

Certains objectifs ont été atteints :

- le renforcement des centres référents en gériatrie existants, avec la création d'un service de court séjour gériatrique, d'un hôpital de jour et d'une consultation mémoire dans la plupart des centres référents, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Côte d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne	Région
3 (CHU, à Beaune et au CHIC)	1 complète (Nevers) + consultation mémoire uniquement au CH de Cosne sur Loire, avec pb de succession de gériatre	4 (CH de Chalon, à Montceau, Parsy le Monial et Mâcon) avec problème de succession de gériatre à Mâcon	1 (Sens) + centre labellisé à Auxerre mais pas de consultation mémoire ni d'EMG	9 filières dont 2 incomplètes

- recrutement d'un oncogériatre au CHU et élaboration des recommandations de bonnes pratiques
- développement des réseaux gérontologiques (10 actuellement), à vocation sanitaire assurant une prise en charge coordonnée de la personne âgée dans son environnement et permettant le maintien à domicile par la coordination des multiples acteurs concernés

➤ Des difficultés subsistent :

- la filière de soins gériatrique reste incomplète car certains centres référents n'ont pas développé toutes les composantes du dispositif
  - la coopération entre les structures sanitaires et le secteur médico-social (EHPAD et domicile, CLIC, SSIAD...) reste à développer en lien avec les filières gériatriques, par la mobilisation des réseaux pour l'organisation du parcours des personnes et décloisonner les différents secteurs sanitaire, social, médico-social, ambulatoire et hospitalier (préparation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées....)
  - le lien des réseaux gérontologiques avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), à vocation plutôt médico-sociale sont à développer avec en suspend, le problème de la suppression de la participation de certains conseils généraux au financement des CLIC
  - on constate une grande hétérogénéité des pratiques des différents réseaux gérontologiques : une réflexion commune menée en 2007 entre l'URCAM, le Gérontopôle et la MSA a permis de clarifier le rôle des différents professionnels impliqués (gériatre, coordonnateur, médecin traitant, SSIAD...), d'identifier clairement les référents réseaux au sein des établissements, de mettre en place des formations initiales et continues adaptées aux professionnels travaillant au sein des réseaux.
- 3 pistes de travail ont été identifiées : la standardisation de l'évaluation gériatrique, l'amélioration de la circulation de l'information (tenue du dossier du patient) et le lien ville/réseau/hôpital qui doit aboutir à l'élaboration d'une convention entre chaque réseau gérontologique et son centre hospitalier référent.
- des problèmes de démographie médicale se posent : ex : succession de gériatre à Chalon et Cosne sur Loire
  - la création du réseau régional de prise en charge de la psychogériatrie reste à mener à bien

Voir aussi le diagnostic SROS

b) Par ailleurs, l'hospitalisation à domicile (HAD) assure au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés : (voir le diagnostic SROS)

En Bourgogne, le SROS 2006-2011 avait pour objectifs:

- de créer une structure d'HAD dans chaque site pivot des 6 territoires de l'époque,
- de formaliser les coopérations entre les structures d'HAD et les autres structures de soins à domicile afin d'assurer la continuité de la prise en charge, coordonner les structures d'HAD d'un même territoire de santé,
- de créer un comité régional d'HAD.

L'état des lieux de l'HAD en Bourgogne figure dans le diagnostic du SROS hospitalier.

La Bourgogne dispose de 21 structures autorisées en hospitalisation à domicile, mais début 2011, 5 autorisations ne sont pas encore mises en œuvre.

Les difficultés de couverture des zones rurales, marquées dans la région (démographie médicale et paramédicale insuffisante et/ou mal répartie, problèmes pour assurer la permanence des soins, temps de déplacements des personnels longs...) expliquent une mise en œuvre souvent partielle des autorisations, notamment en dehors des bassins de populations importants.

Par ailleurs, l'HAD reste encore un mode de prise en charge sous utilisé du fait d'une insuffisance de prescription de la part des médecins traitants et des médecins hospitaliers.

Le maillage du territoire bourguignon reste à assurer. Des complémentarités fortes sont à mettre en œuvre entre les différents intervenants concernés par l'HAD : professionnels libéraux, centres de santé, SSIAD, réseaux, établissements hospitaliers, maisons médicales... afin de mettre en place une prise en charge des patients, dans une filière coordonnée.

#### c) Les soins palliatifs

Voir le diagnostic du SROS hospitalier

La Bourgogne dispose de 160 lits identifiés de soins palliatifs, chiffre paraissant actuellement suffisant.

12 équipes mobiles de soins palliatifs ont été mises en place, financées sur les crédits Missions d'Intérêt Général (MIG). L'objectif serait de conforter leur fonctionnement pour leur permettre de mieux intervenir au domicile et en milieu médico social, notamment en EHPAD.

La région compte 4 réseaux de soins palliatifs, mais seuls 2 ont un ressort territorial départemental (Yonne et Nièvre).

Le maillage de la région reste à parfaire, que celui-ci soit assuré par une équipe mobile ou un réseau.

Enfin une seule unité de soins palliatifs existe au sein du CHU de Dijon. Une augmentation du nombre d'unités permettrait un accès plus large des patients à ce type de prise en charge spécialisée.

### 2.3 : la politique menée dans le secteur des personnes âgées

Comme dans le domaine du handicap, la politique menée en faveur des personnes âgées a fait l'objet d'une étroite coordination entre les conseils généraux et les DDASS lors de l'élaboration des schémas départementaux gérontologiques : leurs orientations sont donc en cohérence.

Certains schémas sont cependant actuellement caducs et en cours de révision compte tenu de leur périodicité plus ou moins ancienne qui couvre ou couvrait les années suivantes :

- en Côte d'Or: 2006-2010 : la révision du schéma a démarré en novembre 2010
- dans la Nièvre: le nouveau schéma gérontologique 2010-2014 a été validé par l'assemblée départementale du conseil général le 18 juin 2010 : le précédent schéma portait sur la période 2003-2007
- en Saône et Loire: le schéma autonomie adultes handicapés et personnes âgées 2010-2014 doit être adopté au printemps 2011.
- dans l'Yonne : le nouveau schéma gérontologique 2009-2014 a été validé par l'assemblée départementale du conseil général le 26 juin 2009 : le précédent schéma portait sur la période 2000/2005.

#### 2.3.1 : le maintien à domicile : une priorité partagée avec les schémas départementaux

Plusieurs constats motivent le développement de la politique de maintien à domicile:

- la majorité des personnes âgées souhaitent rester chez elles
- près de 88% des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile. En Bourgogne 39% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules, ce qui représente 65 000 personnes en 2006, proche de la moyenne nationale ; la proportion varie cependant entre 37% dans l'Yonne et 40 % dans la Nièvre



- plus les Bourguignons âgés vivant à domicile avancent en âge, plus ils vivent seuls : c'est le cas de 22% des 60-74 ans, de 34% des 75-79 ans et de 42% des 80 ans et plus.

Les effectifs de personnes âgées vivant seules sont plus élevés dans et à proximité des pôles urbains. Mais il faut souligner que la part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans l'espace à dominante rurale (40%) est plus importante que dans l'ensemble de la population bourguignonne (33%), avec des écarts selon les départements de la région (58% dans la Nièvre contre 32% en Côte-d'Or). Cet élément fait partie des données à prendre en compte pour l'articulation des réponses sanitaires (ambulatoire et hospitalière) et médico-sociales

- au 1/1/2009, 60% des personnes percevant l'APA vivent à leur domicile

- enfin, l'espérance de vie sans incapacité augmente.

Le Plan solidarité grand-âge 2007-2012 comporte un important volet de maintien et accompagnement à domicile, avec la création de 698 places de SSIAD entre 2007 et 2012, de 266 places d'hébergement temporaire et de 276 places d'accueil de jour.

D'après le volet programmation du PRIAC 2010/2013, le taux d'équipement en SSIAD doit passer à 21.87% en 2013 :

- en Côte d'Or, les zones blanches sont couvertes par l'extension des périmètres d'intervention des SSIAD existants car la politique de réduction des écarts entre départements freine la mise en œuvre de la programmation départementale pluriannuelle, malgré les besoins reconnus par le CROSM5,

- la Nièvre est la mieux dotée mais cela s'explique notamment par un important déficit en infirmiers libéraux et en places d'hospitalisation à domicile,

- la Saône et Loire se rapproche du taux moyen d'équipement régional mais accuse toujours du retard. Le recours à l'appel à projets permettra de mieux structurer l'offre,

- l'Yonne affiche un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale. Depuis décembre 2009, l'ensemble du département est couvert par un SSIAD : s'il n'existe plus de zones blanches, des zones restent cependant sous-dotées en infirmiers (IDE) et en aides-soignants, ce qui génère pour certains SSIAD, des difficultés dans les délais de réponse aux demandes de prises en charge. En effet, 1/3 des SSIAD de l'Yonne ont des problèmes de professionnalisation et de recrutement de personnel ; par ailleurs, les moyens financiers ne permettent pas l'embauche d'une coordinatrice.

Sur un plan général, les SSIAD sont amenés à prendre en charge ou à continuer la prise en charge de personnes âgées dont l'état de santé relèverait parfois de l'hospitalisation à domicile (HAD). Ces prises en charge lourdes grevent les budgets des gestionnaires et posent la question de la continuité et de la qualité de l'accompagnement et des soins, qui s'ajoute au problème de la professionnalisation des personnels.

Le maintien à domicile se traduit aussi par la progression des taux d'équipement en accueil de jour (2.61 % à 3.92% entre 2011 et 2013) et en hébergement temporaire (2.80 % à 3.55%). Il faut souligner ici l'importance de l'organisation des transports pour la fréquentation des accueils de jour dont le développement doit impérativement tenir compte.

Par ailleurs, on retrouve le même problème que dans le secteur du handicap où certains gestionnaires ont des difficultés pour maintenir des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire pour des raisons financières (trais de transport, absence de recettes en cas de vacance temporaire) ; la tarification des places d'accueil temporaire n'est pas incitative et cela freine le développement de ce type d'accueil.

Le taux de places installées par rapport aux places financées fait partie du CPOM de l'ARS (fiche 6.2) : la valeur initiale 2009 est de 75%, portée à 85 % en 2013. L'installation des places de SSIAD est la plupart du temps effective sur l'année, mais le délai d'installation est plus problématique pour l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les EHPAD car les enveloppes anticipées ne sont pas suffisantes pour financer intégralement les structures et la programmation doit souvent être étalée sur 2 ans. Un accompagnement des promoteurs devrait favoriser le développement des projets d'AJ et HT.

