et régionales, le Conseil Départemental et l'ARS) et l'absence d'implication des décideurs, conditions nécessaires pour accélérer et acter les résultats de leurs travaux.

3.3.3 Principaux enseignements de la démarche

L'engagement des acteurs du groupe de travail santé-social dans les conventions a permis de simplifier et accélérer les démarches d'ouverture de droits, en ciblant particulièrement les publics fragiles.

Ainsi, les usagers en rupture de droits, suite à leur admission dans une structure signataire, sont accompagnés dans la réalisation ou l'initialisation de leur dossier d'ouverture/de renouvellement de droits auprès de l'Assurance Maladie. Ce dispositif présente l'intérêt de formaliser les liens entre les acteurs opérationnels et la CPAM et facilite ainsi les coopérations. Par ailleurs, les différentes parties prenantes, en particulier grâce aux travaux du groupe de travail, commencent à acquérir une culture commune en faveur d'une structuration d'un réseau d'acteurs pour l'accès aux droits et aux soins.

Cependant, au-delà du pilotage opérationnel du groupe localement, les participants ont le ressenti d'un défaut de dynamique au niveau régional et d'une absence de relais avec les institutions ce qui

limite l'impact des travaux engagés. On constate qu'un manque de reconnaissance autour des actions menées localement produit un effet démotivant auprès des acteurs du groupe.

Ces deniers militent pour une approche globale et multi institutionnelle en faveur de l'accès aux droits et aux soins des usagers (Organismes d'Assurances Maladies, opérateurs, collectivités, Associations, ...).

Au regard de ces retours, plusieurs points clefs apparaissent pour favoriser un travail entre les secteurs et développer des effets sur l'accès aux droits et aux soins :

- › l'importance de déployer une animation et un pilotage local des acteurs partagé entre l'ARS et la DDCS
- › l'intégration de décideurs au sein des groupes et/ou le relais avec une instance de prise de décision, pour favoriser la mise en œuvre effective d'actions
- › la formalisation des engagements et coopérations entre les acteurs (comme par les conventions)
- › du point de vue des structures de soins, l'adhésion et le soutien des directions et présidents de CME

3.4 Effets des dispositifs de prévention et promotion de l'activité physique et de la nutrition déployés dans le cadre de la convention entre l'Education Nationale, l'ARS et la DRAAF

3.4.1 Contexte

L'obésité est un facteur de risque reconnu pour de nombreux problèmes de santé (hypertension, cholestérol, diabète, maladies cardiovasculaires, problèmes respiratoires, arthrite et certaines formes de cancer) et constitue un marqueur de précarité. Le surpoids et l'obésité chez les élèves est une problématique de la région Picardie, comme le montrent les indicateurs de prévalence (A titre d'exemple, sur l'année scolaire 2012-2013, la surcharge pondérale touche 23,5% des élèves garçons de sixième et 20,1% des filles¹⁰). Ce constat est renforcé par l'observation de comportements défavorables : des élèves ne pratiquant pas suffisamment d'activité physique et/ou ayant de mauvaises habitudes alimentaires. Or, ces habitudes s'acquièrent dès le plus jeune âge et l'école a un rôle à jouer dans cet apprentissage en associant éducation nutritionnelle et pratique du sport.

L'Agence s'est engagée avec ses partenaires en faveur d'actions de prévention et de promotion de la nutrition et de l'activité physique sur le territoire au travers de la signature le 4 septembre 2012 d'une convention avec le Rectorat de l'académie d'Amiens, et la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt de Picardie (DRAAF). L'objectif principal est de mener une politique institutionnelle concertée, qui s'appuie sur les propositions des Programme National Nutrition Santé (PNNS), du Plan Obésité (PO), du Plan National pour l'Alimentation (PNA) et la circulaire Education Nationale de décembre 2011 pour la politique éducative de santé dans les territoires académiques.

Dans ce cadre, un accompagnement des établissements scolaires et un financement pour la mise en place d'actions de prévention ont été proposés sur un ensemble de territoires prioritaires (Territoire d'Abbeville, Aisne Sud et Oise Occidentale - sélectionnés principalement sur la base des indicateurs de prévalence de l'obésité et du surpoids). Les équipes éducatives participantes ont été accompagnées pour l'élaboration de programmes par les infirmiers de territoire. Différents dispositifs de prévention ont été proposés sur le principe du libre choix et d'une adaptation aux besoins locaux. Ces dispositifs ont été mis en œuvre au sein des établissements scolaires en 2014 et en 2015 :

- ✓ **Bouge, une priorité pour ta Santé** (pilote par la Mutualité Française de Picardie), qui a bénéficié à 482 élèves adhérents à l'UNSS¹¹, à fin 2015
- ✓ **Un fruit pour la récré** (pilote par l'Association Echanges pour une Terre Solidaire), qui a bénéficié à près de 3 280 élèves¹² à fin 2015
- ✓ **1,2, 3 Manger Bouger Grandir** (pilote par la Mutualité Française de Picardie) a bénéficié en 2015 à 28 enseignants d'écoles élémentaires (diffusion de mallettes pédagogiques) et 807 enfants¹³
- ✓ **Ecole 21** (pilote par l'IREPS de Picardie)
- ✓ **Plaisir à la cantine**
- ✓ **Manger, Bouger, pour ma santé**

3.4.2 Evaluation des effets des dispositifs de prévention et promotion de la nutrition et de l'activité physique mis en œuvre en milieu scolaire

Rappel des objectifs de la convention

L'objectif général de la convention est de **promouvoir l'activité physique et l'équilibre alimentaire afin de prévenir le surpoids et l'obésité chez les élèves du primaire au lycée**

¹⁰ Source : rapport d'évaluation intermédiaire du PRS Picardie, 2015

¹¹ Source : rapport d'évaluation intermédiaire à fin 2015, « Bouge, une priorité pour ta santé »

¹² Source : rapport d'évaluation intermédiaire à fin 2015, « Un fruit pour la récré », toutes actions confondues (distribution de fruits, actions de sensibilisation)

¹³ Source : rapport d'évaluation intermédiaire à fin 2015, « 1,2, 3 Manger Bouger Grandir »

par la mise en place d'une politique institutionnelle globale, continue et concertée. Ce travail concerté a eu notamment pour objectifs de renforcer la cohérence entre de multiples actions existantes, de favoriser une logique de continuité de la prévention de la primaire au lycée et de constituer un « guichet unique » pour les établissements scolaires.

Objectifs et portée de l'évaluation

L'évaluation a été centrée sur les dispositifs mis en œuvre en milieu scolaire **sur deux territoires**:

- ✓ l'Oise Occidentale : cinq écoles, six collèges, trois lycées et une mairie engagés sur la période 2014-2015
- ✓ le Sud de l'Aisne : quatre écoles, cinq collèges, deux lycées et la mairie de Château-Thierry engagés¹⁴ sur la période 2014-2015

L'évaluation des effets de la démarche relative à la mise en œuvre de dispositifs en milieu scolaire est issue des retours d'expérience de **8 représentants** des partenaires et opérateurs engagés dans le cadre de la convention, et de **6 représentants d'établissements scolaires** ayant accueilli un ou plusieurs dispositifs.

Une réunion d'échanges réunissant partenaires et opérateurs et 6 entretiens complémentaires menés avec des représentants d'établissements ont été réalisés, avec pour principaux objectifs:

- › **L'évaluation des effets constatés sur la population ciblée** (élèves, équipes éducatives, équipes de restauration collective, équipes dirigeantes des établissements scolaires)
 - › **Les points forts et difficultés rencontrées** au cours de la démarche
- / Les effets sur les comportements des élèves sont évalués du point de vue des professionnels interrogés.

Des effets sur les comportements et la santé des élèves non évalués, mais l'observation de tendances positives

Les effets de la politique régionale en nutrition sur les comportements et la santé des élèves sur les deux territoires demeurent difficiles à évaluer. Ce constat est à mettre en relation avec :

- › Le fait que les impacts des actions sur l'obésité et le surpoids s'apprécient à plus long terme par le suivi réalisé par les infirmiers scolaires.
- › L'absence de diagnostic initial faisant apparaître les besoins des élèves (comportement, état de santé) au niveau local et de transmission de données sur le suivi des élèves bénéficiaires d'une année sur l'autre. Le diagnostic repose principalement sur des enquêtes de la mutualité française sur les comportements alimentaires en Picardie et sur les indicateurs épidémiologiques régionaux (Observatoire Régional de Santé).

Les bénéfices des actions réalisées pour les élèves sont donc difficilement mesurables.

Néanmoins, des tendances ont été constatées par les professionnels interrogés:

- › **Un intérêt réel et une participation active des élèves aux dispositifs proposés** ont été relevés par les professionnels interrogés. Les élèves ont pu être sensibilisés aux thématiques de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique.
- › **Une évolution des comportements sur le court terme** et directement liée aux actions menées à l'école a pu être observée dans certains cas au sein des établissements: par exemple, des élèves réclamant plus régulièrement des fruits à la cantine, une augmentation du nombre

¹⁴ Source : évaluation intermédiaire de la convention, IREPS, 2014. Les établissements ayant choisi de se retirer de l'expérimentation au 31 décembre 2014 (deux écoles, un lycée et un collège) ne sont pas comptabilisés.

d'inscriptions dans les clubs de sport, une évolution de la capacité des élèves à mieux équilibrer leur alimentation quotidienne.

Les résultats de questionnaires diffusés par les opérateurs témoignent de ces constats, par exemple ¹⁵ :

- ✓ 45% des 1 714 élèves ayant bénéficié d'une distribution de fruits « Un fruit pour la récré » déclarent en consommer 3 à 5 par jour
- ✓ 55% des 482 élèves ayant bénéficié d'une sensibilisation à l'activité physique dans le cadre de « Bouge, une priorité pour ta santé » déclarent avoir le souhait de s'inscrire dans un club de sport

Cependant, **l'évolution de ces comportements sur le plus long terme est difficile à apprécier.**

Au niveau de l'entourage, une partie des retours d'expérience indiquent que les parents sont plus demandeurs d'informations sur les actions de prévention. Cependant, la mobilisation des parents dans les établissements est restée difficile, plus particulièrement à partir du collège, et les effets des dispositifs sur les comportements dans l'entourage des enfants sont également difficiles à apprécier.

Une implication des professionnels qui a permis la création de nouvelles dynamiques internes aux établissements

Les professionnels interrogés constatent, de manière générale, des bénéfices de la démarche pour les équipes éducatives, équipes d'encadrement, professionnels de la restauration collective et également sur le climat scolaire de manière générale.

Les actions menées ont eu au sein des établissements **un effet fédérateur contribuant à l'instauration d'un dialogue entre les directions, les enseignants, les équipes de cuisine, les porteurs de projets (enseignants référents, infirmiers en lien avec les opérateurs)**, qui élargit la dynamique au-delà de l'action des infirmiers scolaires. Cet effet a pu favoriser d'une part, la mise en œuvre des dispositifs de prévention et d'autre part, la génération de projets connexes. Ainsi, par exemple, le lien créé entre les enseignants d'EPS et d'SVT dans le cadre de « Un fruit pour la récré » au sein d'un établissement a favorisé leur organisation pour contribuer à un autre projet sur le bien-être au collège. La dynamique a permis l'émergence d'autres projets internes liés indirectement à la nutrition : le gâchis alimentaire, les questions d'hygiène, le développement durable (plantation de pommiers dans les écoles), etc.

Cet effet n'est cependant pas observable dans la totalité des établissements interrogés (en raison d'une dynamique déjà préexistante, ou d'une absence d'identification de porteurs internes)

Dans une majorité d'écoles, l'intérêt et la mobilisation des enseignants pour la conduite des projets sont soulignées. **Les dispositifs mis en œuvre ont permis d'impliquer les enseignants**, qui les ont régulièrement intégrés dans leur programme pédagogique pour enrichir un certain nombre d'enseignements : agriculture, développement durable, alimentation, activité physique,... et les inspecteurs pédagogiques régionaux ont pris en compte ces nouveaux dispositifs. Par ailleurs, au sein de certains collèges la dynamique de travail entre enseignants a été mentionnée comme un précurseur favorable à la mise en place des Enseignements Pratiques Interdisciplinaires apportés par la réforme récente.

Enfin, les travaux ont fortement mobilisé les équipes de restauration collective. La convention a favorisé l'ancrage territorial, et un alignement entre la politique d'éducation alimentaire et le développement durable. C'est par exemple le cas avec la création de partenariats entre un producteur de fruits et légumes et la cantine d'un établissement.

¹⁵ Source : éléments d'évaluation intermédiaire transmis par les opérateurs (à fin 2015)

Une mise en réseau des acteurs de la prévention en milieu scolaire favorable à une continuité de prévention

L'aspect fortement partenarial de la démarche a été souligné par les représentants des opérateurs et des partenaires : les attentes de chaque partenaire ont été prises en compte afin de bâtir un projet commun et aboutir à une convergence des objectifs.

Au niveau des opérateurs, il est constaté **une meilleure articulation entre les différents opérateurs avec la recherche d'un suivi coordonné et concerté des actions**. Le partage des missions et de l'environnement de chacun a permis de fédérer autour d'une cause commune, d'autant plus que les partenaires ont souhaité s'engager dans la durée avec la convention. Cette démarche a contribué à favoriser une continuité des actions de prévention tout au long du cycle de scolarisation (de l'école élémentaire au lycée) et dans des établissements différents en créant du lien entre les dispositifs. Ainsi, très concrètement, des frères et sœurs d'âges et d'établissements différents ont pu être sensibilisés sur les mêmes dispositifs et ainsi échanger entre eux et parfois impliquer leurs parents dans la réflexion. Une continuité et une cohérence dans les messages transmis a pu être renforcée, ce qui contribue d'une part à renforcer leurs effets sur les comportements des élèves et de leur entourage, et d'autre part à apporter une réponse globale aux besoins locaux des établissements scolaires.

Au niveau des établissements scolaires, la démarche a contribué à instaurer ou pérenniser des réseaux de travail inter-établissements voire inter-secteurs (des liens entre le primaire, le collège et le lycée) **en associant les directions d'établissement**. Ainsi sur le territoire de Château-Thierry par exemple, la convention a permis d'officialiser un réseau de travail de la maternelle au lycée sur la prévention initié par les infirmières scolaires. Sur le territoire de Méru, des liens ont été instaurés entre collège et lycée, permettant la mise en place d'événements communs. Ces liens ont permis avant tout le partage de pratiques en matière de prévention, mais également le développement de stratégies communes (ex. mutualisation de moyens).

Cependant, les professionnels interrogés soulignent des difficultés à associer les directions du secteur primaire, du fait d'un manque de disponibilité.