Enfin, la fiche 6.3 du CPOM de l'ARS prévoit une progression de la part des services dans l'offre globale médico-sociale pour personnes âgées (SSIAD+AJ+HT+EHPAD) de 14.4% en valeur initiale à 16.4 % en 2013.

### 2.3.2 : l'accueil et la prise en charge en institution: les EHPA

D'après l'enquête EHPA 2007, les EHPA accueillent surtout des personnes âgées à partir de 80 ans qui représentent 72 % des résidents. La moyenne d'âge des résidents des établissements bourguignons est de 84 ans.





La durée moyenne de séjour se situe entre 1 et 3 ans et 45% des résidents sortis des établissements y sont restés moins d'un an.

L'état de santé des personnes hébergées en EHPA peut être approchée par l'estimation de leur dépendance : plus de 40% des personnes peuvent être considérées comme fortement dépendantes, car appartenant aux GIR 1 et 2<sup>50</sup>. Les femmes sont davantage concernées (42,5%) que les hommes (34,8%).

La proportion globale de personnes concernées par une situation de dépendance a augmenté de +10,6% entre 2004 et 2008.

Tableau 1: Répartition selon le sexe et le GIR, des personnes hébergées en EHPA début 2008 en Bourgogne

	Hommes	Femmes	Ensemble	2004
	2008	2008	2008	
Gir 1	10,4%	15,7%	14,4%	13,0%
Gir 2	24,4%	28,8%	26,2%	23,9%
Gir 3	17,5%	13,1%	14,3%	14,1%
Gir 4	21,8%	20,5%	20,8%	20,1%
Gir 5	11,0%	10,4%	10,5%	11,0%
Gir 6	14,0%	13,5%	13,8%	17,0%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Drass – Service Régional de la Statistique et des Etudes – EHPA 2007 et 2008.

Le Plan solidarité grand-âge 2007-2012 prévoit la création de 864 places d'EHPAD en Bourgogne.

D'après le volet programmation du PRIAC 2010/2013, le taux d'équipement en EHPAD 133.06 % personnes âgées de 75 ans et plus en 2010, passe à 135.14 % en 2013 : l'écart entre départements passerait ainsi de 29.59% en 2010 à 21.97% en 2013.

Malgré la progression importante des capacités d'hébergement depuis 1990, comme dans le reste de la France, les taux d'équipement ont tendance à baisser compte tenu de l'augmentation constante du nombre de personnes âgées.

Si la réduction des écarts entre départements est une priorité du PRIAC, les inégalités persistent car les évolutions sont lentes:

- en Côte d'Or, la problématique concerne la qualité de la prise en charge de 6 EHPA qui ne sont pas entrés dans le conventionnement (locaux, formation du personnel, pas de sécurisation du circuit des médicaments). La révision du schéma gérontologique est en cours.
- la Nièvre a le plus faible taux d'équipement en EHPAD (102.7%) avec une concentration des structures en milieu urbain qui abrite 75% de la population. Mais en milieu rural, les traditions d'entraide familiale et la précarité financière favorisent le choix du maintien à domicile : c'est ainsi qu'au cours du schéma 2003/2007, le Conseil général de la Nièvre a décidé une pause dans la création ou l'extension d'établissements compte tenu de nombreuses places vacantes et des projections à la baisse du nombre de personnes âgées. Cette situation qui peut paraître paradoxale dans un contexte de faible taux d'équipement doit amener à réfléchir sur d'autres critères de création de places en élargissant aux modes conditions de vie des populations.
- la Saône et Loire rattrape progressivement son retard en EHPAD en passant de 101% en 2008 à 116.4% en 2011 mais reste en dessous de la moyenne régionale de 120.81%. Le schéma autonomie 2010/2014 du conseil général vise la poursuite du programme de création de places et la médicalisation des structures pour rattraper, dans le cadre d'appels à projets, le retard du département en matière d'équipements PA, notamment en infra départemental en rééquilibrant entre les bassins de vie. Les établissements privés à but lucratif affichent un faible taux d'occupation résultant d'un prix de journée élevé. L'articulation avec le secteur sanitaire reste insuffisante, ce qui provoque des hospitalisations notamment en psychiatrie.

<sup>50</sup> Le Gir 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le Gir 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.



- dans l'Yonne, les besoins sont satisfaits et en introduction du schéma gériatrique 2009/2014, le président du conseil général précise que compte tenu du nombre très élevé d'établissements et de leur répartition homogène, le schéma portera surtout sur l'amélioration de la qualité des services apportés. L'offre d'hébergement fait l'objet d'une humanisation importante dans le cadre du renouvellement du conventionnement. Par ailleurs, la mise en conformité des établissements qui n'entrent pas dans la réforme des EHPAD se poursuit. A noter enfin que d'après l'enquête EHPAD 2007, 11% des personnes hébergées au 1/1/2008 venaient de la région parisienne.

### 2.3.3 : le Plan Alzheimer 2008/2012

La maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées représentent la cause la plus fréquente des démences (60-70 % des causes de démences). 3 % de la population âgée de plus de 65 ans est atteinte : la prévalence augmente à partir de 60 ans, elle est estimée à moins de 0,5 % chez les moins de 65 ans et à plus de 12-20 % au-delà de 85 ans.

En France, deux sources de données, l'enquête PAQUID et le groupe de recherche EURODEM, estiment le nombre de personnes démentes mais leurs estimations diffèrent : 300 000 suivant l'étude PAQUID et 600 000 suivant l'étude EURODEM.

En extrapolant les résultats d'un suivi prospectif de cohorte de patients à domicile et en institution effectué en Gironde par l'équipe INSERM de Bordeaux (étude PAQUID), la Bourgogne compterait 28 500 personnes atteintes de démence plus ou moins avancée en 2009 ; ce chiffre passerait à 31 230 personnes en 2012 : la Côte d'Or et la Saône et Loire seraient les plus touchées. Par ailleurs, 6 600 bourguignons suivent un traitement lié à la maladie d'Alzheimer en 2007 et ce sont surtout des femmes. En septembre 2008, 6400 personnes sont reconnues en ALD au titre de cette maladie, soit 13% de plus qu'en août 2007. Au total, l'INVS estime à 10 300 (données 2007) le nombre de patients suivant un traitement spécifique et/ou exonéré par l'Assurance Maladie pour pathologie démentielle

Il y a ainsi une réelle difficulté à dénombrer de manière précise le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Pour apporter une réponse aux besoins de prise en charge, le plan Alzheimer prévoit la création de PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) s'adressant aux patients présentant des troubles du comportement légers et d'UHR (unités d'hébergement renforcées s'adressant aux patients aux troubles du comportement sévères) qui complètent la palette de l'offre existante sans s'y substituer : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles (CANTOU), accueil de jour, hébergement temporaire...

Les principales mesures du Plan Alzheimer déclinées par l'ARS de Bourgogne visent à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants :

#### Mesure 1 : développement et diversification des offres de répit

► faire évoluer les accueils de jour/hébergement temporaire vers une plateforme de services et d'accompagnement : les plateformes de répit ont pour rôle de proposer sur un territoire donné une offre diversifiée et coordonnée de répit et d'accompagnement aux aidants familiaux. Deux plateformes expérimentales fonctionnent en Bourgogne : une sur l'agglomération de Dijon (PRAPAD projet porté par la FEDOSAD, environ 300 patients ont été pris en charge en 2010), et une en Saône et Loire portée par la résidence départementale d'accueil de soins de Mâcon. Cette mesure est généralisée en 2011 et la Bourgogne pourra mettre en place 4 plateformes de répit en 2011/2012. Il s'agit de développer ce dispositif en orientant les accueils de jour d'au moins 10 places adossés à un EHPAD ou autonomes, vers le soutien et l'accompagnement des aidants à travers la réalisation d'une série d'activités destinées à l'aidant, à l'aidé et au couple aidant/aidé.

Une évaluation des plateformes de répit en novembre 2010<sup>91</sup> montre que :

- 4 prestations sont mises en oeuvre principalement (accueil de jour, groupes de paroles, rencontre échanges et formations, activités culturelles); les prestations à domicile sont en retrait, soit qu'elles soient peu proposées, soit qu'elles sont mises en oeuvre à très petite échelle (elles concernent le stade avancé de la maladie et la charge des aidants est la plus lourde) ;
- la première attente des aidants est l'accès à l'écoute individuelle, la prise en considération, l'établissement d'un lien de suivi avec un professionnel, ce qui implique que les plateformes ne soient pas seulement un lieu de coordination entre services offrant des prestations de répit ;

<sup>91</sup> *Evaluation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées*, GERONTO-CLEF, novembre 2010.



- un choix est à opérer entre une organisation spécifique Alzheimer et une organisation s'offrant à l'ensemble des aidants ou des situations de dépendance (CLIC). Une organisation spécifique demande également un choix entre plateforme de répit et plateforme Alzheimer (incluant d'autres prestations que le répit) ;

A noter que d'autres formules particulières de répit sont possibles (garde de nuit à domicile, activités sociales, culturelles et de loisirs pour aidant/aidé, séjours vacances) : seules les activités sociales et culturelles sont mises en place en Bourgogne (Cafés Alzheimer).

➤ l'accueil de jour (AJ)

Si la Bourgogne (2.61% en 2011) est mieux dotée que la moyenne nationale (1.69% en 2009), on constate des inégalités territoriales entre milieu urbain et milieu rural : le maillage est inégal avec des zones blanches, la Nièvre (1.81%) et la Saône et Loire (2.19%) étant les moins dotées. Des difficultés de fonctionnement de l'accueil de jour au sein des EHPAD sont signalées.

En effet, 429 places d'AJ ont été autorisées sur plus de 80 établissements mais une quarantaine d'établissements ne sont pas en conformité avec la circulaire du 25 février 2010 (6 places minimum dans les EHPAD ou 10 places pour un AJ autonome, 30% de majoration du forfait journalier de transport financé par l'assurance maladie pour organiser des transports adaptés ou atténuation du tarif journalier si les familles assurent elles mêmes les transports). Un état des lieux des régions est en cours pour fixer des objectifs de mise en conformité, en concertation avec les conseils généraux : cela pourrait se traduire par des augmentations de capacité, des fermetures, des regroupements ou des dérogations dans le cas où l'éloignement géographique justifie le maintien d'une structure de moins de 6 ou 10 places.

Mesure 2 : consolidation des droits et de la formation des aidants

L'objectif est de renforcer les droits de l'aidant, leur accès à la formation, et leur retour à l'emploi. Une formation de 2 jours est proposée aux aidants par France Alzheimer qui a passé convention avec la CNSA et déclina les formations par département : ex : 4 sessions de formation ont réuni chacune 10 à 12 personnes en Côte d'Or en 2010.