En conclusion, la démarche et la mise en œuvre des dispositifs ont permis de développer des synergies entre les acteurs de la prévention et les actions à plusieurs niveaux : entre les partenaires, entre les opérateurs, entre les équipes de différents établissements scolaires sur les territoires. Enfin, au sein de certains établissements la démarche a contribué à améliorer les liens entre les membres des équipes éducatives. Elles ont constitué un facteur facilitant pour le partage et l'évolution des pratiques autour de la prévention, ainsi que la génération de projets annexes et l'instauration de réseaux entre établissements. Ces synergies ont également contribué à instaurer une logique de continuité dans la prévention.

Les retours des représentants d'établissements indiquent que les dispositifs ont globalement répondu à leurs attentes, ont été efficacement adaptés au terrain et ont permis d'impliquer les enseignants. Cependant, les effets sur la santé et le comportement des élèves, la cible « finale », ne peuvent pas être appréciés au-delà du constat d'une forte adhésion et participation aux dispositifs.

3.4.3 Principaux enseignements de la démarche

Les difficultés ou points forts soulignés par les intervenants sollicités permettent de relever un certain nombre d'enseignements et pistes de développement.

Du point de vue des établissements scolaires :

- › l'appui administratif permis par la convention (simplification des procédures) a été facilitatrice pour l'accès aux dispositifs (appels à projets habituellement lourds à effectuer)
- › l'accompagnement par les opérateurs sur le terrain (pour l'organisation, l'animation de diagnostics internes) et l'identification de porteurs internes parmi les enseignants ont constitué des points forts. Le turnover des équipes a parfois impliqué un essoufflement de la dynamique : il est nécessaire de prévoir plusieurs référents au sein de chaque établissement pour assurer la continuité du projet.

- › L'implication des établissements du primaire dans la dynamique nécessite d'être renforcée

/

Du point de vue des partenaires et opérateurs :

- › La convention a permis d'optimiser l'articulation entre les politiques publiques et d'harmoniser les financements des co-financeurs
- › La prise en compte des temps de coordination nécessaires pour les opérateurs à la mise en œuvre des dispositifs (temps d'échanges, réunions diverses,...) a été un atout pour favoriser la création de synergies et engager un travail d'accompagnement avec les établissements
- › Les professionnels suggèrent d'impliquer plus fortement les collectivités locales et les politiques de la ville pour avoir un impact global sur le territoire (ex : ramassage scolaire, inspecteurs pédagogiques, gestion des déchets et du gâchis alimentaire, ...)
- › Par ailleurs, il apparaît nécessaire de développer et d'affiner les éléments de diagnostic relatifs aux indicateurs épidémiologiques, sociaux et sanitaires afin de mettre en œuvre le dispositif le mieux adapté possible et de mieux cibler les territoires d'actions.

/

- / Au regard des difficultés d'appréciation des effets sur les élèves et de la lourdeur des évaluations menées par les écoles, il peut être pertinent de prévoir une démarche d'évaluation applicable à l'ensemble des établissements scolaires concernés en les accompagnant pour le recueil et la transmission d'indicateurs de suivi relatifs à la santé des bénéficiaires.

4 Annexe 1 : contributeurs

4.1 Contributeurs : référents ARS

La présente évaluation a été portée par la sous-direction en charge du PRS au sein de la Direction de la Stratégie et des Territoires (DST). Le pilotage a été assuré par **M. Gwen MARQUE**, sous-directeur en charge du PRS et **Mme Sylvia CARETTE**, chargée de mission.

Les référents impliqués en interne à l'Agence sur chacune des thématiques approfondies sont les suivants :

- › Charte de coopération sur le handicap psychique (SROMS): Mme Martine LAUBERT, Direction de l'Offre Médico-Sociale, Délégation Territoriale de l'Oise
- › Attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux, (SROS, volet ambulatoire) : Mme Christine VAN KEMMELBEKE, directrice adjointe de la Direction de l'Offre de Soins.
- › Mesures pour l'accès aux droits et aux soins (PRAPS, Plan de Lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale) : Mme Henriette NOEL, Chargée de mission, Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé - Pôle de Proximité Territorial Somme.
- › Prévention et promotion de l'activité physique et de la nutrition en milieu scolaire (SRP) : Mme Amandine DEJANCOURT, responsable du service « offre de prévention régionale et territoriale », Direction Prévention et Promotion de la Santé.

4.2 Contributeurs : participants aux focus group

Contributeurs de l'évaluation des effets de la charte relative à la mise en œuvre de coopérations entre le CHI et les établissements et services médico-sociaux de l'Oise

Un focus group s'est tenu le 7 juillet en deux sessions : la première réunissant les structures accueillant les personnes âgées et la seconde à destination des structures pour les personnes en situation de handicap.

Intervenants de la première session représentant des structures pour personnes âgées dépendantes

Intervenants	Institution représentée	Fonction
Mme Danielle MERIAU	EHPAD La Compassion	Directrice Adjointe
Mme Valérie PLETIN	EHPAD La Compassion	Infirmière coordinatrice (IDEC)
M. Paul THUILLEZ	CH Le Pont	Directeur par intérim
Mme Mylène VOISOT	Hôpital Crèvecœur le Grand	Directrice des soins
Mme Lefort	EHPAD Les jardins du Château de Nampcel	IDE ENCADRANTE
Mme Kelly BORDENAVE	EHPAD Les jardins du Château de Nampcel	IDEC
Mme Brigitte GRAVET	EHPAD Songeons	IDEC
Mme Aurore LAVALLARD	CH Compiègne Noyon	Responsable EHPAD
Mme Claire DEMOULIN	Résidence les 2 Châteaux	Directrice par Délégation
M. Yves BEUCHER	CH Compiègne Noyon	Médecin Coordinateur
Mme Stéphanie SENECHAL	Les Cèdres DomusVi	Directrice
Mme Anne-Lise COME	Marseille-en-beauvaisis	Directrice Adjointe EHPAD
Mme Marie-Aude DINOUART	EHPAD le Château-Eve	IDEC
Mme STOJANOVIC	EHPAD le Château-Eve	Directrice
Mme Martine LAUBERT	Direction de l'Offre Médico-Sociale, ARS NPDCP	Responsable du Pôle de proximité territorial de l'Oise

Intervenants de la seconde session représentant des structures pour personnes en situation de handicap

Intervenants	Institution représentée	Fonction
Mme Lucie LERMUSIAUX – DESEQUELLES	Centre Lucien Oziol	Directrice
Mme Laetitia ZANPESE	MAS France Raphael Fleury ADSEAO – Beauvais	Directrice
Mme Corine VERTADIER	FAM BAILLEUL SUR THERAIN – APAJH	Directrice
Mme Dorothée LEBAS	ESAT LA NOUVELLE FORGE – BEAUVAIS,	Directrice Adjointe
M. Roland LEFEVRE	MAS SAINT ROMAN – CESAP – GOUVIEUX	Directeur du Pôle Oise
M. Serge LACHAISE	MAS « La Clarée » à Beauvais	Directeur
M. Renato PACE	FAM LA SAGESSE CREPY EN VALOIS	Directeur
Mme Martine LAUBERT	Direction de l'Offre Médico-Sociale, ARS NPDCP	Responsable du Pôle de proximité territorial de l'Oise

Contributeurs de l'évaluation des effets des mesures réalisées en faveur de l'attractivité du territoire pour la formation et l'installation des professionnels de santé libéraux

Le focus group s'est tenu le 6 septembre et a réuni les intervenants suivants :

Intervenants	Institution représentée	Fonction
M. Sébastien DELESCLUSE	Association de tutorat Etudiant	Président, Etudiant Assesseur auprès du vice Doyen
M. Mathieu CESAR	Lycée Paul Claudel Laon	Enseignant dans la filière excellence santé
M. Bertrand PEDOUX	Lycée Paul Claudel Laon	Proviseur
M. Patrick LESOUDARD	URPS Infirmiers	URPS Infirmiers

Mme Rachel CHAUVET	CPAM de l'Aisne	Coordonnatrice pôle Relation acteurs de soins
Mme Anne-Sophie ROUSSEAU	URSSAF Picardie	Sous-Directrice
Mme Francine MARÉCHAL	URSSAF Picardie	Chargée de projet relation cotisants
Mme Edith PLANTEFEVE	Conseil Interdépartemental de l'Ordre National des Infirmiers	Présidente
M. Pierre-Olivier THEBAUD	IPR SVT Rectorat de Picardie	Co pilote Filière Excellence Santé
Mme Isabelle GUILLARD	CIDOI 02-60-80	CIDOI 02-60-80
Dr Jean-Louis DUNAUD	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins	Président
Mme Isabelle TILLY	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins	Secrétaire Administrative
Mme Lucie GERVOIS	Initiative Aisne	Directrice
Mme Anne-Claire MONDON	ARS Aisne	Responsable pôle offre de soins

En parallèle, des entretiens ont été réalisés avec des professionnels de santé du territoire, le Délégué territorial de l'Aisne de l'ARS et un représentant de l'URPS Médecins Libéraux de Picardie :

Personne interviewée	Profession
Monsieur Yves DUCHANGE	Délégué territorial de l'Aisne de l'ARS
Dr Lucie NATTIER-BERGER	Médecin généraliste
Dr Marina PAUTOVA	Médecin généraliste
Mme Marie ROYER	IDE
Dr Julie MARCHAND	Psychiatre au CHU d'Amiens
Dr HENOCQUE	Médecin généraliste
Dr Emeline GEDDA	Médecin généraliste
Dr PROISY	URPS Médecins Libéraux

Contributeurs de l'évaluation des effets des mesures pour l'accès aux droits et aux soins mise en œuvre dans le cadre du PRAPS

Le focus group s'est tenu le 6 septembre et a réuni les intervenants suivants, membres du groupe santé-social de la Somme et de l'Aisne:

Intervenants	Institution représentée	Fonction
Alain PAULY	CPAM Somme	Responsable CMU
Elodie DUPUIS	DDCS Somme	Assistante Sociale
Jocelyne KLIGLICH	CHU d'Amiens	Cadre socio-éducatif
Marie-Pierre BAUZIN	Centre Hospitalier Philippe PINEL	Chargée des Affaires générales
Claire de Bretagne	Centre Hospitalier Philippe PINEL	FF Cadre socio-éducatif
Michel GIVERDON	UDAUS 80 (SAMU Social)	Directeur UDAUS
Ludovic BILLARD	Association AVENIR	Directeur
Marie-Paule QUEVAL	PASS CH d'Abbeville	Cadre socio-éducatif
Pascale KEUSCH	PASS Beauvais	AS responsable service social du Centre hospitalier de Beauvais
Marie-Thérèse RAMOS-LECUYER	PASS Psychiatrique CHI Clermont de l'Oise	Coordonnatrice des Activités Socio-Educatives

Contributeurs de l'évaluation des effets des mesures prises dans le cadre de la convention nutrition entre l'Education Nationale, l'ARS et la DRAAF

Le focus group s'est tenu le mardi 5 juillet et a réuni les intervenants suivants :

Intervenants	Institution représentée	Fonction
Mme Claire TAUTY	Association Echanges Pour une Terre Solidaire	Présidente
Mme Laurence DA SILVA	Association Echanges Pour une Terre Solidaire	Chargé du projet « Un fruit pour la récré »,
Mme Valérie EVRARD	IREPS de Picardie (Abbeville)	
Mme Doris-Rose KANGNE	IREPS de Picardie (Oise Occidentale)	Coordinatrice du dispositif « école 21 »
M. Anthony LEMOINE	Mutualité Française de Picardie	Chargé de prévention et Référent « Bouge une priorité pour ta santé »
Mme Adeline GABRIEL-ROBEZ	Mutualité Française de Picardie	Chargée de prévention et Référente projet « 1 2 3 Manger Bouger Grandir »
Mme Catherine ROUSSEAU	Rectorat d'Amiens	Infirmière scolaire, Copilote pour la mise en œuvre de la convention
Mme Nathalie HURE	Rectorat d'Amiens	Infirmière scolaire, animatrice du territoire de Breteuil

En parallèle, des entretiens ont été réalisés avec des représentants d'établissements scolaires (infirmiers scolaires, chefs d'établissements) :

Personnes interviewées	Etablissement(s) représentés	Dispositifs mis en oeuvre
Mme Françoise Bramard	Collège Henri Beaumont (Oise occidentale)	Bouge, une priorité pour ta santé
Mme Martine WACHNICKI	Collège Max Dussuchal, écoles maternelle et primaire d'Aisne sud	Ecole 21 Bouge, une priorité pour ta santé Un fruit pour la récré 1, 2, 3 Manger Bouger Grandir
Mme Agnès VANDEVYVERE	Lycée Jules Verne (Aisne Sud)	Un fruit pour la récré
M. Xavier Sylvain	Collège Les Fontainettes et écoles du territoire de Saint Aubin (Oise Occidentale)	Bouge, une priorité pour ta santé
Mme Edith HAS	Collège et écoles du secteur de Condé-en-Brie (Aisne Sud)	Ecole 21 Bouge, une priorité pour ta santé Un fruit pour la récré Plaisir à la cantine
Mme Marie-Hélène PAULY	Ecoles du territoire de Méru, Collège Pierre Mendès France, Collège du Thelle, Lycée Lavoisier, Lycée Condorcet	Bouge, une priorité pour ta santé

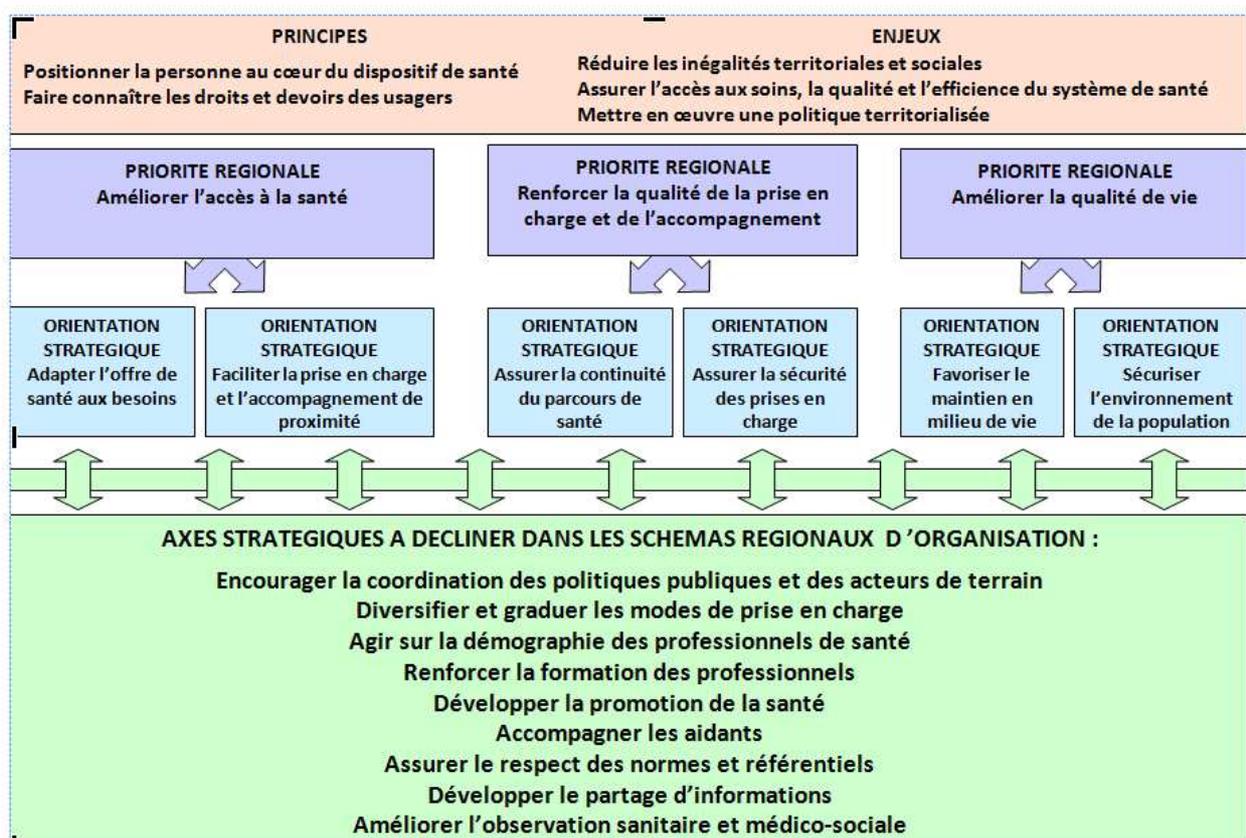
5 Annexe 2 : Bilan des principales réalisations du PRS Picardie 2012-2017

5.1 Les principaux enjeux du Plan stratégique régional de santé

Le PSRS, le document d'orientations stratégiques du PRS, vise à répondre à trois enjeux majeurs de la région :

- **Réduire l'écart entre les indicateurs sanitaires** de la région et ceux de la France métropolitaine.
- **Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé**
- **Renforcer l'efficacité médico-économique du système de santé régional**, notamment pour maîtriser l'évolution de la dépense de consommation en soins.

SCHEMATISATION DE LA STRATEGIE REGIONALE DE SANTE



5.2 ORIENTATION N°1 : adapter l'offre de santé aux besoins

5.2.1 Améliorer la prise en charge des maladies cardio-vasculaires

Dans le cadre du plan d'actions national AVC 2010-2014, l'ARS a défini comme l'une de ses priorités régionales l'amélioration de la coordination des acteurs, en structurant les parcours de santé des patients victimes d'AVC.

Le COTER AVC (composé de neurologues, urgentistes, médecins MPR, radiologues, cadres de santé, représentants du secteur médico-social, de l'HAD, de l'équipe de coordination régionale, de l'ARS (sanitaire, médico-social, SI)) a fortement contribué à l'élaboration du SROS-H.

Une équipe de coordination régionale rattachée au CHU d'Amiens mais financée par l'ARS dans le cadre du plan AVC, formée de 3 professionnels de santé (IDE, assistant social et secrétaire), a été mise en place dès 2013 pour structurer le partenariat entre les acteurs de la filière AVC. Cette équipe a pour mission d'identifier, coordonner, animer, développer et évaluer les filières de prise en charge des patients victimes d'AVC pour leur assurer un parcours de soin personnalisé et sans rupture.

Le PRS signale un nombre de lits en UNV insuffisant au regard du nombre d'hospitalisations pour AVC réalisées en Picardie. Or, il est prouvé que la prise en charge dans ce service spécialisé, des patients victimes d'AVC, améliore la récupération fonctionnelle et diminue les séquelles. L'un des objectifs est d'augmenter le taux de patients pris en charge en UNV (en 2010 : seuls 18 % des patients pris en charge au CHU passent par l'UNV de l'établissement). La structuration de la filière de prise en charge, interne aux établissements comme inter établissements, doit être améliorée pour augmenter la part de patients pris en charge en UNV.

1) Améliorer l'identification et l'orientation du patient AVC

a. Sensibiliser la population à la reconnaissance des signes et à la conduite à tenir (appeler le 15)

- Organisation de manifestations régionales à l'occasion des journées mondiales (et européennes) avec une fréquentation accrue
- Mise en place d'un module de formation proposée aux infirmières scolaires par la coordination régionale AVC dans le cadre du partenariat ARS/Rectorat en vue d'être dispensé aux collégiens
- Réalisation d'une formation continue des sapeurs-pompiers et ambulanciers (par l'équipe de coordination régionale)

b. Informer et former les professionnels de santé et harmoniser les pratiques

- Elaboration par les COTER AVC et COTER Urgences (médecins régulateurs, urgentistes et neurologues) d'une procédure régionale d'identification et d'orientation des patients victimes d'AVC à destination des SAMU notamment
- Réalisation par un groupe de travail régional d'outils spécifiques aux EHPAD:
 - module de formation spécifique pour les professionnels de santé de ces structures médico-sociales avec les supports d'information afférents ;
 - fiche de recueil de données utiles à l'urgentiste, associée au DLU (dossier de liaison urgence) en cas de transfert sur régulation du centre 15.

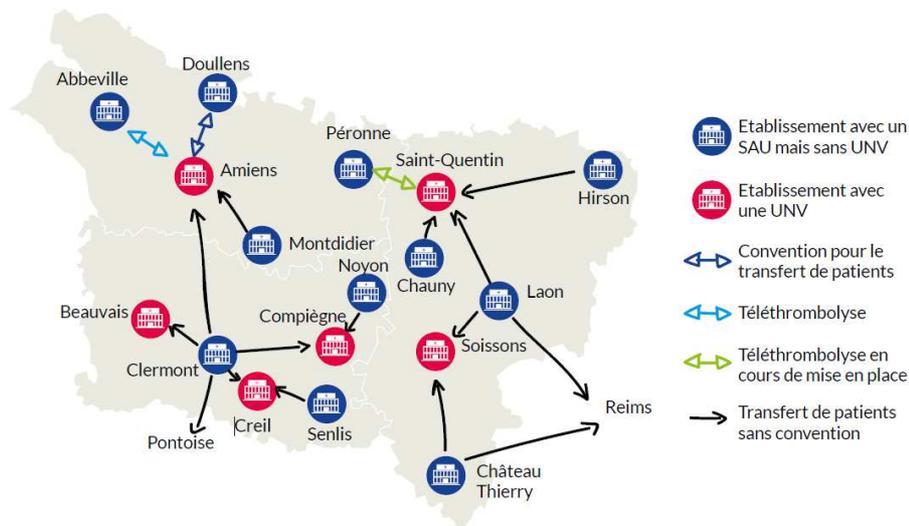
2) Accéder dans les meilleurs délais à une prise en charge adaptée

L'accès rapide au diagnostic et aux traitements est fondamental. Il conditionne la qualité de la prise en charge.

a. Faciliter l'accès à l'imagerie médicale et en particulier l'accès à l'IRM

- Augmentation du nombre d'IRM sur l'ensemble de la région durant le SROS-PRS et diversification du parc avec autorisation d'IRM spécialisées ce qui améliore la disponibilité des IRM polyvalentes même si des difficultés subsistent parfois en période de PDS. En effet, beaucoup d'appareils ne fonctionnent encore qu'en 12/24, y compris dans les établissements sièges d'UNV, ce qui pose problème pour les patients présentant un AVC en dehors des heures ouvrées.

b. Organiser l'articulation entre services d'urgence (SAU) et Unités Neuro Vasculaires (UNV)



Source : rapport d'évaluation intermédiaire du PRS de Picardie- Données de juin 2015

Deux dispositifs ont été développés (cf. évaluation intermédiaire du PRS 2012-2017):

❖ **La téléthrombolyse** (permet de réaliser une thrombolyse par télé-médecine : l'injection est réalisée par l'urgentiste sous la responsabilité du neurologue présent par visio-consultation) entre l'UNV du CHU d'Amiens et le SAU du CH d'Abbeville pour la prise en charge des AVC ischémiques.

- Elaboration par le COTER AVC, l'équipe de coordination de l'ARS, d'un schéma régional sur l'organisation de la téléthrombolyse entre les UNV et les services d'urgence. Ce document a permis d'identifier : 3 centres d'expertise (le CHU d'Amiens, le CH de Saint Quentin et le CH de Soissons) et 3 établissements de santé prioritaires pour le déploiement de la téléthrombolyse (les CH de Laon, de Château-Thierry et d'Hirson). Le déploiement a été engagé fin 2015 sur le territoire de santé Aisne Sud. Le positionnement du CH de Laon ayant évolué récemment, les mesures prises ont été suspendues en mars 2016. Par ailleurs, la téléthrombolyse entre St Quentin et Péronne a été stoppée en raison entre autres, d'une file active de patients mal évaluée au début du projet. La situation d'Hirson reste à l'étude.

- Mise en place d'un groupe de travail pour l'élaboration d'un dispositif de formation à destination des professionnels de santé sur les techniques et pratiques professionnelles nécessaires à la réalisation de cette prise en charge spécifique. Dans ce cadre, les professionnels ont bénéficié de formations via Simu santé.

❖ **La signature d'une convention** entre le CHU d'Amiens et le CH de Doullens depuis 2014 pour organiser le parcours de soins du patient AVC : prise en charge adéquate, services à contacter, modalités de transfert à l'UNV et de retour du patient au CH initial (cf. impact de cette organisation sur le parcours du patient dans le rapport d'évaluation intermédiaire du PRS).

c. Faciliter l'accès à l'UNV en améliorant le taux de rotation des patients grâce à l'organisation d'une filière d'aval adaptée

- Accompagnement par l'ARS de 3 binômes d'UNV/SSR polyvalents (CHU Amiens/ CH Albert – CH Beauvais/CH Crèvecœur le Grand – CH Saint Quentin/CH Guise) pour favoriser l'admission des patients de l'UNV : lits dédiés et adaptation de la prise en charge à leurs besoins (FIR). L'articulation médicale avec l'UNV a été organisée afin de sécuriser les prises en charge et le partage des compétences. La formation des professionnels de santé paramédicaux est inscrite dans ce cadre également. Ce dispositif est en cours d'évaluation.

Taux régional de thrombolyse inférieur à 5 % (sous la moyenne nationale de 8 %)

30 % des patients atteints d'AVC bénéficient d'une prise en charge en UNV

Axes stratégiques du PSRS:

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Développer la promotion de la santé
- Renforcer la formation des professionnels

5.2.2 Développer la télémédecine

Les actions de télémédecine découlent du document de « Politique Transversale de Télésanté » et du document « Programme régional de télémédecine » issus du PRS. La télésanté contribue aussi aux schémas du PRS : prévention, sanitaire et médico-social, en aidant à développer les projets par le biais des systèmes d'information et de communication.

La maîtrise d'ouvrage des projets du domaine « Télésanté et Télémédecine » est généralement déléguée au GCS e-santé Picardie. Cependant, le pilotage et le financement de certains projets est confié à des partenaires métiers, comme par exemple l'URPS Médecins libéraux dans le cadre du développement d'une activité de téléexpertise en dermatologie.

D'autres actions sont en déclinaison des programmes nationaux et peuvent être gérées par l'ARS, comme l'expérimentation de rémunération des actes de télémédecine au titre de l'article 36 de la LFSS 2014.

L'ARS a également mise en place des projets comme la valise télémédecine en EHPAD, le déploiement de la messagerie sécurisée de santé et la télédyalise.

1) La télésanté

- Financement de la contractualisation d'une prestation régionale de déploiement d'une solution de messagerie compatible avec la Messagerie de santé sécurisée (MSS) définie par l'ASIP Santé et le système d'échange APICRYPT, beaucoup déployé en Picardie et en région Nord Pas de Calais (instruction N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la MSS dans les établissements de santé). Le financement comprend le déploiement et l'exploitation d'un nombre illimité de boîtes aux lettres et de passerelles de messagerie pendant une période de deux ans.

Il comprend un volet d'information, d'accompagnement et de développement des échanges entre les établissements et les médecins en exercice libéral du bassin de population qu'ils desservent.

- Déploiement du dossier communicant de cancérologie (DCC) qui est composé des comptes rendu des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) et du Plan Personnalisé de Santé (PPS). **11 établissements 3 C sur 13** l'utilisent. De 2012 à fin 2015 : **21 745** fiches ont été produites. Les RCP sont outillés par la plateforme COMEDI-e (Coopération MEDicale Innovante en e-santé).

- Outillage de la prise en charge des patients au sein et entre différentes structures médico-sociales avec mise en œuvre d'un DMSU (dossier médico-social unique) dans le cadre du CLS Grand Sud-Ouest Amiénois.

- Informatisation de l'activité des MAIA depuis 2014.

- Accompagnement des établissements par l'ARS pour le programme national Hôpital Numérique (financement FIR suite à appel d'offre fin 2014) : séminaire de restitution de l'atteinte des prérequis au CH Intercommunal de Compiègne-Noyon ; audit accompagné de recommandations spécifiques, pour 4 établissements en situation de fragilité particulière (été 2015) ; organisation d'ateliers thématiques de formation sur les différents volets du programme (septembre et octobre 2015). Cette mission a été pilotée avec la participation de la FHF, la FHP et la FEHAP. Elle a permis à une dizaine d'établissement qui n'avaient pas planifié de le faire, de déposer un dossier de candidature pour un financement Hôpital Numérique.

D'une manière générale, l'aide à la formalisation des documents a été appréciée, démarche indispensable à la certification HAS V2014 des établissements pour la partie systèmes d'Information.

2) La télémédecine :

- Développement des téléconsultations de spécialités avancées entre établissements : télé dialyse. L'ARS a financé et mis en œuvre une activité de télésurveillance et téléconsultation entre le centre lourd de dialyse du Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO-Creil) et l'Unité de Dialyse Médicalisée de Senlis : SANTELYS.

Le développement de la filière IR passe par un axe prioritaire pour le GHPSO : le développement de l'offre de soins au travers de la mise en place d'un service de néphrologie hospitalière lourde. En parallèle et de manière interdépendante, le développement des unités de dialyse médicalisées fonctionnant par télé-médecine permet de proposer en complément des autres modalités de dialyse, une offre d'hémodialyse intermédiaire entre le centre et l'auto dialyse, et d'organiser ainsi une offre de soins plus diversifiée. Ce projet est opérationnel depuis novembre 2015.

Sur le FIR 2015 ont été financées la mise en œuvre de deux activités similaires en 2016 dans l'Aisne, entre le centre lourd du CH de Saint-Quentin et les UDM de Chauny et de Guise.