Mesure 4 : labellisation de portes d'entrée unique que sont les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

L'objectif est la création d'un guichet unique, lieu de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour une meilleure articulation entre les différents intervenants, un parcours de prise en charge personnalisé et une réponse graduée, adaptée à chaque situation.

Le projet du Conseil général de l'Yonne a été labellisé suite à un appel à candidatures lancé par l'ARS; 2 projets de la FEDOSAD et du réseau santé Haute Côte d'Or ont reçu un avis favorable mais n'ont pas été financés sur 2011.

Mesure 6 : renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés, Equipes spécialisées de soins à domicile (ESA, SSIAD spécialisés)

Pour faciliter la prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer et répondre ainsi au souhait des familles, le plan Alzheimer prévoit de déployer des équipes mobiles pluridisciplinaires spécialisées, avec des assistants de soins en gériatrie, un psychomotricien ou un ergothérapeute dans le cadre des SSIAD, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

5 équipes de SSIAD spécialisées sont reconnues en mars 2011 dont :

- 2 en Côte-d'Or pour 10 places chacun : la FEDOSAD et le GCS de Vitteaux/Alise)
- 1 dans la Nièvre: SSIAD spécialisé de la Croix Rouge de 10 places qui fonctionne à Nevers avec le projet d'étendre la couverture territoriale par l'extension de 10 nouvelles places.
- 1 en Saône et Loire au CH de Louhans
- 1 dans l'Yonne, à Sens. Un second dossier de SSIAD spécialisé a été déposé pour 2011.

L'objectif de la région pour 2012 est d'installer 5 nouvelles équipes spécialisées en 2011 et 4 en 2012 pour passer de 5 équipes en 2010 à 14 en 2012, pour assurer le maillage de l'ensemble de la région.

Mesure 10 : mise en place de la carte d'information « maladie d'Alzheimer » pour chaque patient.

Il s'agit de mettre à disposition de tous les malades vivant hors du cadre institutionnel médicalisé et qui le souhaitent une « carte de soins et d'information », lien entre les professionnels de santé, les malades et les aidants.

Cette mesure a été portée en Bourgogne par le réseau régional démente Alzheimer (RESEDA) en 2008 avec beaucoup de succès et a abouti à l'envoi aux patients de 2300 cartes contenant à la fois des informations à destination des malades et de leurs familles sur la maladie, et des informations nécessaires à leur prise en charge par les médecins y compris en urgence : il s'agit donc d'un outil d'information partagée.

Mesures 11, 12 et 13 : créations de consultations mémoire dans les zones non pourvues, de centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) et du renforcement de consultations mémoire à forte activité.

En novembre 2010, la région est dotée de :

- un CMRR (CHU de Dijon).
- 14 centres labellisés et 10 transmettant des données à la Banque Nationale Alzheimer (Beaune, CHIC Montbard-Châtillon, consultation mémoire du Maconnais, Chalon, GCSN71 (Creusot Montceau Auxun), Paray le Monial, Auxerre, Sens, Nevers, Cosne-sur-Loire).
- 5 centres non labellisés
- des antennes ou lieux de diagnostic, travaillant en coopération avec les centres labellisés

Soit un total de 21 lieux diagnostics (1 pour environ 8 100 patients de plus de 75 ans, l'objectif du plan étant de 1 lieu pour 15 000 patients de plus de 75 ans) dont 3 ont été renforcés.

Le délai d'attente est de 31 jours ce qui est conforme aux objectifs fixés.

Le rapport d'activité 2010 de 13 consultations mémoires de la région ainsi que du centre mémoire ressources et recherche fait état d'une file active de 4911 patients<sup>52</sup>. Parmi ceux-ci 33.72 % soit 1656 personnes disposent d'un diagnostic maladie d'Alzheimer, 11.14% d'un diagnostic portant sur une plainte mnésique soit 547 personnes<sup>53</sup>. Il y a donc une réelle diversité des situations rencontrées avec une quarantaine de diagnostics différents. A noter que 19.28% soit 947 personnes ont un diagnostic en attente<sup>54</sup>.

Ces patients sont en majorité des femmes (55%) et ont une moyenne d'âge supérieure à 78 ans<sup>55</sup>. Ils sont principalement adressés à la consultation mémoire par un médecin généraliste (pour 66% d'entre eux)<sup>56</sup>.

A noter qu'à l'exception de la Côte d'Or, les trois autres départements de la région disposent d'une densité faible en neurologue (soit 0.5 professionnel pour 100 000 habitants contre 2.5 en moyenne en France en 2010). Parmi les 41 professionnels recensés, 22% exercent en libéral (9) et peuvent contribuer au diagnostic de la maladie d'Alzheimer<sup>57</sup>.

Mesure 16 : création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles du comportement (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés PASA et Unité Hébergement renforcé UHR) au sein des EHPAD et/ou des USLD

Il s'agit de généraliser la création d'une offre de soins en EHPAD, par reconversion de places :

- les PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés), d'une capacité de 12 à 14 places, proposant pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie

<sup>52</sup> Rapport d'activité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010, CMRR, Calliope.

<sup>53</sup> Rapport d'activité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010, CMRR, Calliope.

<sup>54</sup> Rapport d'activité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010, CMRR, Calliope.

<sup>55</sup> Rapport d'activité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010, CMRR, Calliope.

<sup>56</sup> Rapport d'activité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010, CMRR, Calliope.

<sup>57</sup> Atlas de la démographie médicale en France – situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010, C.N.O.M.



spécialement aménagé, rassurant et adapté à la déambulation. Les patients concernés doivent avoir été évalués par l'outil NPI-ES et présenter des troubles compatibles avec la vie en établissement type EHPAD.

L'objectif est de labelliser 17 PASA par an en 2010/2011/2012 soit 51 PASA : 11 établissements ont obtenu une pré-labellisation en 2010 (3 en Côte d'Or, 2 dans la Nièvre, 1 en Saône et Loire et 5 dans l'Yonne), la labellisation devant intervenir dans les 12 mois suivants la pré-labellisation.

Par ailleurs, le Plan d'aide à l'investissement (PAI) 2010 de la CNSA est très orienté sur le financement des PASA, avec une enveloppe fléchée de 1 181 986 € calculée pour 19 PASA.

- les UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) accueillant nuit et jour des patients ayant des troubles sévères du comportement (petites unités de 12 à 20 personnes) ; les troubles, incompatibles avec la vie en établissement de type EHPAD non spécialisé, nécessitent à la fois un encadrement spécifique et des soins adaptés. Les UHR peuvent aussi être installées dans les USLD. Les patients concernés doivent avoir été évalués par l'outil NPI-ES et l'outil PATHOS.

L'objectif est de labelliser 3 UHR par an en 2010/2011/2012 soit 9 au total dont 3 en EHPAD et 6 en USLD.

En 2010, 3 structures ont obtenu une pré labellisation (CH d'Auxonne, CH de Montceau-les-Mines et la Maison de retraite Départementale d'Auxerre)

L'un des enjeux est d'avoir un bon maillage du territoire en articulation avec le secteur sanitaire et notamment le secteur psychiatrique.

Mesure 17 : créations d'unités spécialisées au sein des services de SSR pour malades Alzheimer présentant des troubles du comportement et nécessitant des mesures de réhabilitation : unités de prise en charge des troubles cognitivo-comportementaux (UCC).

D'une capacité de 10 à 12 lits, les UCC sont une réponse aux situations de crise en facilitant l'accès à la filière hospitalière et en prévenant un passage par les services d'urgence.

1 UCC labellisée en 2009 fonctionne actuellement au CH de Sens.

2 UCC supplémentaires sont prévues d'ici 2012 : une unité pré-labellisée en 2010 à la Clinique B Joly de Talant et un projet au CH de l'agglomération de Nevers dans le cadre de la mise en place d'une filière complète de prise en charge des patients atteints de démence ou maladie d'Alzheimer.

Mesure 20 : développer les métiers et les compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer

Les unités de soins mises en place par les mesures 16 et 17 du plan nécessitent du personnel spécialisé (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue et assistant de soins en gériologie (ASG) spécifiquement formé à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Le Plan prévoit ainsi :

- la création d'une formation qualifiante pour les coordonnateurs
- la mise à disposition de compétences professionnelles nouvelles : assistant en gériologie
- la mise à disposition de personnels spécialisés dans les métiers de la réhabilitation cognitive et comportementale (ergothérapeutes, psychomotriciens) ; objectif de formation de 2000 professionnels supplémentaires
- un plan de formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant dans les unités adaptées des EHPAD

En Bourgogne, la priorité a été mise sur la formation des aides-soignants (AS) travaillant au sein d'une UCC ou d'une UHR. En 2010, aucune formation n'a été effectuée mais en 2011 les quatre établissements concernés (1 UCC et 3 UHR) ont prévu la formation de 8 AS pour une qualification d'ASG.

Le tableau ci-dessous fait un point global de l'offre d'accueil pour les malades d'Alzheimer ou maladies apparentées au 31/3/2011. La Nièvre et l'Yonne sont les moins dotées.

Départements	Accueil personnes âgées Alzheimer en EHPAD, centre de jour, résidence d'hébergement temporaire médicalisée : places financées au 31/9/2011						Total Alzheimer	ratio pour 1 000 de 75 ans et plus
	hébergement complet	Hébergement temporaire		accueil de jour				
	EHPAD	EHPAD	résidence médicalisée	EHPAD	centre de jour et résidence médicalisée			
Côte d'Or	437	57	0	91	55	661	13,41	
Nièvre	32	7	0	47	5	92	3,14	
Saône et Loire	334	53	0	142	0	529	8,10	
Yonne	49	50	7	104	3	213	5,59	
<b>Bourgogne</b>	<b>852</b>	<b>117</b>	<b>7</b>	<b>384</b>	<b>75</b>	<b>1486</b>	<b>8,19</b>	

Source FRIAC 2011/2013 DOGA Organization

On note des difficultés pour trouver des porteurs pour l'hébergement temporaire, liés à des problèmes de prise en charge financière. Par ailleurs, une évaluation du fonctionnement de l'accueil de jour doit permettre la consolidation de prises en charge d'inégale qualité.

Le taux de réalisation en unités spécifiques pour malades d'Alzheimer (UHR et PASA) au regard de l'objectif régional est l'un des objectifs du CPOM de l'ARS, pour passer de 33% de PASA et d'UHR installés en 2010 à 100% en 2012 (cf fiche 9.1). Un comité régional de pilotage du Plan Alzheimer suit la mise en œuvre globale du Plan et il est consulté sur les projets.