- Développement de la télé-médecine dans les structures médico-sociales pour la prise en charge en urgence en EHPAD (une des orientations du SROMS pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées en EHPAD). L'ARS a financé l'acquisition de 3 valises de prises de constantes biologiques en urgence, réparties dans 3 EHPAD, une par département (Aisne, Oise et Somme). L'objet de cette expérimentation porte sur la mise en œuvre pour une durée d'un an, d'un dispositif de recueil de données biomédicales portable (valise), comportant des instruments de consultation et des moyens d'enregistrement et de communication de ces données. Il contribue à la permanence des soins en permettant à un personnel paramédical (infirmier ou aide-soignant), de recueillir et d'envoyer de manière simple et rapide des constantes vitales au médecin régulateur du SAMU, ce qui l'aide à prendre une décision d'orientation : envoi d'un véhicule du SMUR avec transfert le cas échéant aux urgences avec transport sanitaire ou mesures d'attente de l'intervention d'un médecin traitant en heures ouvrées.

Cette initiative préfigure une clause du cahier des charges 2016 déclinant l'article 36 de la LFSS 2014, portant sur l'expérimentation de rémunération d'actes de télé-médecine.

85000
examens de
télé-radiologie
réalisés

- Mise en place de la télé-radiologie, depuis 2012, au bénéfice des établissements disposant de modalités de radiologie mais ayant des difficultés de recrutement de radiologues. Plus de 3000 expertises par mois ont été réalisées à fin 2015. Elle est exercée aussi bien en permanence des soins qu'en continuité des soins. 9 établissements de santé ont recours à la télé-radiologie dont 7 dans le cadre de la permanence des soins. Les expertises sont aussi bien réalisées dans des établissements pivots comme le CHU d'Amiens ou le CH de Saint Quentin, que par des sociétés privées, dont les praticiens sont en exercice libéral en région ou hors région.

- D'autres spécialités médicales financées par l'ARS et déployées par la maîtrise d'ouvrage régionale (GCS e-santé) ont fait l'objet d'une expérimentation en télé-médecine en 2015, sont encore peu déployées ou n'ont pas fait preuve d'une évolution significative de l'usage : « tél-expertise d'EEG entre plusieurs centres hospitaliers », « télé-dermatologie en unités de soins des établissements pénitenciers », « téléconsultations en médecine physique et de réadaptation entre une EHPAD et un établissement SSR ».

FOCUS SUR LA TELEDERMATOLOGIE

Collaboration avec l'URPS Médecins Libéraux, portant sur les besoins prioritaires dans les zones touchées par la désertification médicale : financement et mise en œuvre d'une expérimentation de télé-expertise en dermatologie pour les suspicions de tumeur.

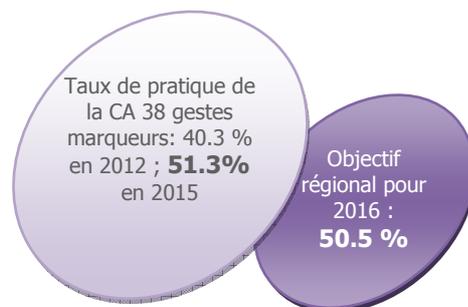
L'expérimentation a débuté dans l'Oise en octobre 2015, avec 7 médecins généralistes et 4 dermatologues formés. Les avantages pressentis sont pour le patient, comme pour le professionnel, l'amélioration et la réduction des délais de prise en charge des lésions pigmentées et tumorales, et des échanges de pratiques entre experts et généralistes. Il est à noter que dans les cas où le diagnostic doit être consolidé, les dermatologues reçoivent le patient à leur cabinet dans le plus bref délai, réduisant un temps d'attente qui peut souvent aller jusqu'à 6 mois. A fin décembre 2015, 21 demandes d'expertise avaient été engagées, ayant généré au moins 3 rendez-vous "en accéléré". L'expérimentation est étendue à toute la Picardie au cours de l'année 2016, sur une base de 92 médecins généralistes et de 11 dermatologues recrutés. Un bilan intermédiaire, produit à la fin du premier semestre 2016, permet d'en tirer les premiers enseignements sur les plans qualitatifs et quantitatifs, dont notamment le nombre de cancers détectés de manière précoce.

Axes stratégiques du PSRS:

- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Développer le partage d'informations

5.2.3 Favoriser la chirurgie ambulatoire

Avec un taux de fuite élevé et un taux d'attractivité faible, une densité de chirurgiens en Picardie nettement inférieure au niveau national, le développement de la chirurgie ambulatoire peut permettre d'améliorer l'offre de soins en Picardie.



Le développement de la chirurgie ambulatoire

- Intégration de nouveaux gestes peu pratiqués en région voire au niveau national (exemple : ablation de la vésicule biliaire).
- Mise en œuvre d'un plan d'action régional d'accompagnement d'établissements picards ciblés pour développer la chirurgie ambulatoire. Il permet également l'identification et le financement par l'ARS d'un référent chirurgie ambulatoire de profil cadre de soins. Son rôle est d'assurer l'interface entre l'équipe projet ARS / Assurance Maladie et l'établissement ciblé.
- Organisation d'une journée régionale « Chirurgie ambulatoire » visant à développer les bonnes pratiques, à destination de l'ensemble des acteurs (chirurgiens, anesthésistes, médecins généralistes, URPS, représentant des usagers, établissements « adresseurs » MCO, Conseil de l'Ordre...).
- Développement de la mise sous accord préalable (MSAP) qui a constitué un levier pour les établissements afin d'augmenter leur taux de gestes marqueurs.
- Mise à disposition d'un tableau de bord biannuel pour l'ensemble des établissements de la région pratiquant la chirurgie ambulatoire pour suivre leurs résultats (taux global, 38 gestes marqueurs).
- Mise en place d'ISIPAD 2 (**Interventions Soins Infirmiers Post chirurgie Ambulatoire à Domicile**), depuis octobre 2014, en lien avec l'URPS infirmiers, généralisé à tous les établissements picards ayant une autorisation en chirurgie ambulatoire. Ce dispositif permet de sécuriser le retour à domicile des patients « fragiles » physiquement, psychiquement et socialement par deux visites d'IDE à domicile à J 0 et à J+1 (cf. Evaluation intermédiaire du PRS).

Axes stratégiques du PSRS:

- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Développer le partage d'informations

5.3 ORIENTATION n°2 : Faciliter la prise en charge et l'accompagnement de proximité

5.3.1 Lutter contre les addictions

Les addictions constituent encore pour la région une priorité. Pour l'alcool, la Picardie présente le **3ème taux de mortalité** tous âges le plus important des régions de France hexagonale. Pour le tabac, la Picardie est touchée par des consommations excessives de tabac (**4e taux de mortalité** le plus important de la France hexagonale).

Le document de politique transversale sur les addictions favorise les actions de prévention en direction des publics vulnérables (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, personnes placées sous main de justice).

L'accent a été mis sur la coordination des actions au niveau régional, la formation et la rencontre des professionnels.

👉 Les indicateurs et objectifs suivants sont communs entre le document de politique transversale addictions et les SROS et SROMS.

1) Une articulation des acteurs formalisée

- Entre 2013 et avril 2016 : mise en place d'1 journée régionale sur les consultations jeunes consommateurs et de deux rencontres des professionnels de la prise en charge des addictions.
Désignation au sein des CSAPA de référents addictions en équipes psychiatriques ou d'addictologie pour favoriser la prise en charge des comorbidités psychiatriques (enquête 2014, suivi d'une communication aux structures sur les coordonnées des référents).
- Dans le cadre de la convention pluriannuelle 2014-2016 entre l'ARS et l'IREPS, mise en place d'une coordination régionale et territoriale des actions et des acteurs par l'animatrice territoriale addiction (IREPS) (cf. évaluation intermédiaire 2015 du PRS 2012-2017).
- Mise en réseau des acteurs du champ des addictions : Réseau Addictions de l'Agglomération de Creil (RESAAC) et Réseau Addictions du Beauvaisis (RESAB)

2) L'organisation d'un dispositif complet de prise en charge

- Financement d'actions de prévention via appel à projet et signature de conventions pluriannuelles avec Le Mail et l'ANPAA
- Signature en 2014 d'un GCSMS Aisne Nord Haute Somme qui permet l'ouverture d'un CAARUD à St Quentin (articulation prévention, ambulatoire et hospitalisation)
- Amélioration du maillage du territoire par des consultations addictions et/ou microstructures :
 - Expérimentation en 2014 d'un CSAPA « sans mur » en cabinet de MG (MSP Quevauvillers) pérennisée dans le territoire Somme (lien avec le CLS Grand Sud-Ouest Amiénois)
 - Une consultation avancée à Grandvilliers pour l'ANPAA 60, une consultation avancée en AHI (social) pour Le Mail dans la Somme
 - Antennes à Crèvecœur pour le SATO ; Senlis, Crépy-en-Valois pour l'ANPAA 60 et à la maison d'arrêt de Beauvais
 - Dispositif mobile CAARUD à Laon pour le SATO.
 - 6 places de LHSS à Amiens
 - 2 renforcements de CSAPA référents justice pour l'ANPAA 60 (maison d'arrêt Liancourt) et l'ANPAA 80 (maison d'arrêt d'Amiens).
- Création de 3 consultations jeunes consommateurs (2012-2013) à Bohain, Guise et Sissonne

3) Une meilleure formation des acteurs et professionnels

- Formation des étudiants en pharmacie au RPIB (repérage précoce et intervention brève)
- Création d'un DU addictions depuis 2013

4) Communiquer et informer sur la politique régionale et l'offre existante

- Publication d'un guide sur l'offre existante à l'attention des professionnels et usagers sur le site internet de l'ARS + création d'un annuaire régional recensant les structures de prévention et de prise en charge des addictions

👉 Les indicateurs et objectifs suivants sont communs entre le document de politique transversale addictions et le SRP.

5) Conforter la politique régionale de santé publique en soutenant les actions sur les déterminants de santé et les milieux de vie identifiés comme prioritaires

- Mise en place d'actions en milieu scolaire et hors milieu scolaire par l'ANPAA et Le Mail (conventions pluriannuelles)
Ex : action « Dédale de vie et dédale de famille » du Mail et action DVD de l'ANPAA, évaluées dans le cadre de l'évaluation intermédiaire 2015 du PRS de Picardie.
- Mise en place d'actions permettant d'aller à la rencontre des jeunes et de réduire les risques liés aux consommations en milieu festif et dans la rue (ex : intervention du Mail en milieu festif via le l'unité mobile du CARRUD présente dans le quartier festif d'Amiens)

6) Former et informer sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse

- Création Flyer et affiche fin 2012 + diffusion (en lien initialement avec la Task force alcool)
- Action de sensibilisation par l'ANPAA des futurs parents à la nécessité de ne pas boire d'alcool tout au long de la grossesse + formations à destination des professionnels de la périnatalité (élèves sages-femmes, aides-soignantes) dans l'Aisne et la Somme en 2014

👉 Les objectifs suivants sont communs avec le PRAPS.

7) Améliorer le repérage et l'orientation des personnes en situation de précarité souffrant d'addictions

- Mise en place de permanences à Poix et d'un groupe de parole à Airaines (Alcool Assistance) dans le cadre du CLS Grand Sud-Ouest Amiénois
- Mise en place du groupe santé social dans la Somme puis dans l'Aisne et l'Oise. (cf. évaluation intermédiaire 2015 du PRS picard)
- Signature de conventions entre Le mail et les structures d'hébergement et d'insertion et avec l'équipe mobile de psychiatrie d'Amiens.

8) Améliorer la réduction des risques sanitaires et psychosociaux, notamment de précarité psychique

- Financement subsidiaire aux CSAPA avec hébergement leur permettant de proposer gratuitement l'amorce de traitement de substitution nicotinique comme tu veux pour 1 mois.

Axes stratégiques du PSRS :

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Développer le partage d'informations
- Développer la promotion de la santé
- Renforcer la formation des professionnels

5.3.2 Améliorer l'accès de toute la population aux professionnels de santé

La région est caractérisée par une densité de professionnels faible et en diminution et une consommation de soins de médecine générale plus importante que la moyenne nationale.

Face à ces constats, l'ARS de Picardie a mis en œuvre les mesures du Pacte Territoire Santé en utilisant les outils mis à disposition et en créant de nouveaux dispositifs. Les objectifs nationaux pour les signatures des CESP et des PTMG ont été atteints ; la lisibilité du dispositif « référent installation » a été améliorée ; les MSP ont été multipliés par 5 depuis 2010 ; preuves d'une collaboration renforcée entre l'ARS et ses partenaires.

Densité de médecins généralistes : **89.7** au 1^{er}/01/2015 contre 105 en France

1) Rendre la région attractive pour les professionnels de santé :

POUR LA FORMATION :

- Organisation du Séminaire d'accueil des internes en partenariat avec le Conseil Régional, l'URPS Médecins Libéraux et l'UFR de médecine : permet aux étudiants de mieux connaître la région et ses établissements et le dispositif de l'internat.
- Organisation du Forum des carrières : informe les futurs médecins sur les dispositifs de post internat (dont les postes d'assistants partagés) et les aides à l'installation (PAPS, Carto santé).
- Développement de stages en ambulatoire : 166 médecins généralistes sont maîtres de stage (contre 110 en 2012), 98% des étudiants en deuxième cycle font un stage en ambulatoire.

POUR FACILITER L'INSTALLATION :

- Signature de 69 CESP: allocation mensuelle octroyée aux étudiants en médecine en contrepartie d'un engagement à exercer dans une zone médicale déficitaire pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu l'allocation. Sur les 12 signataires de CESP qui ont terminé leur internat, un interne s'est installé en MSP avec signature d'un contrat de PTMG et deux ont des projets d'installation dans l'Aisne.
- Création de 12 postes d'assistants partagés en post internat: temps partagé entre le CHU et un centre hospitalier périphérique pendant deux ans afin de faciliter l'installation de praticien dans en périphérie.
- Mise en place du PAPS : portail d'appui aux professionnels de santé ayant pour finalité d'informer et de faciliter l'orientation des professionnels sur les services proposés par les différents acteurs.
- Création du guichet unique d'installation dans le département de l'Aisne, de manière à permettre aux professionnels de santé et aux médecins généralistes d'obtenir de l'information, mais également d'effectuer leurs démarches administratives d'installation en un seul et même lieu (Conseil de l'Ordre, CPAM, URSSAF).
- Signature de 13 contrats PTMG : les signataires bénéficient chacun d'un accompagnement individuel et personnalisé (garantie de revenus et protection sociale améliorée en sécurisant les deux premières années d'installation). En contrepartie, les médecins s'engagent à exercer dans une zone en difficulté.
- Mise en œuvre d'une filière d'excellence qui sensibilise les élèves de lycée aux formations de la santé et accompagne les volontaires jusqu'à la PACES.
- **Une page Facebook « du stylo au stétho : se former et exercer la médecine »** a été créée en septembre 2013 à l'initiative de l'ARS de Picardie. Une première en France. Etudiants, internes et jeunes médecins y trouvent en temps réel des informations sur leurs statuts, les dispositifs tels que le CESP ou le PTMG, les structures et conditions d'exercice (MSP, télé-médecine), etc. La page contient également des informations propres à la Picardie : aides spécifiques à l'installation, événements et dates clés, ou encore points épidémiologiques. Près de 1 500 likers suivent le fil d'actualité, rythmé par ses grands rendez-vous tels que "les jeudis de l'installation". Une bourse à l'emploi a été créée, permettant de relayer les annonces de postes **dont une concerne la commune d'ATHIES.**

2) Les enjeux de l'organisation des soins

- Organisation des assises régionales 1^{er} recours en 2014 pour partager les enjeux des évolutions de santé.
- L'ARS et ses partenaires soutiennent la création de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP). On compte, à ce jour en Picardie, **27 MSP ouvertes, 40 en cours d'ouverture ou à l'étude. Le nombre de MSP en Picardie a été multiplié par 5 depuis la création de l'ARS en 2010.**

Sont à noter :

- ↳ Le dynamisme du Comité régional de sélection
- ↳ La réalisation d'un guide d'aide au montage des MSP et du cahier des charges régional

Plus de **95 %** de la population est à moins de 30 mn des urgences

- ↳ La réalisation d'un guide des aides à l'installation à destination des professionnels de santé souhaitant s'installer dans notre région
- ↳ L'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) dans 9 MSP
- ↳ L'organisation de la 1ère journée picarde des MSP réunissant les porteurs de projet (2015).

- Financement des 11 réseaux de santé territoriaux (soins palliatifs, diabète et gérontologie) et des 3 réseaux régionaux.
- Mise en place depuis novembre 2015 du projet de télé-expertise en dermatologie pour la détection de tumeurs cancéreuses (15 médecins généralistes et 5 dermatologues, Compiégnois).
- Ouverture de 11 maisons médicales de garde.

Axes stratégiques du PSRS:

- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Agir sur la démographie des professionnels de santé
- Renforcer la formation des professionnels
- Développer le partage d'informations

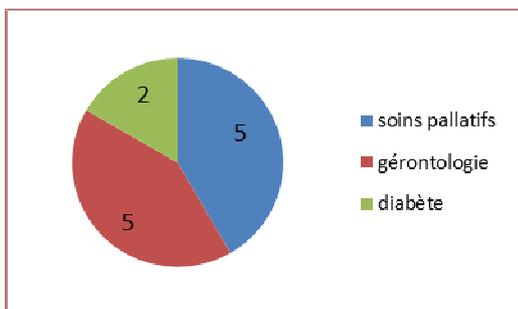
5.3.3 Organiser les partenariats entre les acteurs du soin dans chaque territoire

1) Optimiser les réseaux de santé dans les territoires

Selon le SROS, « les réseaux de santé apportent une réponse spécifique à une population spécifique sur un territoire donné. Ils ont un rôle interstitiel, leur service se place là où l'action et l'offre du territoire, et de chaque acteur isolé, est déficitaire ou absente [...] ».

Le SROS de Picardie pose un double objectif orientant l'accompagnement de ces réseaux de santé par l'ARS :

1. Simplification de l'accès des professionnels du sanitaire et du médicosocial qu'ils soient à l'hôpital ou en ville à ce mode d'organisation;
2. Amélioration de la couverture géographique et thématique



12 réseaux territoriaux existent et 3 réseaux régionaux (cancérologie, pathologies respiratoires et périnatalité). En cohérence avec le SROS PRS et les orientations nationales, le rapprochement par un développement des partenariats et des mutualisations entre réseaux d'un même territoire ainsi que l'extension géographique sur les zones dites « blanches » a eu lieu. En effet, toutes thématiques confondues, la quasi-totalité de la Picardie est couverte par un réseau.

Les réseaux sont réorientés vers la mission d'un **service d'appui à la coordination des effecteurs de soins**. Les réseaux ont été incités à se recentrer sur la fonction de **coordination des situations complexes**, à améliorer leur visibilité et leur attractivité.

— Les réseaux soins palliatifs :

Les réseaux de soins palliatifs couvrent la majeure partie du territoire. Seuls quatre cantons demeurent encore en zone dite « blanche », un travail de pluri thématisme a été amorcé avec les réseaux.

— Les réseaux gérontologiques :

Parmi ces structures, deux réseaux sont spécialisés dans la prise en charge de la personne âgée quelle que soit la situation de la personne. Les deux autres ont développé, en plus de la gérontologie, une expertise relative aux patients atteints d'Alzheimer pour l'un et une expertise oncogériatrique pour le second.

Les réseaux de gérontologie ne couvrent pas la totalité du territoire, le département de l'Aisne et une grande partie du département de la Somme n'étant pas couverts.

— Les réseaux diabète :

Le Réseau RESOLADI met en œuvre la rétinographie mobile.

La couverture du territoire par les réseaux de diabète se limite au département de l'Aisne.

— Les réseaux régionaux :

- Le réseau spécialisé dans le domaine des pathologies respiratoires : prise en charge des patients atteints de pathologies respiratoires chroniques (insuffisances respiratoires chroniques, BPCO, Asthme, mucoviscidose, dysplasie broncho-pulmonaire).

- Le réseau régional de périnatalité : mission régionale globale d'articulation des acteurs en périnatalité, prise en charge des enfants vulnérables (ex : dépistage de la surdité néonatale).

- Le réseau régional de Cancérologie.

2) Les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)

Une Communauté hospitalière de territoire (CHT) est une forme de coopération souple entre plusieurs établissements publics de santé. Constituée sur la base du volontariat, elle permet aux établissements de mettre en œuvre une stratégie médicale commune, de mutualiser certaines fonctions ou activités, tout en conservant leur personnalité juridique et leur autonomie. L'expérience montre que la constitution d'une CHT a des conséquences directes sur la qualité des soins (facilitation du parcours de soins des patients, amélioration de la permanence des soins sur un territoire...), sur la gestion des ressources médicales (renforcement des équipes hospitalières et de l'attractivité du territoire) et des ressources financières des hôpitaux (mutualisation des fonctions support, optimisation des plateaux techniques...).

La Picardie compte 5 CHT, 1 par territoire de santé.

L'indicateur CPOM concerne le taux de lits et places du secteur public intégré dans un dispositif CHT/GHT avec un objectif 2016 à 100%. Il est à avril 2015 de **88%**.

Elles permettent le développement des postes partagés de médecins, la mise en place des consultations de spécialités médicales avancées (périnatalité, cardiologie...) et l'élargissement de la gamme d'activités, l'extension de la télésanté.

CHT au 1er janvier 2016

Etablissement siège GHT	Territoire de santé
CHU Amiens	Somme
St-Quentin	Aisne Nord Haute Somme
Soissons	Aisne Sud
Beauvais	Oise Ouest
CHICN – Compiègne	Oise Est

Axes stratégiques du PSRS:

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Développer le partage d'informations

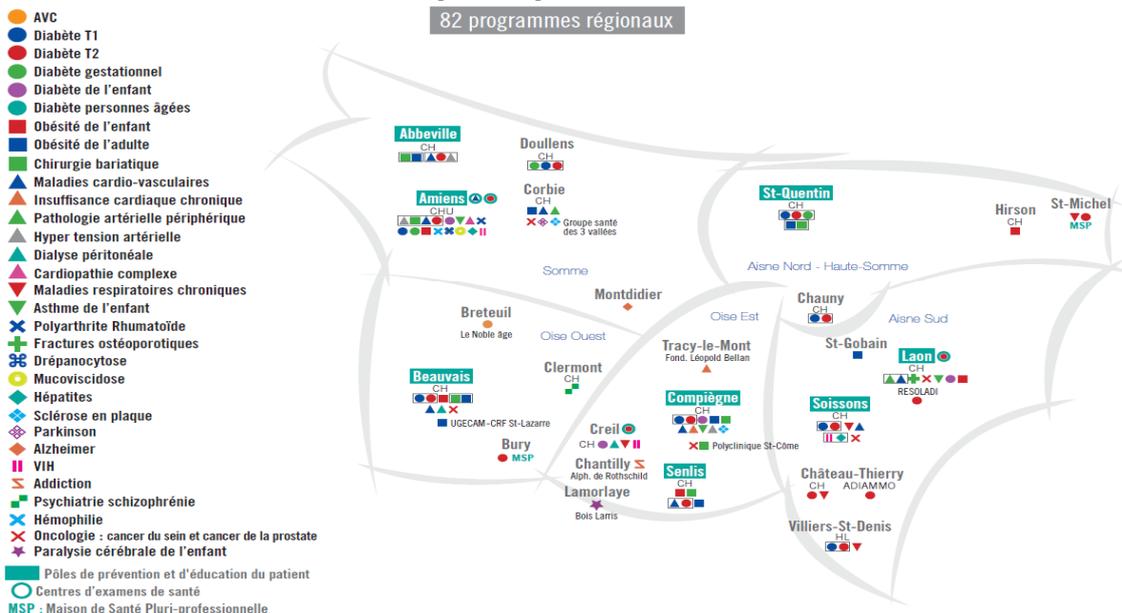
5.3.4 Développer l'accès à l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique et améliorer leur qualité de vie. Elle a pour but d'aider les patients et leurs proches à comprendre leur maladie et traitement. Elle comprend des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, de soutien psychologique et social.

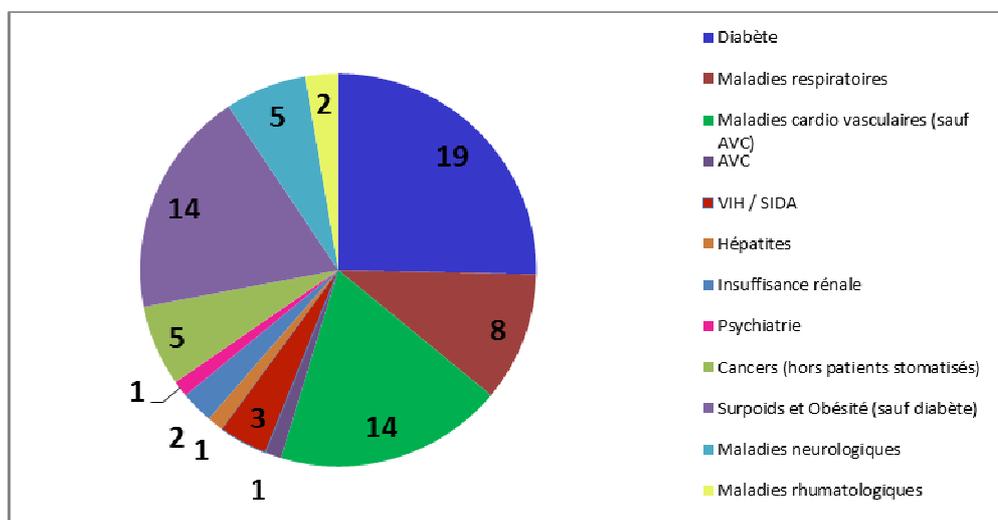
Les pathologies ciblées par l'ARS au regard des besoins de santé sont le diabète de type 1 et 2, l'HTA sévère, la maladie coronaire, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques. Au **début du mois de décembre 2015 (cf. carte ci-dessous)**, **82 programmes ETP** sont autorisés en Picardie.

Le nombre de programmes actifs a fluctué durant 2015 en raison de la période de renouvellement. Ainsi au 31 décembre 2015, 75 programmes étaient autorisés, les autres étant en cours de renouvellement.

Offre en Éducation Thérapeutique du Patient en Picardie (déc. 2015)



Nombre de programmes ETP autorisés en Picardie par pathologie (31 décembre 2015)



L'action de l'ARS s'est structurée autour des objectifs suivants :

1) Développer la formation des professionnels en ETP :

- Sensibilisation par l'ARS en 2013 de 34 pharmaciens et de 107 médecins généralistes (source CPOM), en partenariat avec les pôles de prévention et d'éducation du patient (PPEP).
- Mise en place en 2015 par COPEPPI¹⁶ d'une formation de 40 heures pour les professionnels de l'ETP.

- Intervention de l'ARS lors de formations à l'ETP (Diplôme Universitaire « De l'éducation du patient à l'alliance thérapeutique » (UPJV), formation « 40 heures ») pour en présenter le cadre réglementaire.

2) Promouvoir et développer la culture ETP en Picardie

- Accompagnement des PPEP dans l'organisation d'une journée régionale sur l'ETP en 2013 et 2015 (dans les deux cas participation supérieure à 200 personnes).
- Développement d'une bonne dynamique régionale (pôles de prévention, associations...) avec notamment la participation du Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) à la sensibilisation de l'activité physique.
- Constatant un manque d'information sur l'accès des plus précaires à l'éducation thérapeutique, et sur les éventuels besoins d'adaptation de la prise en charge, l'ARS a :
 - organisé, avec le Pôle de ressources en ETP d'Île-de-France, une journée d'échanges (patients, praticiens, institutionnels) sur l'ETP pour les personnes en situation de précarité
 - mené un retour d'expérience sur le travail de la maraude médico-sociale de l'Oise (Samu Social 60). Un poster a été présenté au congrès SFSP 2015 (Tours).
- Inscription de l'ETP dans la feuille de route de déploiement du Plan Cancer en région Picardie.

3) Faciliter l'intégration de l'ETP dans le parcours de vie

- Participation des patients à la conception et/ou mise en œuvre des programmes d'ETP : d'après l'étude en 2015 d'Alexandre Vallée, interne de santé publique, sur l'offre des programmes d'ETP en région Picardie : sur 74 programmes, 26 associations de patients participent aux programmes (élaboration, atelier, évaluation...).
- Développement de programmes ETP en cancérologie (une des actions du Plan cancer) : facilitation, par l'ARS, d'une réponse collective (3 établissements de santé publique et 1 privé) et réussie à un appel à projets 2015 de l'Institut National du Cancer. Projet portant sur la transférabilité d'un programme d'ETP « Cancer », entre plusieurs établissements. La dynamique se poursuit avec un nouveau programme autorisé en 2016 sur le cancer (au total 6 programmes ETP cancer sont autorisés en date de janvier 2016). L'objectif de l'ARS est de soutenir le développement de l'ETP dans les « zones blanches » thématiques (pathologies peu ou pas couvertes).

4) Garantir une offre d'ETP de « qualité » et variée:

- Evaluation en 2014 (audit missionné par l'ARS) des 8 PPEP, qui a confirmé leur contribution essentielle à l'animation territoriale de l'ETP. Mise à jour du cahier des charges des PPEP par l'ARS et ses partenaires (Pôles de prévention ; fédérations hospitalières ; association COPEPPI). Renforcement de la coordination régionale des PPEP par COPEPPI.
- Soutien financier de tous les programmes maladies neurodégénératives de la région dans le cadre du Plan national (PMND).
- Développement de nouveaux programmes en 2015: insuffisance rénale, maladies neurologiques et maladies respiratoires.
- Mise en place de l'observatoire des maladies chroniques (croisement d'indicateurs sociaux et sanitaires pour une pathologie chronique). La 1^{ère} étude, réalisée par l'OR2S et l'ARS, a porté sur le cancer du sein (cf. chapitre cancer).