#### 2.3.4 : le problème du recrutement de personnels qualifiés

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié tant en EHPAD que pour les services de soins infirmiers à domicile (aides-soignants, AMP, IDE mais aussi kinésithérapeutes, médecins coordonnateurs, ergothérapeutes et psychomotriciens...)

Selon l'enquête DRASS EHPA 2007, début 2008, près de 14 900 personnes travaillent en Bourgogne dans les établissements et services pour personnes âgées dont 84% en maison de retraite, 10% en USLD et 6% en centres d'accueil de jour : par rapport à l'enquête EHPA 2004, l'effectif est en hausse de +17% pour une augmentation de 2% des capacités d'accueil.

Au début 2008, les établissements pour personnes âgées déclarent environ 272 postes non pourvus depuis 6 mois et plus (2% du total des postes); plus des 1/4 de ces postes sont en maisons de retraite.

La répartition des postes non pourvus concerne 71 postes infirmiers, 69 postes aides soignantes, 5 aides médico-psychologiques et 126 postes « autres ».

Ces postes vacants sont répartis pour : 27% en Côte d'Or, 15% dans la Nièvre, 38% en Saône-et-Loire, 20% dans l'Yonne.

D'après l'enquête DRASS ES 2006, les structures pour enfants et adultes handicapés relevant du champ du FRIAC emploient plus de 5 000 salariés, représentant 3 543 ETP. Ce sont les IME qui présentent le plus fort effectif (38%) en personnel de l'ensemble des établissements du FRIAC, devant les FAM (19%) et les ESAT (18%). Ramenées en ETP, 3 catégories d'établissements représentent plus de 80% de l'ensemble : IME (41%) ; ESAT et FAM (20% chacun).

On notera que le personnel en attente de formation ne représente que 1% de l'ensemble de l'effectif et le personnel en formation 1%. Les principales catégories de personnels concernées sont les AMP, les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs. Les FAM, IME et MAS sont le plus concernés par ces besoins en formation.

Dans le projet de contrat d'objectifs des métiers du social 2011/2015, le conseil régional souligne qu'en 2010 ce sont près de 50 000 personnes qui sont employées comme travailleurs sociaux, aides à domicile, salariés des établissements et services sociaux en Bourgogne. Tous métiers confondus, les 3 premiers secteurs d'emploi sont : l'aide à domicile (21% des emplois), les personnes âgées (20%) et la petite enfance (16%).

Il constate aussi la difficulté de quantifier et d'analyser le marché du travail du secteur social partagé entre de nombreux sous-secteurs (dont personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, aide à l'enfance en difficultés, lutte contre les exclusions...) et de nombreux statuts (associatif, fonction publique territoriale, hospitalière, privé commercial...). Par ailleurs, l'évaluation des besoins en emploi et en personnel qualifié au niveau régional est complexe compte tenu de la multiplicité des



publics, des types d'établissements et du fort impact des grandes politiques publiques qui créent des emplois dédiés et déterminent de nouvelles professionnalités (ex : autisme, Alzheimer...).

Un dispositif d'observation dynamique et partenarial des emplois des métiers et des qualifications du secteur a donc été confié au C2R Bourgogne pour contribuer à l'analyse des besoins et à la formalisation des attentes des employeurs du social en termes d'emplois et de qualifications : le financement est assuré par le conseil régional et l'Etat pour la période 2011/2015.

Globalement les métiers du social sont attractifs pour les jeunes et les demandeurs d'emploi, ce qui explique qu'il y ait peu de tension du marché du travail pour ces professions à l'exception du secteur des personnes âgées et de certains territoires moins attractifs que d'autres (zones rurales notamment de l'Yonne et de la Nièvre touchées pour les IDE, les AS mais aussi les médecins et les kinésithérapeutes).

Le constat partagé par les partenaires du conseil régional relève :

- une qualification insuffisante de certains professionnels d'encadrement
- des connaissances insuffisantes pour accéder aux formations qualifiantes et notamment passer les épreuves de sélection, ce qui est le cas pour les aides soignants.

Le contrat d'objectif des métiers du social doit ainsi apporter un soutien particulier à la VAE et à l'apprentissage encore insuffisamment développé.

La qualification des personnels en postes demeure une préoccupation importante notamment dans l'aide à domicile : ainsi, d'après une enquête Uniformation en 2008 sur l'aide à domicile, il ressort que plus de la moitié (58%) des aides à domicile sont sans qualification professionnelle spécifique à l'aide à domicile, la Bourgogne se situant dans la moyenne nationale.

La volonté affichée est de développer et d'optimiser la formation continue qui doit prendre en compte les nouvelles situations de travail liées notamment à l'évolution des contextes réglementaires. L'offre de formation doit progresser sur certaines thématiques : autisme, maladie d'Alzheimer, management d'équipe, démarche qualité, démarche d'évaluation...mais aussi pour certaines professions telles que les aides à domicile.

Une étude d'appui à la mise en œuvre du plan de professionnalisation est prévue, complémentaire aux travaux déjà réalisés parmi lesquels l'étude Ithaque sur « l'adéquation entre les besoins en emplois identifiés et l'offre de formation paramédicale et sociale régionale dans le cadre de l'évolution du secteur médico-social en Bourgogne » : celle-ci, financée par l'ex-DRASS, a porté sur 566 établissements et services dans le champ du PRIAC et a été publiée en novembre 2009.

Les 3 professions les plus représentées sont détaillées ci-dessous.

#### Les aides-soignants (AS)

En 2006, le nombre d'AS est de 10 061 dont 58% dans la fonction publique hospitalière, 21% sur le secteur des personnes âgées et 4% dans l'aide à domicile. Les AS du champ du PRIAC représentent 42% de l'effectif total.

Il ressort de l'étude Ithaque que le besoin en emplois complémentaires d'AS lié à la programmation du PRIAC pour la période 2009-2013 est évalué à 250 ETP supplémentaires dans le secteur du handicap et des personnes âgées (dont les SSIAD).

Le concours d'admission à la formation du diplôme d'aide-soignant est très sélectif et le nombre de places limitées (16% d'admis pour 3140 candidats en 2008 pour un quota annuel de formation de 575 places en voie directe+ 85 places en passerelle). Le métier est aussi marqué par un nombre important de faisant fonction, notamment dans la fonction publique hospitalière qui absorbe 40 des 62% des élèves en formation d'AS qui sont en situation de travail.

Compte tenu de la sélectivité de la formation en voie directe, une formation d'aide-soignant en alternance a été proposée à des demandeurs d'emploi, avec une formation préparatoire aux épreuves de sélection entre janvier et mai 2011 pour une entrée en formation de 24 mois en septembre 2011.

Par ailleurs, dans le cadre du contrat d'objectif, l'ARS en collaboration avec la DRJSCS, expérimente en 2011 un tronc commun de formation d'aide-soignant / auxiliaire de vie sociale / aide médico-psychologique, par l'ouverture d'une sélection et d'un concours spécifique en 2012.

Les résultats de ces dispositifs récents et expérimentaux ne pourront être évalués qu'à la fin des formations, notamment sur leur capacité à retenir les nouveaux diplômés en Bourgogne et dans les zones peu attractives.

#### Les aides médico-psychologiques (AMP)

Leur nombre est de 1423 en 2006 dont 39% dans le secteur du handicap, 23% dans celui des personnes âgées. Les AMP du champ du PRIAC représentent 55% de l'effectif total.

Il n'y a pas de problème de flux de formation des AMP mais une problématique de positionnement de cette formation notamment dans le secteur des personnes âgées où elle est en concurrence avec les AS souvent préférés par les employeurs. Elle est pourtant bien adaptée aux pathologies cognitives telles que la maladie d'Alzheimer et les suites d'AVC.

Le besoin en emplois complémentaires d'AMP lié à la programmation du PRIAC pour la période 2009-2013 est évalué à 68 ETP supplémentaires dans le secteur du handicap uniquement.

#### Les infirmiers

Leur nombre s'élève à 11 236 en 2006 dont 66% dans le secteur hospitalier, 5% dans celui des personnes âgées et 1% dans celui du handicap. Les infirmiers du champ du PRIAC (hors cadres de santé) représentent 13% de l'effectif total. 27% ont plus de 50 ans.

Dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires 2007/2010, le conseil régional a proposé un contrat "Réciprosanté" à destination des élèves infirmiers et kinésithérapeutes qui signent un engagement de travail de 3 ans avec un futur établissement employeur relevant du secteur médico-social et/ou d'une zone fragile, en échange d'une allocation mensuelle versée par le conseil régional et la structure employeur.

Il ressort de l'étude Ithaque que le besoin en emplois complémentaires en IDE lié à la programmation du PRIAC pour la période 2009-2013 est évalué à 75 ETP supplémentaires dans le secteur du handicap et des personnes âgées.

La tension sur les effectifs infirmiers est plus un problème de répartition sectorielle et géographique qu'un problème de quota de formation. Il convient donc de trouver des formules d'incitation à l'emploi dans les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées (accueil de stagiaires, sécurité de l'emploi...)

En Côte d'Or et en lien avec le conseil général, une politique d'accompagnement dans la démarche de professionnalisation des intervenants auprès des personnes âgées (aides-soignantes, aides médico-psychologiques, infirmières...) a été mise en place au moment de la négociation des conventions tripartites. La formation du personnel fait toujours partie des objectifs lors du renouvellement de ces conventions (action de formation de santé publique, parcours de professionnalisation, etc...).

Pour l'avenir, le problème du recrutement de personnels formés (infirmières, aides-soignants, AMP, psychomotriciens, ergothérapeutes...) doit impérativement être résolu pour accompagner les créations de places nouvelles prévues dans la programmation.

Dans le cadre de la prise en charge des malades d'Alzheimer ou maladies apparentées, il faut aussi relever le besoin en compétences professionnelles nouvelles (psychologue, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie) pour adapter les stratégies de prises en charge (activités structurées, rééducation de l'orientation, groupes de validation cognitive, ...).



### ANNEXE 1.1.3

#### Modalités de financement de la compensation de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ainsi que le financement des établissements et services médico-sociaux

En 2008, les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées se sont élevées à 45 milliards d'€ au plan national, soit un peu plus de 2% du produit intérieur brut.

La dépense est financée par l'Etat (22.1%), la sécurité sociale (47.1%), la CNSA (8%) et les départements (21.5%). Les dépenses relatives à l'accompagnement des personnes handicapées dans l'emploi sont versées par l'AGEFHIP (1.3%) et le Fonds d'insertion.

63% du financement de l'Etat est consacré à l'allocation adulte handicapé (AAH) et aux pensions militaires d'invalidité.

60% du financement de la Sécurité sociale est consacré aux établissements et services pour personnes handicapées et personnes âgées via l'ONDAM médico-social. Les pensions d'invalidité représentent aussi une part importante de ces dépenses.