5) Développer l'accessibilité à l'ETP

- Renforcement de l'ETP dans les MSP :
 - Communication de l'ARS sur ce thème dans les événements régionaux (journée ETP ; journée MSP)
 - Indication du sujet dans le cahier des charges des Pôles et dans les formations ETP (DU ; « 40 heures »)
 - Encadrement d'une stagiaire IASS réalisant un mémoire sur « Freins et leviers de l'ETP en MSP »
- Accompagnement du CHI de Clermont pour faire connaître son offre en ETP schizophrénie (1 seul programme sur cette pathologie existe en Picardie) dans le but de la transférer à d'autres EPSM et de la déployer vers d'autres pathologies psychiatriques.

¹⁶ COPEPPI (Coordination de la prévention et de l'éducation du patient en Picardie), ex association E-PI-CURE, porte le Réseau de prévention et d'éducation thérapeutique du patient (ETP) de Picardie. Celui-ci fédère notamment l'activité d'ETP des huit Pôles de prévention et d'éducation du patient (PPEP) de Picardie.

6) Organiser les moyens financiers :

- Développement d'une grille d'aide à la décision pour le financement des programmes d'ETP, reflétant les priorités régionales de santé.

Axes stratégiques du PSRS:

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Renforcer la formation des professionnels
- Développer la promotion de la santé
- Accompagner les aidants
- Développer le partage d'informations

5.3.5 Favoriser l'accès au système de santé des populations en situation de précarité

La Picardie se place parmi les régions dont les indices socio-sanitaires sont les plus défavorables, mais avec une situation relativement contrastée entre les trois départements. Pour guider l'intervention de l'ARS auprès des publics précaires, des **territoires prioritaires** (ayant des taux de mortalité et indicateurs sociaux plus défavorables que la moyenne régionale) ont été retenus en Picardie. Il s'agit principalement du territoire de santé **Aisne-Nord- Haute Somme** auquel s'ajoutent les 8 grandes agglomérations picardes (**Abbeville, Amiens, Saint Quentin, Laon, Soissons, Compiègne, Laon et Beauvais**). Une attention particulière est portée aux quartiers présentant des indicateurs particulièrement défavorables comme le Grand Sud-Ouest Amiénois (GSOA), porteur d'un Contrat Local de Santé (CLS).

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé passe notamment par l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins. Celle-ci fait l'objet d'un programme régional, le PRAPS. Celui-ci est articulé avec les orientations du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Les objectifs du PRAPS sont les suivants :

- faciliter l'accès aux droits pour éviter la renonciation aux soins ;
- faciliter l'accès à la prévention, la promotion et l'éducation à la santé ;
- faciliter l'accès aux soins ;
- faciliter l'accès aux accompagnements médico-sociaux ;
- adapter les pratiques professionnelles aux besoins des personnes en situation de précarité ;
- renforcer les compétences des acteurs locaux.

1) Des actions territoriales et pluri professionnelles

La stratégie de l'ARS, et les objectifs du PRAPS, sont déclinés de manière territoriale (mobilisation des acteurs locaux) et pluridisciplinaire. Cette transversalité s'est aussi exprimée via une forte collaboration interinstitutionnelle : objectif partagé sur l'accès aux droits avec la CPAM ; convention de partenariat signée entre l'ARS et la DRJSCS (enjeu partagé de prévention et accès aux soins des plus démunis). Le **PRAPS est donc également transversal aux différents schémas du PRS** (SRP, SROS, SROMS) dont l'articulation est réalisée avec les priorités définies dans chaque schéma.

Les actions du PRAPS sont élaborées et/ou conduites en collaboration avec l'ensemble des organismes intervenant dans les secteurs de la santé et du social (PASS, UDCCAS, associations, Assurance Maladie, DRAAF, DDCS, DRJSCS, collectivités territoriales...). Le cas échéant, certains travaux ont reçu un appui méthodologique ou un accompagnement opérationnel (IREPS Picardie). Dans une logique de démocratie sanitaire, l'ARS reçoit les avis des membres des Conférences de Territoires, des Commissions Spécialisées de la CRSA et de la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP).

En 2015, plusieurs actions, dont certaines engagées dès 2013, sont demeurées prioritaires:

- Des actions de **prévention, promotion, éducation à la santé** favorisant les démarches d'éducation par les pairs et les démarches de proximité pour une meilleure appropriation des messages et une meilleure accessibilité : CLS (axe

accès aux droits, à la prévention et aux soins) ; ambassadrices santé Nutrition et Cancer (Amiens ; Abbeville) ; en faveur des personnes détenues (thématiques nutrition et addictions, programmes de dépistage).

- Des actions favorisant le **recours, l'accès aux droits et aux soins** en s'appuyant sur des partenariats de proximité tels que les Centres d'Examens Périodiques de Santé (CPES) de la CPAM (bilans de santé), les 16 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les Ateliers Santé Ville (ASV), les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP), les services de PMI, les pôles de prévention et d'éducation du patient, les réseaux, les structures médico-sociales, les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), les structures d'accueil et d'hébergement, les CLS...

- Des actions facilitant le maintien et **l'accès des personnes à des logements dignes** y compris dans des situations d'urgence : dans le département de la Somme par exemple, une collaboration inter-institutions pour former les professionnels à traiter les situations d'incurie dans le logement.

- Des actions développant la **pluridisciplinarité** : mise en réseau d'acteurs ; formations communes (professionnels des établissements médicaux, médico-sociaux et associations) ; groupes « santé-social ».

FOCUS SUR LE GROUPE SANTE SOCIAL

Ce groupe, co-piloté par l'ARS et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), est composé de représentants de structures d'hébergement, de la CPAM, du Conseil Départemental, des PASS, des structures d'addictologie, de l'EMPPAS (Equipe Mobile Psychiatrique de Prévention et d'Accès aux Soins) et du CCAS d'Amiens. Une approche croisée du sanitaire et du social permet d'intégrer les notions de : parcours de l'utilisateur ; « aller vers » ; continuum soins/prévention/médico-social. Autour d'un objectif général (fédérer et décloisonner pour mieux accompagner), le groupe a conduit ou engagé en 2015 les travaux suivants :

- élaboration d'une charte partenariale « santé sociale » signée par les structures hospitalières et d'hébergement pour faciliter la communication entre les professionnels et optimiser la prise en charge des patients et résidents ;
- élaboration d'un document synoptique comportant les coordonnées des professionnels, affiché dans les différentes structures partenaires
- signature de conventions entre les structures (PASS, centres hospitaliers, structures d'addictologie et structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion) et la CPAM pour optimiser la gestion des dossiers et les démarches d'accès aux droits
- formations en alcoologie sociale ;
- veille documentaire entre les professionnels pour échanger des informations.

Le modèle de ce groupe a été reproduit dans l'Aisne et l'Oise, et adapté aux spécificités territoriales.

FOCUS SUR L'ETUDE D'IMPACT DES MAISONS RELAIS

Afin d'engager la Picardie dans une démarche « d'évaluation d'impact sur la santé » (EIS), et dans le cadre du Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, l'ARS a mis en place un groupe de travail piloté par l'IREPS Picardie, composé des services déconcentrés (DREAL, DRJSCS, DDCS..) et des collectivités (conseil régional, conseils départementaux...). L'EIS a été réalisée sur "l'accès au logement des personnes en exclusion" et, plus particulièrement, le dispositif des maisons-relais (ou pensions de famille), dispositif pour les personnes en situation de précarité (cadre précisé dans la circulaire DGAS/SDA de décembre 2002 : objectifs, publics cibles, modalités d'accueil).

Le groupe de travail a identifié l'impact potentiel des mesures définies dans cette circulaire sur la santé des résidents et l'utilité d'une approche de promotion de la santé pour renforcer les résultats attendus du projet.

Plusieurs évaluations régionales ou nationales, rapports et remontées du terrain ont confirmé la pertinence de ce dispositif. Ainsi, le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale réaffirme la volonté de développer l'offre de logement. À ce titre, la circulaire du 4 janvier 2013 avait prévu, au niveau national, pour 2013, le déploiement de 9 000 places en logement adapté (maisons relais ou forme d'intermédiation locative).

Cette étude a donné lieu à la production d'un rapport final transmis au Ministère, et porteur de 16 recommandations : 8 sur l'offre de logement et 8 sur l'environnement social. Il a également été présenté lors d'une journée d'échanges sur les EIS (Paris, janvier 2015).

FOCUS SUR LES PASS

16 Permanences d'Accès aux Droits et aux Soins (PASS) existent en Picardie (13 PASS généralistes et 3 PASS spécialisées en psychiatrie). Leurs deux objectifs principaux sont les suivants :

- rendre effectif l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et leur assurer une prise en charge de qualité ;
- permettre aux personnes de recouvrer leurs droits et d'accéder aux soins dans le cadre du droit commun y compris aux consultations spécialisées.

Les PASS s'inscrivent dans une dynamique départementale et régionale impulsée par l'ARS :

- réunions départementales des PASS pour échange de pratiques, d'outils, d'expériences....
- participation des PASS aux CLS et aux groupes santé-social (Aisne, Oise, Somme) ;
- réunion régionale des PASS pour restitution du bilan annuel de leur activité ;
- coordination régionale des PASS Psy
- comité élargi annuel des 16 PASS avec l'ensemble des acteurs régionaux : présentation du bilan, des travaux et des perspectives.

Axes stratégiques :

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Renforcer la formation des professionnels
- Développer la promotion de la santé
- Développer le partage d'informations

5.3.6 Poursuivre la prise en charge de la santé mentale

Les actions liées à la santé mentale se sont déclinées dans le cadre du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

1) La formation des internes en psychiatrie : augmentation du nombre

Il existe trois formations en psychiatrie en Picardie : le DES de psychiatrie (durée de 4 ans) pour la psychiatrie adulte, le DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et le DESC d'addictologie.

- Depuis 2013, réalisation d'un travail sur l'organisation des stages par le Pr Jean-Marc GUILLE, coordonnateur de psychiatrie et sur le nombre d'internes à former. Une restructuration de l'ESPMD de l'Aisne a été conduite visant à renforcer son attractivité auprès des internes.
- Création de nouveaux terrains de stage au sein des CMPP de Beauvais et Amiens en 2012 (innovation), avec un très bon retour des internes (ex : prise de poste au CMPP de Beauvais par une interne en fin de cursus en mai 2014).
- Développement de l'offre de stages en addictologie en 2016 avec l'agrément du service d'addictologie du CH de Ham.
- 12 à 15 postes d'internes ont été pourvus en 2014 et 2015. 14 postes ont été proposés et pourvus en novembre 2016.

L'augmentation a également été justifiée par la nécessité de maintenir des effectifs médicaux de proximité dans chacun des établissements hospitaliers et par une projection d'évolution des effectifs marquée par :

- l'âge vieillissant des psychiatres et pédopsychiatres en exercice dans les 3 départements. Le nord de la Somme et le département de l'Aisne sont particulièrement concernés. Au regard des données RPPS 2015, le nombre de psychiatres de plus de 55 ans atteint 45,9 %. Ce nombre a évolué de + 4,6 points entre 2013 et 2015

- les départs à la retraite de plusieurs pédopsychiatres qui ne seront pas remplacés en 2015 et 2016 au CMP de Péronne, à l'Hôpital d'Abbeville (Somme), l'EPSM La nouvelle forge (Oise) auxquels s'ajoutent l'absence de pédopsychiatres vacataires sur la plupart des structures médicosociales.

Le secteur libéral est également en difficulté.

Projet de dispositif territorial de formation et recherche en psychiatrie en Picardie

Mis en place sous l'égide du Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP), en concertation avec les ministères de la santé et de l'enseignement, le dispositif a pour objectif de renforcer la qualité de la formation des internes en psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie et de promouvoir la recherche clinique en psychiatrie.

A l'initiative du Pr GUILLE, une première rencontre a eu lieu en septembre 2014 réunissant l'ARS, l'UFR de médecine et les universitaires impliqués dans le DES de psychiatrie, les représentants des internes et les responsables des stages agréés pour l'internat de spécialité. Echanges sur les attentes de chacun, présentation d'initiatives des établissements picards et de la fédération régionale de recherche en santé mentale du Nord-Pas-De-Calais.

Une réunion a été organisée en janvier 2015 pour présenter les projets de recherche portés dans les Centres Hospitaliers Picards (en lien avec la Direction de l'Hospitalisation).

2) Mesures pour l'installation des psychiatres

1 / Le Contrat d'engagement de service public (CESP)

Trois internes de psychiatrie ayant terminé leur cursus en 2013, ont bénéficié de ce dispositif :

Installation d'une psychiatre sur un poste d'assistant au CH Pinel, partage d'activité par une autre psychiatre entre son poste d'assistante au CHU d'Amiens et deux établissements de proximité : CH de Doullens et CH de Péronne avec une activité de consultation en pédopsychiatrie sur les deux inter-secteurs de pédopsychiatrie ; installation d'une 3^{ème} psychiatre sur un poste de professionnel hospitalier contractuel au CH PINEL. Enfin, 3 internes de Psychiatrie signataires d'un CESP sont toujours en formation.

2 / Les assistants partagés ARS

Ce dispositif est ouvert aux internes de psychiatrie picards en fin de cursus, prochainement titulaires d'un D.E.S désirant effectuer un post-internat de 2 ans dans un des établissements publics de santé de Picardie de leur choix avant de s'y installer sur un poste de praticien hospitalier.

Un jeune psychiatre a bénéficié de ce statut d'assistant partagé entre 2012 et 2014.

3) Mise en place de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en psychiatrie

Les PASS sont installées dans les établissements hospitaliers. Elles sont un outil pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et l'accès aux divers acteurs sanitaires et d'accompagnement social (réseaux de santé, médecine de ville, associations, institutionnels). En complément des PASS généralistes, trois PASS ont été mises en place dans des établissements de santé psychiatriques : au CHI de Clermont, au CH de Pinel et à l'EPSMD de l'Aisne (Prémontré).

Les services spécifiques aux PASS en psychiatrie sont :

- Service d'Unité d'Accueil et d'Urgence (UAU) et/ou Unité d'Accueil et d'Orientation(UAO)
- Consultation spécifique PASS Psy
- Hospitalisation temps plein (y compris Hospitalisation à Domicile (HAD), Placement Familial Thérapeutique (PFT), Centres postcure, séjour thérapeutique....)
- Hospitalisation temps partiel (Hôpital de jour, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)...)
- Ambulatoire (consultations Equipe Mobile de Liaison, de Soins en Addictologie (ELSA), consultations CMP)
- Equipe Mobile Précarité

Axes stratégiques du PSRS:

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Renforcer la formation des professionnels
- Développer le partage d'informations

5.3.7 Coopérer avec les acteurs locaux

1) Les contrats locaux de santé (CLS)

6 CLS en Picardie : 2 dans l'Aisne, 3 dans la Somme, 1 dans l'Oise

Les contrats locaux de santé sont des **leviers d'action privilégiés** au cœur des territoires. Ils prennent en compte leurs spécificités tout en déclinant le Projet régional de santé : accès aux soins, accès à la prévention, prise en compte des problèmes de structuration de l'offre de soins de premier recours. Ils constituent un dispositif important pour agir contre les inégalités territoriales de santé dans la région.

Le cadre partenarial permet **d'agir de manière concertée** avec l'ensemble des signataires du contrat.

Les thématiques majoritairement couvertes par les CLS sont : **PRAPS, nutrition/activité physique, addictions, dépistage des cancers, offre médico-sociale, accès aux soins, prévention et prise en charge des addictions, santé environnement.**

Les CLS sont fortement orientés prévention. La dimension 1^{er} recours est forte dans les CLS à dominante rurale mais est également prise en compte en zone urbaine sur les sites politique de la ville. La gouvernance se met en œuvre majoritairement via un comité de pilotage stratégique généralement animé par le directeur territorial de l'ARS et un élu.

Les stratégies territoriales en **santé mentale** doivent permettre « d'articuler l'ensemble des politiques publiques intervenant dans le champ de la santé mentale, de favoriser le décloisonnement des acteurs et de promouvoir la coordination des interventions » (PRS Picardie 2012-2017). La santé mentale figure (avec la jeunesse, les addictions, le cancer) parmi les « priorités de santé publique » pour lesquels des programmes précis doivent être élaborés, avec tous les partenaires du soin et les usagers.

Les Contrats locaux de santé mentale (CLSM) sont un des outils de coordination entre les acteurs des différents champs. Ils sont des instances locales d'échanges et de concertation sur les besoins en santé mentale des habitants et l'accès aux soins, plus particulièrement des usagers de la psychiatrie et de leur famille. Il en existe 1 dans l'Aisne et 1 dans l'Oise.

2) Les projets de la politique de la ville

La politique de la ville est mise en place par les pouvoirs publics afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté. C'est une démarche partenariale entre l'Etat, les collectivités, les acteurs associatifs et économiques.

Elle est mise en œuvre dans le cadre des **contrats de ville**, qui comportent un volet santé. Depuis 2014, des contrats de ville ont été signés au niveau des EPCI : **19** ont été signés (9 dans l'Aisne, 2 dans la Somme et 8 dans l'Oise).

Des **conseils citoyens**, mis en place dans des quartiers prioritaires, se sont créés dans la Somme et l'Aisne.

Ils favorisent l'expertise partagée, en garantissant la place des habitants dans toutes les instances de pilotage, en créant un espace de propositions et d'initiatives à partir des besoins des habitants.

2) Ateliers santé ville (ASV)

L'ASV est un dispositif du Volet santé de la politique de la ville. Il est animé par une personne qui coordonne la politique santé avec la politique de la ville. Il en existe 2 dans l'Aisne.

Axes stratégiques du PSRS:

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Développer la promotion de la santé
- Développer le partage d'informations

5.4 ORIENTATION N°3 : Assurer la continuité du parcours de santé

5.4.1 Promouvoir les bonnes pratiques en matière d'alimentation

L'Agence Régionale de Santé de Picardie a fait de la thématique Nutrition, une véritable priorité en matière de santé publique. Elle est l'une des priorités régionales du Projet Régional de Santé. La nutrition est abordée dans le Schéma Régional de Prévention (SRP) mais aussi dans le SROMS et le SROS.

1) Prévenir, dépister et prendre en charge de manière pluridisciplinaire le surpoids et l'obésité

- Mise en œuvre de la convention de partenariat entre l'ARS, la DRAAF, le Rectorat et le Conseil Régional (en 2015), de 2012 à 2017, pour prévenir le surpoids et l'obésité en milieu scolaire de la maternelle au lycée. Projet pilote dans la communauté de communes de l'Abbevillois, l'Oise occidentale et le sud de l'Aisne (cf. évaluation intermédiaire du PRS 2012-2017). L'impact des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention sera évalué par l'IREPS de juin 2016 à juin 2017.
- Mise en place d'un parcours de santé obésité.

FOCUS SUR LE PARCOURS OBESITE

L'objectif est de favoriser la continuité de la prise en charge de l'obésité, de la prévention primaire jusqu'à l'accompagnement médicosocial, en palliant les points de ruptures possibles entre les différents secteurs. Le parcours obésité, expérimenté dans la Somme depuis 2013, s'articule autour de 3 modalités de recours :

- le 1^{er} recours pour une prise en charge de proximité par le médecin traitant et un suivi personnalisé pour chaque patient via un « référent obésité » (convention avec l'IREPS), des consultations de diététiciennes et psychologues et une activité physique adaptée possible.
- le 2^{ème} recours pour les situations complexes (environnement, santé mentale...) avec consultations spécialisées de diététicienne ou de psychologue et renforcement de l'ETP au sein des pôles de prévention du CHU et du CH d'Abbeville.
- le 3^{ème} recours pour les cas avec comorbidités avec une éventuelle prise en charge chirurgicale et/ou en SSR : une autorisation a été délivrée par l'ARS au CH de Corbie pour une activité en SSR affections du système digestif métabolique endocrinien pour les enfants et adolescents. Elle sera mise en œuvre avant fin juin 2019 au plus tard.

2) Prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition chez les personnes âgées

- Appel à Projet spécifique « Alimentation-Nutrition » élaboré et mis en œuvre en étroite collaboration avec les membres de la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP). (2013)
- Intégration de la thématique dans l'appel à projets « perspectives innovantes en promotion de la santé » : mise en place de trois projets de territoires dans les trois départements ex picards
- Financement de 3 projets sur les Territoires de Santé Aisne-Sud, Somme et Oise-Ouest relatifs à la coordination et la formation des acteurs autour du dépistage, de la prévention et de la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile, en établissements de santé ou médico-sociaux.

3) Améliorer l'aide alimentaire auprès des personnes en situation de précarité

- Appel à Projet spécifique « Alimentation-Nutrition » puis en 2014 et 2015 : appel à projets spécifique « personnes en situation de précarité » avec un volet promotion de la nutrition.

4) Développer les partenariats et la formation des professionnels

- Contractualisation avec cinq nouveaux opérateurs sur les 3 objectifs précédents
- Mise en place d'ateliers d'échanges sur le PNNS (activité physique, public précaire), ouverts au réseau Picardie nutrition, aux associations, aux établissements scolaires... (2013)
- Développement d'une dynamique partenariale et concertée avec les autres services de l'Etat, concrétisée par la signature de deux conventions : la convention ARS, DRAAF, Rectorat et la convention ARS et préfet de Région en 2013 sur la promotion de la santé, de l'activité physique et de la prise en compte de la précarité en lien avec le PRAPS

(coordination notamment des actions communes entre l'ARS et la DRJSCS de Picardie en matière de promotion de l'activité physique et sportive).

- Organisation d'une journée régionale Villes actives PNNS à Château-Thierry (2013)
- Accompagnement de projets de territoire :
 - dans le cadre des CLS comme la création d'un réseau nutrition au CLS de Creil
 - le projet Alimentation- Santé-Solidarité porté par l'association Echanges pour une Terre Solidaire, en partenariat avec la DRAAF et le Conseil Régional
- Développement du réseau Picardie Nutrition vers plus de transversalité (réunit des acteurs de la prévention, du médico-social, du sanitaire et du social). Le réseau a fait émerger de nouveaux projets, des partenariats et des projets innovants.

5) Impulsion d'une dynamique en milieu de travail (dès 2013) :

- L'ARS devient Charte " Etablissement actif du PNNS" dont l'objectif est de mettre en place de manière concrète des actions PNNS à destination de l'ensemble des agents
- Signature de la 1ère charte "Etablissement actif du PNNS " avec l'Hôpital Local de Crèvecœur-le-Grand.

6) Etudes et enquêtes :

- Lancement d'un marché public recensant dans la littérature internationale des exemples de données probantes avec un volet nutrition
- Enquête IMC dans les grandes sections de maternelle réalisée par l'OR2S en lien avec le Rectorat en 2013

FOCUS SUR LA CHARTE ETABLISSEMENT ACTIF DU PNNS MISE EN PLACE A L'ARS

Action alimentaire :

- Introduction dans les distributeurs des denrées compatibles PNNS.
- Mise à disposition de nouvelles fontaines à eau.
- Amélioration de manière qualitative les mets proposés lors des « moments de convivialité» au sein de l'entreprise et offre d'un panier gourmand composé de produits locaux (soupe de poisson, confitures, petites douceurs et podomètre) à l'ensemble des collaborateurs à la fin de l'année

Actions activité physique:

- Mise en place d'une signalétique au sein de l'Agence pour inciter aux déplacements actifs
- Organisation de sessions d'activités physiques une fois par mois à l'ARS

Information / Education:

- Sensibilisation des agents sur les messages du PNNS au travers des campagnes de communication (ex : L'Edition, site Internet...)
- Réalisation d'ateliers thématiques animés par une diététicienne
- Lors de la semaine du bien-être au travail (2014 et 2015), organisation d'un marché de producteurs locaux avec food truck (cuisine et démonstrations par les femmes relais) et de 3 ateliers autour du « Manger sain et équilibré au bureau »

Axes stratégiques du PSRS:

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Développer le partage d'informations
- Développer la promotion de la santé
- Renforcer la formation des professionnels

5.4.2 Poursuivre la prévention et la prise en charge des cancers

1) La prévention des cancers:

Il existe 3 niveaux :

- En *prévention primaire* : éviter la survenue de la maladie, par exemple en réduisant l'exposition aux facteurs de risques (les principaux étant l'alcool, le tabac et une mauvaise alimentation),
- En *prévention secondaire* : détecter la maladie de manière précoce (dépistage), pour de meilleures perspectives de réussite du traitement,
- En *prévention tertiaire* : éviter la survenue de complications chez les patients et contribuer à la qualité de vie.

Cf. le chapitre addictions pour les actions relatives à ce champ.

- En septembre 2014, organisation de la seconde semaine européenne de sensibilisation au cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) pour sensibiliser la population et les médecins généralistes. Mise en place de consultations gratuites sans rendez-vous dans les centres hospitaliers de Picardie.

- Financement du projet « Déploiement et Modélisation d'un programme d'Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de cancer en Picardie », projet soutenu par ONCOPIC pour consolider les ateliers d'activité physique déjà existants en Picardie et initier des ateliers sur les zones dépourvues mais prioritaires (Laon, Creil, Amiens Pôle privé).

❖ Le dépistage:

- Co-pilotage du dialogue de gestion budgétaire avec les trois structures de gestion du dépistage organisé des cancers du sein et colorectal (ADECASO dans l'Oise, ADEMA 80 dans la Somme et Aisne Préventis dans l'Aisne) par l'ARS et l'Assurance Maladie

● Cancer du sein :

- Dans le cadre d'Octobre rose 2014, organisation de plus de 60 actions de sensibilisation au dépistage dans toute la Picardie.

- Financement sur le FIR en 2013 d'un centre de diagnostic rapide du cancer du sein dans le sud de l'Oise. Porté par la responsable du 3C concerné, ce projet a pour objectif de diminuer les délais de diagnostic du cancer du sein, afin d'obtenir dans les 48 heures, après la mammographie de dépistage, la confirmation diagnostique, la RCP et le dispositif d'annonce.

Participation au dépistage organisé du cancer du sein (taux standardisés)

Années 2013 et 2014 (Source: INVS)

	2013	2014	2013-2014
National	51.4%	52%	51.7%
Picardie	52.7%	55.3%	54%
Aisne	52.6%	52.6%	52.6%
Oise	51.9%	54.6%	53.3%
Somme	53.9%	58.8%	56.3%

Dépistage cancer du sein :
objectif CPOM 2015-2018 :

54.1 %

Objectif national: **65%**
Objectif européen : **70%**

FOCUS SUR LE PARCOURS DE SANTE CANCER DU SEIN

L'ARS a mis en place en 2013 un groupe de réflexion, composé de professionnels de santé hospitaliers, libéraux et de représentants d'usagers, sur le « parcours de santé cancer du sein » centré sur le territoire Aisne-Nord Haute Somme. L'objectif est de favoriser la continuité de la prise en charge du cancer du sein de la prévention primaire jusqu'à l'accompagnement médicosocial, en palliant les points de ruptures possibles entre les différents secteurs. Le groupe de réflexion a défini 6 actions préfigurant l'organisation idéale d'un parcours pour la prise en charge du cancer du sein :

- l'information et la sensibilisation au dépistage et aux facteurs de risque du cancer du sein, réalisée au CCAS d'Hirson par l'IREPS

- la mise en œuvre d'un observatoire des maladies chroniques croisant les indicateurs sociaux et sanitaires. En 2014, le premier travail a porté sur le cancer du sein. Une plaquette destinée aux professionnels de santé et partenaires de l'ARS a été réalisée par l'OR2S. Avec des enquêtes de terrain sur les causes de l'état socio-sanitaire des territoires, cette étude permettrait d'identifier des territoires prioritaires, pour y développer des actions de prévention et de communication sur le cancer, les mieux ciblées possibles.
- la rédaction d'un cahier des charges régional sur les missions d'un coordonnateur IDEC des parcours de patients atteints de cancer, mission spécifique relevant des 3 C, diffusé aux 3 C de Picardie.
- la mise en place de programmes d'ETP en cancérologie : au total 6 programmes sont autorisés en date de janvier 2016
- l'information des professionnels de santé (infirmiers, médecins, SSIAD, HAD) sur les formations existantes sur la douleur en Picardie
- une étude réalisée par l'ARS en 2015 sur le reste à charge en cas de reconstruction mammaire pour faciliter l'accès à la chirurgie réparatrice pour les femmes ayant réalisé une mastectomie.

- **Cancer colorectal** : à l'occasion de Mars Bleu 2015, les structures de gestion se sont mobilisées à l'échelle de la région Picardie pour sensibiliser la population.