Les départements financent principalement les prestations aux personnes âgées, à travers l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide sociale à l'hébergement et la prestation de compensation (PCH).

La CNSA gère l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD) en complétant le financement de la sécurité sociale des ESMS par une partie de ses ressources propres et assure la répartition d'enveloppes départementales sur la base des PRIAC. Elle participe aussi au financement des MDPH, de l'APA et de la PCH.

Les financements publics ne représentent que la part "socialisée" de la dépense : les dépenses de souscription d'assurances individuelles et les frais restant à la charge des personnes, la participation des organismes complémentaires et les financements ou aides extra-légaux des conseils généraux ou associations seraient à ajouter pour connaître le montant global de la dépense.

Les établissements et services médico-sociaux sont financés par l'assurance maladie, l'Etat, les conseils généraux, la CNSA, conjointement ou exclusivement.

- **Financement des ESMS pour les personnes handicapées**

L'assurance maladie (AM) et la CNSA financent les ESMS pour enfants et adolescents handicapés, les services de soins et d'éducation à domicile (SESSAD), les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), les centres de pré-orientation (CPO), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD).

Les conseils généraux financent les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les foyers d'hébergement pour personnes handicapées et les foyers de vie.

L'assurance maladie, la CNSA et les conseils généraux cofinancent les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les foyers d'accueils médicalisés (FAM).

L'Etat finance les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

- **Financement des ESMS pour les personnes âgées**

L'AM et la CNSA financent les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans les EHPAD, le budget soins des EHPAD est pris en charge par l'AM et la CNSA, alors que le conseil général finance le budget dépendance (APA), et le cas échéant l'aide sociale pour l'hébergement.

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont financées par l'AM pour le soin et par le conseil général pour la dépendance.

Des actes infirmiers de soins libéraux (AIS) délivrés aux personnes de plus de 75 ans sont également payés par l'assurance maladie.

Pour 2011, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) serait en progression de 2,9% à 167,1 milliards d'euros, dont 2,8% pour les soins de ville et l'hôpital et 3,8% pour le médico-social (dont 4,4% pour les personnes âgées).

**Annexe 18 – Projections de population 2011 et 2015 de référence**

Source : projections INSEE (estimations de population 2008 et modèle OMPHALE scénario tendanciel 2007)

Départ.	Projection population 2011 des 0-19 ans	Projection population 2016 des 0-19 ans	évolution des 0-19 ans	Projection population 2011 des 20-59 ans	Projection population 2016 des 20-59 ans	Evolution des 20-59 ans	Projection population 2011 des 75 ans et plus	Projection population 2016 des 75 ans et plus	Projection population 2016 des 85 ans et plus	évolution des 75 ans et plus	part des 85 ans et + dans les 75 ans et plus en 2016
21	124 168	124 510	0,28%	277 251	271 153	-2,20%	48 542	50 411	18 636	3,65%	33,00%
68	43 572	41 757	-4,17%	103 938	98 951	-4,80%	29 301	29 901	9 826	2,05%	32,80%
71	121 578	117 869	-3,03%	271 345	260 228	-4,10%	65 317	67 152	22 408	2,81%	33,37%
89	79 713	79 015	-0,88%	171 166	168 395	-1,62%	38 102	39 205	13 152	2,80%	33,55%
<b>Région</b>	<b>388 031</b>	<b>383 171</b>	<b>-1,59%</b>	<b>823 700</b>	<b>798 727</b>	<b>-3,03%</b>	<b>181 262</b>	<b>188 688</b>	<b>82 022</b>	<b>2,88%</b>	<b>33,28%</b>

Département	Population totale 2011	Population totale 2015	Evolution de la population totale entre 2011 et 2015
21	525 518	529 782	0,81%
68	218 655	215 980	-1,22%
71	553 059	548 29	-0,85%
89	345 205	351 952	1,65%
<b>Région</b>	<b>1 643 437</b>	<b>1 648 036</b>	<b>0,18%</b>



## Annexe 19 – Glossaire des sigles et acronymes

AAH	Allocation adultes handicapés
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AIS	Actes infirmiers de soins
AJ	Accueil de jour
ALD	Affection de longue durée
AMI	Actes médicaux infirmiers
AMP	Aide médico-psychologique
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANR	Agence nationale de la recherche
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AROMSA	Association régionale des organismes de mutualité sociale agricole
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico sociale précoce
CANTOU	Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CFA	Centre de formation d'apprentis
CG	Conseil général
CHU	Centre hospitalier universitaire

<b>CIF</b>	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
<b>CJC</b>	Consultation jeunes consommateurs
<b>CLIC</b>	Centre local d'information et de coordination
<b>CLIS</b>	Classe d'intégration scolaire
<b>CMP</b>	Centre médico psychologique
<b>CMPP</b>	Centre médico psycho-pédagogique
<b>CMRR</b>	Centre mémoire de ressource et de recherche
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNAVTS</b>	Caisse nationale vieillesse des travailleurs salariés
<b>CNCPH</b>	Conseil national consultatif des personnes handicapées
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>CODERPA</b>	Comité départemental des retraités et personnes âgées
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPO</b>	Centre de pré orientation
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>CRA</b>	Centre de ressources autisme
<b>CREAL</b>	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
<b>CROSMS</b>	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
<b>CRP</b>	Centre de réinsertion professionnel
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention de l'addictologie
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CSST</b>	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DDCSPP</b>	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DIRECCTE</b>	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DREAL</b>	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DRJSCS</b>	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMG</b>	Equipe mobile de gériatrie
<b>EMSP</b>	Equipe mobile de soins palliatifs
<b>EREA</b>	Etablissement régional d'enseignement adapté
<b>ESAT</b>	Etablissement et service d'aide par le travail
<b>ESMS</b>	Etablissements et services médico-sociaux
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé



FH	Foyer d'hébergement
FINES	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FO	Foyer occupationnel
GALAAD	Outil « gérontologie approche logistique pour une aide à l'analyse et à la décision »
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIR	Groupe iso-ressource
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut Conseil en Santé Publique
HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
HT	Hébergement temporaire
IA	Inspection académique
IAS	Infections liées aux soins
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico professionnel
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LHSS	Lit halte soins santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OGD	Objectif global de dépenses
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONFRH	Observatoire nationale sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORS	Observatoire régional de la santé
PAI	Plan d'aide à l'investissement (de la CNSA)

PASA	Pôle d'activité et de soins adaptés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PGI	Pôle gériatrique interrégional Bourgogne Franche-Comté
PHV	Personnes handicapées vieillissantes
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPRGDR	Programme pluriannuel régional de gestion du risque
PQE	Programme qualité efficacité
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Projet régional de santé
PSGA	Plan solidarité grand âge
PSRS	Plan stratégique régional de santé
REBECA	Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs
RESEDA	Réseau régional démente Alzheimer
ROB	Rapport d'orientation budgétaire
RSI	Régime social des indépendants
SAAAIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAD	Services à domicile
SAFEP	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SAISEHPAD	Saisie des conventions tripartites des EHPAD
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SEGPA	Section d'enseignement général professionnel adapté
SELIA	Saisie en ligne des installations et des autorisations
SESSAD	Service d'accompagnement et de soins à domicile
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional de l'organisation des soins
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soins de suite et de réadaptation



SRP	Schéma régional de prévention
STATISS	Statistiques et indicateurs de la santé et du social
TED	Troubles envahissants du développement
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UEROS	Unité d'évaluation de reclassement et d'orientation sociale
UHR	Unité d'hébergement renforcée
ULIS	Unités localisées pour l'inclusion scolaire
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USLD	Unité de soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience

**ARRETE n° ARSB/DG/2012-005 en date du 29 février 20 12,  
Portant adoption du Programme Régional de Télémedecine du projet régional de santé**

**Article 1** – Le programme régional de télémedecine du projet régional de santé de la région Bourgogne est arrêté tel qu'il figure en annexe.

**Article 2** – Le programme régional de télémedecine du projet régional de santé peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne à l'adresse suivante : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- à la Préfecture de la région Bourgogne, 53, rue de la préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de Côte d'Or, 53, rue de la Préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de la Nièvre, 40, rue de la Préfecture, BP 840, 58019 Nevers Cedex
- à la Préfecture de Saône et Loire, 196, rue de Strasbourg, 71021 Mâcon Cedex 09
- à la Préfecture de l'Yonne, Place de la Préfecture, 89016 Auxerre Cedex
- au siège de l'ARS de Bourgogne, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de Côte d'Or, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de la Nièvre, 11 rue Pierre-Emile Gaspard, 58019 Nevers Cedex
- à la délégation territoriale de Saône et Loire, 173 boulevard Henri Dunant, BP 2024, 71020 Mâcon Cedex 9
- à la délégation territoriale de l'Yonne, 25 avenue Pasteur, BP 49, 89011 Auxerre Cedex

**Article 3** – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne, ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de la Santé dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon dans le même délai.

En application de l'article L 1434-3-1 du Code de la santé publique, l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes prévues à l'article L 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

**Article 4** – Le directeur de l'offre de soins et de l'autonomie et la directrice de la santé publique de l'agence régionale de santé de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bourgogne et des préfectures des quatre départements de la région.

La directrice générale,  
Monique CAVALIER





**ARRETE n° ARSB/DG/2012-006 en date du 29 février 20 12,  
Portant adoption du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes  
les plus démunies du projet régional de santé de la région Bourgogne**

**Article 1** – Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies du programme Régional de Santé de Bourgogne est arrêté tel qu'il figure en annexe.

**Article 2** – Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies du programme Régional de Santé de Bourgogne peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne à l'adresse suivante : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- à la Préfecture de la région Bourgogne, 53, rue de la préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de Côte d'Or, 53, rue de la Préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de la Nièvre, 40, rue de la Préfecture, BP 840, 58019 Nevers Cedex
- à la Préfecture de Saône et Loire, 196, rue de Strasbourg, 71021 Mâcon Cedex 09
- à la Préfecture de l'Yonne, Place de la Préfecture, 89016 Auxerre Cedex
- au siège de l'ARS de Bourgogne, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de Côte d'Or, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de la Nièvre, 11 rue Pierre-Emile Gaspard, 58019 Nevers Cedex
- à la délégation territoriale de Saône et Loire, 173 boulevard Henri Dunant, BP 2024, 71020 Mâcon Cedex 9
- à la délégation territoriale de l'Yonne, 25 avenue Pasteur, BP 49, 89011 Auxerre Cedex

**Article 3** – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne, ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de la Santé dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon dans le même délai.

En application de l'article L 1434-3-1 du Code de la santé publique, l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes prévues à l'article L 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

**Article 4** – Le directeur de l'offre de soins et de l'autonomie et la directrice de la santé publique de l'agence régionale de santé de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bourgogne et des préfectures des quatre départements de la région.

La directrice générale,  
Monique CAVALIER

**ARRETE n° ARSB/DG/2012-007 en date du 29 février 20 12,  
Portant adoption du Programme Régional Qualité-Sécurité des Soins du projet régional de  
santé de la région Bourgogne**

**Article 1** – Le programme régional qualité-sécurité des soins en Bourgogne est arrêté tel qu'il figure en annexe.

**Article 2** – Le programme régional qualité-sécurité des soins en Bourgogne peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne à l'adresse suivante :

<http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- à la Préfecture de la région Bourgogne, 53, rue de la préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de Côte d'Or, 53, rue de la Préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de la Nièvre, 40, rue de la Préfecture, BP 840, 58019 Nevers Cedex
- à la Préfecture de Saône et Loire, 196, rue de Strasbourg, 71021 Mâcon Cedex 09
- à la Préfecture de l'Yonne, Place de la Préfecture, 89016 Auxerre Cedex
- au siège de l'ARS de Bourgogne, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de Côte d'Or, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de la Nièvre, 11 rue Pierre-Emile Gaspard, 58019 Nevers Cedex
- à la délégation territoriale de Saône et Loire, 173 boulevard Henri Dunant, BP 2024, 71020 Mâcon Cedex 9
- à la délégation territoriale de l'Yonne, 25 avenue Pasteur, BP 49, 89011 Auxerre Cedex

**Article 3** – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne, ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de la Santé dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon dans le même délai.

En application de l'article L 1434-3-1 du Code de la santé publique, l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes prévues à l'article L 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

**Article 4** – Le directeur de l'offre de soins et de l'autonomie et la directrice de la santé publique de l'agence régionale de santé de Bourgogne sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bourgogne et des préfectures des quatre départements de la région.

La directrice générale,  
Monique CAVALIER



**LE PROGRAMME REGIONAL  
QUALITE ET SECURITE DES SOINS  
EN BOURGOGNE  
2012 - 2016**

<b>1</b>	<b>Eléments introductifs</b>	<b>3</b>
1.1	Définitions	3
1.2	Axes stratégiques	3
<b>2</b>	<b>Le point de situation en Bourgogne</b>	<b>3</b>
2.1	Les résultats des certifications Haute Autorité de Santé « HAS »	4
2.2	Les tableaux de bord « indicateurs de qualité » HAS	4
2.3	Les tableaux de bord de lutte contre les infections nosocomiales	4
2.4	L'activité d'hémovigilance	5
2.5	Les contrats de bon usage du médicament	6
2.6	Le bilan du plan régional d'élimination des déchets d'activité de soins	6
2.7	Les évaluations internes et externes des structures médico-sociales	6
<b>3</b>	<b>Accompagner les professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins</b>	<b>7</b>
3.1	Le groupe régional de coordination des vigilances et de gestion des risques	7
3.2	Le groupe régional qualiBourgogne	8
3.3	Le suivi individualisé des établissements de santé	9
3.4	La prévention des infections associées aux soins	9
3.5	Le suivi des indicateurs QUALHAS et des résultats certification	10
3.6	L'hémovigilance	11
3.7	Le circuit du médicament	11
3.8	L'environnement	12
3.9	Le suivi des structures médico-sociales dans leurs démarches d'évaluations	13
3.10	L'accompagnement des professionnels dans la création et la mise en œuvre de protocole de coopérations entre professionnels de santé selon l'art 51 de la loi HPST	13
<b>4</b>	<b>Améliorer les parcours de santé des usagers, dans l'accès, la prise en charge et la coordination des soins</b>	<b>14</b>
4.1	Le programme régional de gestion du risque	14
4.2	Le Programme Régional de Télémédecine (PRT)	15
4.3	Les parcours de santé ciblés en Bourgogne	15
<b>5</b>	<b>Evaluer les attentes et la satisfaction des usagers sur la qualité des soins qui leur sera rendue</b>	<b>17</b>
5.1	La mesure de la satisfaction des usagers	17
5.2	La mise en œuvre du plan « Bientraitance »	18
5.3	Les différents bilans élaborés au sein de l'ARS	18
<b>6</b>	<b>Gouvernance du programme régional qualité et sécurité des soins en Bourgogne</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Conclusion : La mise en œuvre du programme qualité et sécurité des soins en Bourgogne</b>	<b>19</b>



## 1 Eléments introductifs

### 1.1 Définitions

L'organisation mondiale de la santé définit **la qualité** comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité se mesure à l'aide d'indicateurs de structures et de processus et aussi à travers d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers. Les améliorations doivent porter d'une part sur la qualité des soins fournis par les professionnels de santé, d'autre part, sur la qualité du soin à travers le système entier, et sur les parcours transversaux de santé.

**La sécurité des soins** est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades, notion de risque iatrogénique défini ci-dessus. La sécurité est une dimension qui met l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la diminution des dommages liés aux processus de soins, pour les patients. Les grands domaines mesurés au niveau national sont les infections nosocomiales (activités de lutte contre les infections nosocomiales, consommation de solution hydroalcoolique, bon usage des antibiotiques, infections du site opératoire) et les événements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, erreurs médicamenteuses...).

### 1.2 Axes stratégiques

Le plan stratégique régional de santé « PSRS » 2011 / 2016 annonce la qualité et sécurité des soins comme une exigence à renforcer en Bourgogne. Les différents leviers d'actions sont de densifier l'appui aux professionnels, d'accompagner les établissements sanitaires dans les démarches de certification et les ESMS dans les évaluations internes et externes, d'évaluer le service médical rendu, d'analyser la pertinence des soins et d'évaluer les attentes et la satisfaction des usagers sur la qualité des soins qui leur sera rendue.

Les enjeux du programme régional qualité et sécurité des soins, sont d'améliorer la qualité des parcours transversaux de prise en charge des personnes, notamment dans les 7 parcours de santé ciblés en Bourgogne : adolescents et jeunes adultes, personnes atteintes de cancer ou de maladies cardio-vasculaires, personnes âgées, personnes présentant une maladie neurologique, personnes en situation de handicap physique et personnes en situation de précarité.

L'objectif du programme régional qualité et sécurité des soins vise, à partir du point de situation en Bourgogne, à définir d'une part des actions d'accompagnement des professionnels de santé et des structures sanitaires et médico-sociales dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et d'autre part à améliorer les parcours de santé des usagers tant dans l'accès, la prise en charge et la coordination des soins qui leur sont offerts.

## 2 Le point de situation en Bourgogne

L'Agence Régionale de Santé de Bourgogne est engagée sur de multiples accompagnements qualité, sécurité et vigilance, à des degrés différents, et dispose d'un certain nombre d'indicateurs de suivi régionaux. Les démarches de certification des établissements de santé liées au développement des indicateurs de la qualité, les évaluations internes et externes des établissements médico-sociaux et les évaluations des pratiques

professionnelles dans le développement professionnel continu des professionnels de santé, notamment libéraux, sont autant de mesures, issues des démarches nationales obligatoires (direction générale de la santé « DGOS » et haute autorité de santé « HAS »), qui permettent de suivre au niveau régional de nombreux indicateurs de qualité et de sécurité des soins. D'autres indicateurs proviennent d'actions menées localement. Les actions fixées par le programme régional qualité et sécurité des soins se basent sur les résultats de ces actions et l'analyse des indicateurs existants, annoncés également dans le PSRS 2011/2016.

## 2.1 Les résultats des certifications Haute Autorité de Santé « HAS »

---

En septembre 2011, les 95 établissements de santé de Bourgogne ont passé la certification version 2007. Pour 79 de ces établissements, la certification a été prononcée sans réserve, mais 41 d'entre eux ont obtenu ces résultats après des mesures de suivi (rapport ou seconde visite des experts visiteurs).

Les critères qui font l'objet de nombreuses réserves concernent principalement le circuit du médicament, notamment la prescription et l'administration, le programme de prévention et de gestion des risques dont le risque infectieux, la continuité des soins 24h sur 24h ainsi que la coordination entre les différents secteurs d'activité interventionnelle. L'actualisation du dossier du patient et le projet thérapeutique du patient ou le projet de vie en unité de soins de longue durée sont d'autres thématiques ciblées dans les réserves.

Sur les 9 établissements de Bourgogne ayant reçu les résultats de la version V2010, 1 établissement est certifié, 2 le sont avec des recommandations, 2 avec des réserves et 4 sont en attente de décision. Les principales réserves portent sur la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse, la gestion du dossier patient, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles « EPP » liées aux indicateurs de pratique clinique, la prise en charge de la douleur et la pertinence des soins.

## 2.2 Les tableaux de bord « indicateurs de qualité » HAS

---

Les indicateurs du champ MCO sont la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë, le dossier d'anesthésie, le dossier du patient, la réunion de concertation pluridisciplinaire. Dans les champs du SSR, de l'HAD et de la psychiatrie, seul le dossier patient est évalué en 2010.

Le taux de participation des établissements de santé est 86.4 % pour la région Bourgogne, contre 95% au niveau national.

La haute autorité de santé à partir des résultats propres à chaque établissement établit des moyennes régionales et nationales. Sur la campagne 2009, concernant le MCO, les résultats régionaux sont inférieurs à la moyenne nationale.

## 2.3 Les tableaux de bord de lutte contre les infections nosocomiales

---

Le tableau de bord annuel des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales comporte quatre indicateurs composites (à ce jour, seules les données 2009 sont publiées) :

2.3.1 **ICALIN** : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans la Lutte contre les Infections Nosocomiales, au travers de l'organisation, des moyens, des activités qu'il met en place. C'est le plus ancien des indicateurs, il existe depuis six ans et a donc connu la plus importante progression puisqu'en 2009, le nombre d'établissements en classes A ou B est de 87% versus 92% au niveau national.

2.3.2 **ICSHA** : Indicateur de Consommation des Solutions hydro-alcooliques. Une augmentation d'un facteur 2.5 a été observée en 2009. Ces chiffres restent toutefois inférieurs à ceux obtenus au niveau national.

2.3.3 **ICATB** : Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques. Une nette amélioration a été observée entre 2008 et 2009 avec désormais 1/3 des établissements classés en A, 1/3 en B et 1/3 en C. Il reste toutefois une marge de progression encore importante pour atteindre la moyenne nationale : 80% des établissements sanitaires sont en classe A ou B.

2.3.4 **SURVISO** : Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire. En 2009, deux établissements bourguignons n'organisent pas cette surveillance sur un total de 14 dans la même



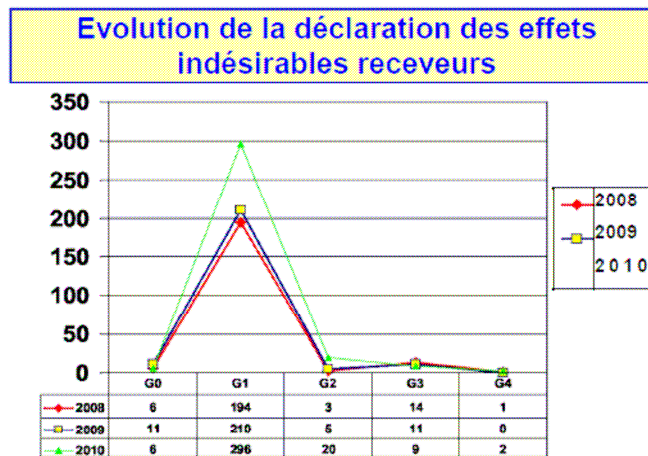
situation au plan national. Tous les autres établissements concernés, soit 29 ont satisfait à cette obligation.

## 2.4 L'activité d'hémovigilance

### 2.4.1 La déclaration des événements indésirables receveurs

Il s'agit de toute manifestation clinique et (ou) biologique, apparemment anormale, observée au cours ou au décours d'une transfusion. Ces effets indésirables receveurs de gravité différente sont classés selon quatre grades. Du grade 1 (manifestation modérée, sans conséquence ultérieure) au grade 4 (décès du patient). Les déclarations sont obligatoires mais il persiste une non exhaustivité des déclarations transmises dues soit à des réticences ou des banalisations des signes observés et jugés insignifiants alors qu'ils peuvent entraîner dès ce stade des précautions transfusionnelles pour éviter une récurrence, souvent plus grave, lors de nouvelles transfusions.

La région Bourgogne se caractérise par un accroissement régulier du nombre de déclarations.



### 2.4.2 Les effets indésirables graves donneurs

L'ARS de Bourgogne a reçu 75 déclarations pour l'année 2010. Il est important de séparer les données :

- associées au prélèvement de sang total avec 47 « effets indésirables graves donneurs » pour 73610 prélèvements, soit un « effet indésirable grave donneur » pour 1566 prélèvements
- associées aux aphérèses (plaquettes et plasma) avec 28 « effets indésirables graves donneurs » soit un « effet indésirable grave donneur » pour 851 prélèvements

Ces données doivent faire l'objet d'une analyse pour proposer des améliorations des pratiques.

### 2.4.3 Les Incidents Graves de la Chaîne Transfusionnelle

En 2010, 19 déclarations d'incidents graves de la chaîne transfusionnelle dont 6 au niveau de la délivrance (établissement français du sang ou dépôt de produit sanguin labile d'un établissement de santé) et 13 dans les établissements transfuseurs ont été transmises à l'ARS de Bourgogne.

## 2.5 Les contrats de bon usage du médicament

En Bourgogne, les contrats de bon usage ont été prorogés d'un an en 2010. Ce sont désormais 38 établissements de santé qui sont concernés.

Les contrats de bon usage du médicament déclinent des objectifs assortis d'indicateurs portant sur :

- 2.5.1 Le développement de l'informatisation du circuit du médicament depuis la prescription, l'analyse pharmaceutique par la pharmacie, ainsi que le déploiement de modalités de dispensation plus sécurisées.
- 2.5.2 La centralisation de la préparation des chimiothérapies injectables dans une unité de reconstitution sous responsabilité du pharmacien.
- 2.5.3 Le développement des systèmes d'assurance de qualité du circuit des produits de santé, reposant sur le respect de règles de traçabilité, de réalisation d'audits, d'activité de la commission des produits de santé.
- 2.5.4 Enfin, plus des trois quart des établissements signataires d'un contrat de bon usage réalisent des réunions de Commission du Médicament et des Dispositifs Médico-Stériles conformes aux recommandations, actualisent périodiquement leur livret du médicament et émettent des avis de bon usage. Ils ne sont par contre que seize à évaluer les avis de bon usage.
- 2.5.5 Le développement des pratiques pluridisciplinaires, en particulier dans le champ de la cancérologie.  
Tous les établissements de Bourgogne adhèrent au réseau régional de cancérologie, OncoBourgogne, à l'exception d'un établissement qui relève d'un réseau auvergnat.  
La pratique des réunions de concertation pluridisciplinaire est de 94% en juin 2009. Cependant ces chiffres sont à comparer à la mesure de l'indicateur national selon la Haute Autorité en Santé / Institut National du cancer à réaliser sur la base d'une enquête de dossiers.  
Le recours aux centres de référence ou de compétences est respecté par tous les établissements en Bourgogne, pour la prise en charge de patients atteints d'une maladie orpheline.

## 2.6 Le bilan du plan régional d'élimination des déchets d'activité de soins

Le plan régional d'élimination des déchets d'activités des soins de la région Bourgogne, signé par le Préfet de région en janvier 2004, déterminait pour la période 2004-2014 les objectifs prioritaires suivants :

- La coordination des actions entreprises par les pouvoirs publics et les sociétés privées pour assurer la collecte et l'élimination des déchets.
- L'inventaire des déchets à éliminer (origines, types, quantités)
- L'analyse de l'adéquation entre les capacités de traitement et les besoins d'élimination des déchets.
- L'identification des besoins en création d'installations de traitements.
- Les dispositions à prendre pour prévenir l'augmentation de la production de déchets.

Le plan régional d'élimination des déchets d'activités des soins concerne 473 établissements de santé et cabinets de ville et 435 structures médico-sociales. Son bilan intermédiaire, dressé en 2010 au moyen d'une enquête déclarative, montre des comportements généralement satisfaisants en termes d'affichage et formation du personnel sur les consignes de tri des déchets et d'utilisation de bordereaux de suivi des déchets conformes à la réglementation.

Cependant, des inspections conjointes menées en 2009-2010 par la direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement et l'agence régionale de santé montrent des conditions de transport et de traçabilité des déchets améliorables pour certains prestataires de collectes. Elles mettent également en lumière les marges de progrès nécessaires en termes de lieux de stockage des déchets pour éviter les contaminations croisées.

## 2.7 Les évaluations internes et externes des structures médico-sociales

La loi HPST du 21 juillet 2009 avec le décret du 3 novembre 2010, fixe le rythme des évaluations obligatoires pour les établissements médicaux sociaux. Ceux-ci doivent procéder à des évaluations de leur activité et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de recommandations de bonnes



pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicaux-sociaux (ANESM).

En Bourgogne, d'ici 2017, 584 établissements doivent, dans le cadre de leur renouvellement d'autorisation, procéder à deux évaluations, une interne et une externe. A ce jour 64 structures ont effectué une évaluation interne et 7 d'entre elles se sont fait évaluer par un prestataire externe.

Ce point de situation en Bourgogne met en exergue les deux axes forts sur lesquels l'ARS doit cibler les actions de son programme régional qualité et sécurité des soins : la consolidation des dynamiques des établissements et institutionnelles et l'organisation d'une coordination entre toutes ces dynamiques dans un souci de performance des parcours de soins pour les usagers du système de santé en Bourgogne.

### 3 Accompagner les professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Consolider les dynamiques individuelles et institutionnelles consiste dans un premier temps à poursuivre les actions développées en Bourgogne, qui répondent à un réel besoin des acteurs de la santé. Dans un second temps, la mise en place de nouvelles organisations et outils impulseront une dynamique là où elle n'existe pas encore. Enfin, relier l'ensemble de ces actions entre elles, et mettre en concordance les résultats disséminés de chacun des indicateurs de suivi permettra de dégager les thématiques prioritaires sur lesquelles la Bourgogne devra travailler de façon globale, et de pointer les difficultés à améliorer localement et ou individuellement.

#### 3.1 Le groupe régional de coordination des vigilances et de gestion des risques

Le groupe régional de coordination des vigilances et de gestion des risques existait depuis 2003. Il a fait l'objet d'une charte de fonctionnement. Ce groupe régional comprend des professionnels des établissements de santé publics et privés. Sa mission consiste à mettre un ensemble d'outils à disposition des établissements de santé pour développer une politique de gestion des risques liés aux soins. L'action première repose sur le suivi d'indicateurs régionaux des vigilances et de la gestion des risques rassemblés dans un tableau de bord. Ce tableau de bord permet aux établissements volontaires de mettre en œuvre des actions nécessaires à l'amélioration de l'organisation et de l'efficacité des vigilances. Ce tableau facilite également la coordination des vigilances et de la gestion des risques. Les établissements peuvent suivre leur progression dans ces domaines et se comparer à ceux de même catégorie de la région. L'autre action concerne l'organisation de programmes d'audits qualité croisés entre établissements. Il permet aux professionnels d'améliorer les procédures liées au programme de la gestion des risques sur des thèmes choisis par le groupe d'auditeurs en fonction des besoins issus, en grande partie, des pré-requis de la certification par la haute autorité de santé. Cinq thèmes ont été développés depuis 2007 : la sécurisation du circuit du médicament, la communication du dossier patient, la gestion des déchets d'activités de soins, la gestion des plaintes et des réclamations des usagers, les précautions à prendre pour les patients porteurs de bactéries multi résistantes. Ces audits croisés réunissent une vingtaine d'établissements volontaires. Chaque année, davantage d'établissements souhaitent intégrer cette démarche, préparatoire à la certification par la haute autorité de santé. En 2010, le programme a permis de réaliser 21 audits dans 19 établissements participants grâce à 23 auditeurs formés mis à disposition par ces mêmes établissements.

### 3.1.1 Programmes d'actions :

3.1.1.1 *Le programme développé d'audits croisés entre établissement permet aux professionnels d'améliorer les pratiques sur les thèmes du circuit du médicament, la communication du dossier patient, la gestion des DASRI, l'hygiène (prise en charge du patient infecté) et la gestion des plaintes ainsi que deux thèmes supplémentaires : Identitovigilance et sécurité transfusionnelle.*

3.1.1.2 *L'incitation les établissements de santé à se mutualiser de manière à pouvoir assurer, l'organisation, la planification des audits croisés, la formation et la constitution des équipes d'auditeurs*

3.1.1.3 *La réalisation d'un annuaire régional des responsables d'établissements en vigilances et gestion du risque est prévue.*

3.1.1.4 *L'organisation d'une journée régionale annuelle des vigilances, d'hémovigilance.*

3.1.1.5 *La création d'un espace dédié sur le site internet de l'agence régionale de santé.*

3.1.1.6 *L'édition et la diffusion de trois bulletins d'informations régionaux : VigiBourgogne, hémovigilance et pharmacovigilance du centre régional de pharmacovigilance*

3.1.1.7 *Le renforcement des équipes d'hygiène hospitalière, dans la mesure des crédits régionaux disponibles*

3.1.1.8 *L'élaboration, dès la diffusion du cadre national, du plan régional de maîtrise des épidémies*

3.1.1.9 *L'accompagnement des établissements de santé dans la conception et le déploiement de leur plan interne de maîtrise des épidémies en proposant un cadre méthodologique.*

### 3.2 Le groupe régional qualiBourgogne

Le groupe régional qualiBourgogne, constitué d'experts visiteurs de la HAS et de responsables qualité exerçant en Bourgogne a été créé à l'issue de la réunion régionale qualité organisée en octobre 2010 par l'ARS avec la participation de la Haute autorité de santé. Les missions de ce groupe ont été définies à partir des attentes des établissements de santé en termes d'accompagnement dans les démarches de certification HAS. Le besoin de partages d'expériences et d'outils est une demande forte des professionnels. Des rencontres régionales mais aussi à l'échelon du territoire de santé sont attendues pour rassurer, stimuler, valoriser et faire évoluer les démarches mises en œuvre individuellement au sein de chaque institution. La réponse à ces attentes va produire une entraide entre les professionnels et assurer un niveau de qualité plus ou moins équivalent entre les structures

#### 3.2.1 Programmes d'actions :

3.2.1.1 *L'utilisation du site Internet de l'ARS pour diffusion de différents outils, supports, procédures..., créés par des professionnels de la région, ainsi que des informations nationales et régionales*

3.2.1.2 *L'organisation de réunions régionales et départementales de partage d'informations et d'expériences sur la certification HAS, destinée aux professionnels des établissements de santé. La première réunion programmée au 1er trimestre 2012 a pour thème général « les attendus de l'Auto Evaluation de la V2010 ». Cette journée sera découpée en 3 séquences, la politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles, le guide des Pratiques Exigibles Prioritaires et la prise en compte des Indicateurs dans la certification. Chacune des thématiques sera illustrée de cas concrets présentés par des acteurs de Bourgogne. Les thématiques seront définies chaque année en fonction des l'évolution des exigences nationales et des attentes des professionnels*



3.2.1.3 Implication de l'ARS dans la préparation des autoévaluations à la demande des établissements.

### 3.3 Le suivi individualisé des établissements de santé

---

Le suivi individualisé des établissements de santé faisant l'objet d'un sursis à la décision dans les certifications V2010. Depuis les premiers résultats de certification de la V2010, plusieurs établissements font l'objet d'un sursis de décision, qui peut, sans amélioration rapide de la part de l'établissement sur les réserves posées, se transformer en décision de non certification. L'ARS a décidé de suivre individuellement ces établissements, pour lesquels un plan d'accompagnement rédigé consensuellement est suivi régulièrement jusqu'à la seconde visite des experts visiteurs.

#### 3.3.1 Programme d'actions :

3.3.1.1 L'accompagnement de chaque établissement concerné au fur et à mesure des résultats de certification de la V2010

3.3.1.2 L'évaluation annuelle de l'impact de cet accompagnement, au niveau des résultats des certifications et sur l'intérêt ressenti des établissements.

### 3.4 La prévention des infections associées aux soins

---

Deux opérations ont été menées dans le secteur ambulatoire : l'une sur la maîtrise du risque infectieux en cabinet dentaire, l'autre sur le risque infectieux en cabinets d'ophtalmologie. Des plaquettes d'information ont été élaborées et diffusées en action de prévention.

Une diffusion de recommandations, affichettes et procédures en cas d'épidémies est mise à disposition des établissements, via le site internet de l'agence régionale de santé.

#### 3.4.1 Programmes d'actions :

3.4.1.1 La poursuite des créations de postes d'infirmières hygiénistes afin de faire progresser les établissements pour personnes âgées, dans la mesure des crédits régionaux disponibles

3.4.1.2 L'élaboration d'un plan de lutte contre les épidémies, déclinée selon un programme pluriannuel, pour tous les établissements médico-sociaux

3.4.1.3 La mise en œuvre d'actions visant à renforcer l'hygiène dans les cabinets en ciblant des professions et des domaines prioritaires définies d'ici fin 2011, avec la fédération des unions régionales des professionnels de santé. Ces actions feront l'objet de contractualisation en 2012 entre chaque union régionale des professionnels de santé concernée et l'agence régionale de santé et pourront reposer sur l'appel à des prestataires extérieurs.

3.4.1.4 La mise en place de plusieurs actions de formations par l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales, à l'attention des médecins coordonateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au bon usage des antibiotiques et formation de personnels à l'hygiène.

3.4.1.5 Le recueil des indicateurs du tableau de bord des activités de lutte contre les infections liées aux soins dans chacun des 95 établissements de santé bourguignons

3.4.1.6 La constitution d'une base de données régionale de ces indicateurs (fiabilisée par un contrôle des déclarations des établissements et un contrôle annuel sur sites pour 10% d'entre eux avec la collaboration d'infirmiers de santé publique

3.4.1.7 L'élaboration et la diffusion d'une synthèse régionale annuelle des indicateurs des établissements de santé

3.4.1.8 L'établissement et la mise en œuvre en partenariat avec l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales de formations médicales et paramédicales et d'un dispositif d'aide personnalisée sur site

3.4.1.9 L'incorporation d'objectifs ciblés dans les avenants aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements selon les résultats obtenus par l'établissement

3.4.1.10 La mutualisation infra-départementale des équipes opérationnelles d'hygiène

### 3.5 Le suivi des indicateurs QUALHAS et des résultats certification

---

Chaque année le ministère de la santé publie les résultats des indicateurs de qualité obligatoires. Au fil des années, de nouveaux indicateurs sont imposés aux établissements, les plus récents concernent davantage les pratiques médicales (prise en charge de l'infarctus du myocarde). En 2010, huit établissements se sont portés volontaires pour tester de nouveaux indicateurs : « la filière de parcours de soins pour : l'obésité, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance rénale chronique, le cancer du sein et le syndrome coronarien aigu, « l'organisation des établissements : les plaintes/réclamations des patients, le climat organisationnel et le temps de passage aux urgences », en janvier 2011 d'autres établissements se sont engagés dans l'expérimentation des indicateurs « la qualité de vie au travail » et « la sécurité du patient ». Ces indicateurs, comme le résultat des certifications HAS, sont encore peu exploités par l'agence régionale de santé, ce en quoi un progrès est attendu.

### 3.5.1 Programme d'actions :

3.5.1.1 L'incitation des établissements à s'engager dans les nouveaux indicateurs de qualité (expérimentation, suivi des « non répondants »)

3.5.1.2 La création d'une fiche d'identité qualité par établissement présentant l'ensemble des résultats QUALHAS et certification HAS

3.5.1.3 Le niveau de la qualité de chaque structure sanitaire ou médico-sociale sera pris en compte dans les prochains CPOM, via la fiche d'identité qualité de l'établissement. Annuellement dans les revues de contrat, chaque indicateur sera suivi, permettant d'atteindre une certaine équité dans la qualité des soins offertes aux usagers, quelles que soient les structures.

3.5.1.4 La création de tableaux de bord permettant d'identifier les points faibles régionaux, sur lesquels des actions seront à mener

3.5.1.5 Le suivi annuel de la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par l'Article L6161-2 du code de la santé publique

## 3.6 L'hémovigilance

---

En 2010 un enseignement a été dispensé dans trois instituts de formation en soins infirmiers, et dans les 7 autres en 2011. Pour les prochaines années, l'efficacité et le développement de l'hémovigilance passe obligatoirement par la formation des personnels.

### 3.6.1 Programme d'actions :

3.6.1.1 La poursuite de l'enseignement dans les instituts de formation en soins infirmiers

3.6.1.2 La présence de l'ARS dans les comités de sécurité transfusionnelle pour entendre, écouter et répondre aux questions posées par les acteurs de la transfusion.

3.6.1.3 La diffusion du bulletin régional d'hémovigilance, moyen de contact et de formation pour tous les professionnels de santé, facilement accessible par tous notamment les médecins

3.6.1.4 L'amélioration de la déclaration des incidents de la chaîne transfusionnelle.

## 3.7 Le circuit du médicament

---

Le nouveau contrat de bon usage du médicament déployé en 2011, intègre les changements réglementaires de la loi HPST et ceux de la version 2010 de la certification HAS ;

Dès 2007, une dynamique régionale a été engagée sur la sécurisation du circuit des médicaments par les pharmaciens inspecteurs. Le but était de coordonner les divers professionnels intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'améliorer les pratiques, et réduire les risques iatrogènes. Une enquête déclarative auprès des 341 établissements bourguignons a été menée en 2007. A l'issue de cette enquête, des formations ont été conduites par les pharmaciens inspecteurs dans les quatre départements, à l'attention des personnels et directions des établissements. A cette occasion, une fiche de recommandations de bonnes pratiques a été élaborée et diffusée.

### 3.7.1 Programme d'actions :

3.7.1.1 Le suivi des neuf indicateurs, particulièrement ciblés dans les contrats de bon usage du médicament de Bourgogne, dans le cadre du suivi des CPOM :

- formalisation, sur la proposition de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale, d'une politique de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux.



- mise en place d'actions d'amélioration suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs médicamenteuses avec rétro-information des professionnels.
- formalisation des règles et validation des supports de prescription avec mise en place pour l'ensemble des prescripteurs.
- développement de l'analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient MCO et
- développement de l'analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient est non MCO)
- procédures des règles d'administration des médicaments définies et traçabilité de l'acte assurée sur le support de prescription.
- traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables
- actions visant le bon usage des médicaments mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, ...)
- prescription complète de la thérapeutique médicamenteuse dans le système d'informatisation en secteurs MCO et non MCO.

3.7.1.2 Le suivi des cas déclarés au centre de pharmacovigilance

3.7.1.3 La concordance à instituer pour chaque établissement entre les résultats des certifications HAS, le suivi annuel du CBUM et les déclarations de pharmacovigilance

3.7.1.4 La programmation un calendrier de visite sur site sur la période du contrat

3.7.1.5 La poursuite des actions d'information et de surveillance auprès des structures médico-sociales

### 3.8 L'environnement

---

L'action principale concernant l'Environnement menée par l'ARS, touche l'élimination des déchets d'activité de soins. Cette action est totalement transversale puisqu'elle peut s'adresser aux secteurs libéral, ambulatoire, sanitaire et médicosocial.

Des actions