Participation au dépistage organisé du cancer colorectal

Années 2013-2014 (Sources : InVS, mars 2015, données issues des structures de gestion)

Dépistage cancer colorectal : objectif national et européen : **45%**

France	29.8%
Picardie	29.2%
Aisne	32.2%
Oise	27.2%
Somme	29.2%

- **Cancer du col de l'utérus** :

Taux de femmes de 25 à 64 ans ayant fait au moins un frottis en 2013-2014-2015

	Taux de dépistage
Picardie	29.6%
Aisne	24.1%
Oise	26.1%
Somme	30.5%

- réalisation en novembre 2014 par l'assurance maladie d'une campagne de sensibilisation par courrier, en conseillant aux femmes qui n'avaient pas fait de frottis depuis plus de trois ans de consulter leur médecin. Plus de 6 millions de courriers ont été adressés.

- expérimentation d'ADEMA dans la Somme en 2014 : 120 femmes ont été sensibilisées, 110 appels réalisés pour 80 rendez-vous et 62 frottis effectués.

2) Le parcours de soins

- Evaluation des 3C par l'ARS en 2014: efficacité pour les professionnels de santé en termes de partage de leurs pratiques, effectivité de la pluridisciplinarité de la prise en charge, construction effective d'un parcours coordonné pour le patient. Cette évaluation a conduit l'ARS à réviser les critères de répartition du financement et à effectuer une répartition plus équitable de la dotation entre les 3C.

- Seconde phase de l'expérimentation d'un parcours personnalisé en cancérologie par les IDEC en 2014 (1ère phase d'expérimentation initiée en 2010 par la DGOS). La DGOS a retenu le projet déposé par l'Institut de cancérologie Amiens Picardie (ICAP), fort d'une collaboration étroite en amont entre les équipes de l'ARS, l'ICAP et les URPS. Financement national de 70 000€ et financement de l'ARS à hauteur de 59 976 €.
- Mise en place d'un service proposant les fiches RCP sur la plate-forme régionale de coopération médicale « COMEDI-e».

Axes stratégiques du PSRS:

- Encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain
- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Renforcer la formation des professionnels
- Développer la promotion de la santé
- Accompagner les aidants

5.5 ORIENTATION N°4 : Assurer la sécurité des prises en charge

5.5.1 Garantir la qualité des soins

Création du Réseau Régional Santé Qualité de Picardie

Créé en 2014, le Réseau Régional Santé Qualité de Picardie est issu d'un partenariat entre l'ARS, les établissements de santé et les fédérations hospitalières. Il repose sur une convention FIR de 80 000 euros par an limitée à 3 ans, destinée à initier et mettre en place ce réseau dont l'établissement support est le CHU d'Amiens (échéance au 31 décembre 2016). Le réseau compte **49 établissements adhérents**.

Les objectifs du réseau sont:

- ✓ Créer une structure régionale d'appui aux certifications et aux démarches qualité
- ✓ Apporter conseil, expertise et assistance méthodologique à la préparation de la certification V2014 pour les établissements de santé.
- ✓ Faciliter l'implantation et le déploiement des démarches qualité et de sécurité des soins pour tous les risques associés aux soins.
- ✓ Favoriser les formations en réseau sur la qualité et la sécurité des soins.
- ✓ Valoriser des projets d'actions qualité et mutualiser des outils et des expériences.
- ✓ Réfléchir à un modèle économique : connaître le coût de la non qualité, chiffrer les gains, organiser le partage des compétences du point de vue « marchand » entre les établissements de santé et les médico-sociaux (ESMS).
- ✓ Permettre un développement de la démarche qualité suite aux EVALS médico-sociales dans les ESMS sur les sujets transversaux.

Axes stratégiques du PSRS:

- Renforcer la formation des professionnels
- Assurer le respect des normes et référentiels

5.6 ORIENTATION N°5 : Favoriser le maintien en milieu de vie

5.6.1 Améliorer l'accès au système de santé des personnes handicapées

Dans le domaine du handicap, le développement de l'offre de services est une priorité du SROMS. Elle traduit l'objectif de renforcement du maintien en milieu ordinaire de vie et notamment l'inclusion scolaire, l'insertion professionnelle et le soutien aux aidants. C'est la raison pour laquelle, l'ARS de Picardie s'est engagée dans un maillage de l'ensemble du territoire de la région.

Les personnes en situation de précarité vieillissantes, handicapées et en souffrance psychique en lien avec le PRAPS ne sont pas ciblées en tant que telles mais peuvent prétendre à chaque dispositif mis en place dans le cadre du SROMS et du document addictions.

Dans la Somme, un travail partenarial sur les listes d'attente entre l'ARS, la MDPH et le Conseil Départemental a été réalisé (outil SARAH d'aide à la gestion des listes d'attente).

1) Améliorer l'accès au dépistage précoce des handicaps : CAMSP, CMP, CMPP/ formation des pros

Des crédits de renforcement des CAMSP et CMPP ont été alloués depuis 2012 (plus de 500 000€).

2) Favoriser l'intégration en milieu ordinaire des enfants handicapés

- 172 places de SESSAD créées depuis 2012 (mesures nouvelles ou transformation), dont 15 places de SESSAD ouvertes pour enfants déficients visuels dans la Somme.

Augmentation de **13%** de places de SESSAD installés à l'échéance du SROMS

3) Promouvoir pour les personnes handicapées adultes une offre adaptée à leur projet de vie et au vieillissement

- Signature en avril 2015 par plus de 90 partenaires de la Charte Romain Jacob sur l'accès aux soins des personnes handicapées

- Installation en Picardie de 140 places de SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées).

Augmentation de **88%** de places de SAMSAH à l'échéance du SROMS

↳ Création de 40 places de SAMSAH suite à l'appel à projets 2015 (20 places à l'est et 20 places à l'ouest de la Somme, dont pour chaque territoire 15 places spécialisées handicap psychique et 5 autisme). Ouverture prévue au deuxième semestre 2016. (CPOM)

- SSIAD PH : 90 places créées entre 2012 et 2016.
- Structures pour personnes handicapées vieillissantes : 17 places de FAM PHV ouvertes dans la Somme en 2014 (Bacouel) ; 17 places programmées pour 2017 dans la Somme, 14 dans l'Aisne.
- Soulagement des aidants à travers la diversification des modes d'accueil séquentiel de type accueil de jour et hébergement temporaire (augmentation respective de **44 %** et de **69 %** entre l'élaboration et l'échéance du SROMS) ou encore le développement de solutions de répit (5 plates-formes de répit installées).

4) Accompagner les personnes souffrant de handicap psychique :

- Signature en décembre 2013 de la Charte de partenariat entre l'ARS, le CHI Clermont et le Conseil Départemental de l'Oise, pour faciliter la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Les principes de la Charte se déclinent en conventions entre le CHI et des ESMS pour définir les engagements de chacun: en avril 2015, 69 conventions ont été signées (cf. évaluation intermédiaire du PRS 2012-2017).
- Financement de 10 Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) dont l'un des objectifs est de créer des moments d'échange pour lutter contre l'isolement.
- 12 places de FAM handicap psychique dans la Somme (Frocourt) ; 60 places de MAS handicap psychique dans l'Oise (CHI Clermont).
- 27 places d'ESAT supplémentaires depuis 2012, dont 24 dans l'Aisne, 2 dans l'Oise, 1 dans la Somme.

5) Accompagner les personnes souffrant d'autisme et de Troubles Envahissants du Développement (TED)

Places autisme installées depuis 2012 (SEPPIA)

SESSAD	IME	FAM	SAMSAH
23	29	42	19

- Ouverture d'unités d'enseignement en maternelle (UEM): une en 2014 à Amiens, une en 2015 à Saint-Quentin et une en 2016 dans l'Oise par appel à projets (280000€ par UEM).

- Financement du centre régional autisme qui propose des formations pluri professionnelles

En déclinaison du 3^{ème} plan autisme (2013-2017), l'ARS a élaboré en 2014 un plan régional qui vise à améliorer le dépistage et le diagnostic précoce de l'autisme, l'accompagnement en milieu ordinaire et l'aide aux aidants.

Axes stratégiques :

- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Accompagner les aidants

5.6.2 Améliorer l'accès au système de santé des personnes âgées

Dans le champ des personnes âgées, le renforcement du maintien à domicile constitue une priorité du SROMS.

Augmentation de **9%** de places de SSIAD PA à l'échéance du SROMS

1) Améliorer le maintien en milieu de vie ordinaire :

- Installation de 284 places de SSIAD personnes âgées entre 2012 et 2014. Programmation de 93 nouvelles places au PRIAC 2015-2017.
- 5 SPASAD sont actuellement autorisés dont 2 entre 2010 et 2014.

2) Améliorer l'accompagnement en EHPAD :

- Versement de plus de **37 millions d'euros** au titre des crédits de médicalisation des EHPAD depuis 2010, dont 4 135 798€ en 2015. Cela représente environ 900 postes créés.
- Création de 233 places (crédits CNSA): 90 places en EHPAD et 143 places réparties sur 12 Pôles d'activités et soins adaptés (PASA). 5 nouvelles constructions pour remplacer des bâtiments vétustes et 10 rénovations et mises aux normes.
- Depuis 2012, les établissements pour personnes âgées ont également bénéficié de 3 220 174 euros de crédits non reconductibles, sur l'enveloppe ONDAM médico-sociale, pour des opérations d'investissement.

3) Mieux accompagner les personnes souffrant d'Alzheimer :

Structures et dispositifs spécialisés Alzheimer autorisés en Picardie de 2010 à 2015

Année	Equipes Alzheimer	PASA	UHR	Consultations mémoire	MAIA*	UCC	Plateformes de répit
2010 à 2015	13	39	2 (Deux installées à Rue et Château-Thierry)	7	6 (3 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise, 2 dans la Somme)	1	5

*Les MAIA ont deux missions principales : la mise en réseau des acteurs pour assurer une réponse commune aux difficultés de parcours des personnes âgées dépendantes sur un territoire donné et la gestion de situations individuelles très complexes (perte de dépendance, problèmes sociaux associés). Une septième MAIA devrait ouvrir en 2017 dans l'Oise après lancement d'un appel à candidatures.

Axes stratégiques :

- Diversifier et graduer les modes de prise en charge
- Accompagner les aidants

5.7 ORIENTATION N°6 : Sécuriser l'environnement de la population

5.7.1 Agir en faveur de la santé environnementale : habitat insalubre, qualité de l'eau, environnement extérieur

1) Qualité de l'eau :

a) *Accompagnement des UDI* :

- 0 % d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable les communes de plus 5 000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité (CPOM 3.2).
Pas de difficultés sur ce type de collectivités pour arriver à une conformité de l'eau car assiette financière permettant d'y arriver. Indicateur "stagnant". Difficultés plus importantes sur les petites UDI isolées dues à des difficultés financières pour améliorer la qualité de l'eau distribuée.
- Réalisation du contrôle sanitaire par le service santé environnement et réalisation d'inspections d'installations de production d'eau de consommation humaine et de respect des dispositions des périmètres de protection ;
- Suivi renforcé et accompagnement des UDI présentant des problèmes de qualité : recherche de la solution la plus adaptée (interconnexion, mélange, nouvelle ressource);
- Délivrance des autorisations de distribution et mise en place des périmètres de protection;
- Travail quotidien d'information, de sensibilisation et sur les risques sanitaire des exploitants et des consommateurs.

b) *Les perchlorates* :

- Absence de coordination nationale sur le sujet des perchlorates. Les actions engagées ne sont pas identiques entre deux ARS voisines territorialement.
- Investigation de la présence de perchlorates sur les captages d'eau destinés à la consommation humaine de Picardie et mise en œuvre des mesures de gestion déclinées par la DGS.

c) *Captages protégés* :

- Instruction des procédures administratives relatives à la protection des captages : le taux de la population recevant de l'eau issue d'une ressource protégée stagne.
Travail partenarial avec la chambre d'agriculture, les Conseils Généraux, les mairies, la Direction Départementale des Territoires, la Direction Départementale de la Population...

2) Habitat insalubre :

Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP

2012	2013	2014
132	144	158

L'ARS n'a pas la main sur ces chiffres qui évoluent peu.

- Rédaction d'une fiche « habitat indigne » dans 3 CLS : grand sud-ouest amiénois, Thiérache et Creil.
- Participation de l'ARS au travail préparatoire pour la mise en place d'un réseau régional de lutte contre l'habitat indigne
- Contrôles réguliers des logements frappés d'insalubrité
- Mise en place d'un travail de proximité avec les maires pour les sensibiliser et mieux les informer sur leurs compétences et leur police spéciale en matière d'habitat
- Travail pilote sur la Somme avec le Conseil Départemental de la Somme et le Centre hospitalier départemental de santé mentale (CH de Pinel) sur les situations d'incurie
- Une réelle capacité de travailler sur ces dossiers de manière tout à fait transverse avec tous les partenaires concernés par cette thématique prégnante en ex Picardie

3) Environnement extérieur : bilan PRSE2- janvier 2015

a) Prévenir la survenue de légionellose :

- 176 établissements contrôlés
- Inspections flash au sein des piscines ouvertes au public sur le thème de la légionnelle (x 16).
- Organisation d'une journée pour les établissements médico-sociaux autour des questions de gestion de crise avec un volet légionnelle
- Conception à destination des lycées d'une procédure de remise en service des réseaux d'eau pour les internats et gymnases munis de douche après les périodes de fermeture estivale
- Intégration d'un volet « prévention des légionelloses » au CLS de Soissons (information du grand public, formation des professionnels des services techniques municipaux et des offices HLM, réalisation d'un état des lieux de la maîtrise du risque légionnelle au sein des ERP).

b) Améliorer la qualité de l'air intérieur :

- Les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI) réalisent des enquêtes au domicile de personnes ayant des manifestations sanitaires avérées pour lesquelles le professionnel suspecte une cause domestique liée au logement. 64 interventions en 2014.

c) Protéger les jeunes des risques liés aux nuisances sonores

- Financement du Centre Information Jeunesse de l'Aisne pour mettre en place des actions de prévention : journées d'animation scolaires, stands de prévention lors de festivals et de concerts (de 2012 à 2014, plus de 4 000 jeunes ont été sensibilisés à ce risque en Picardie).
- Organisation d'une journée en collaboration avec le CIJ de l'Aisne d'un séminaire à destination des maires de l'Aisne afin de les sensibiliser aux risques liés aux bruits (notamment les bruits de voisinage relevant de leurs compétences, salles des fêtes).
- Conduite d'actions de sensibilisation auprès de jeunes au sein des lycées professionnels et des Centres de Formation des Apprentis.
- Rappel et contrôle du respect de la réglementation et poursuite des inspections auprès des discothèques, bars musicaux, salles de concert, salles des fêtes municipales (de 2012 à 2014, 11 bars musicaux et 1 salle municipale).
- Aide technico-financière aux municipalités de Picardie pour la réhabilitation phonique des établissements de leur commune accueillant de jeunes enfants et susceptibles de poser des problèmes acoustiques (16 communes en 2013 et 2014).

Axes stratégiques du PSRS :

- Développer la promotion de la santé
- Assurer le respect des normes et des référentiels
- Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale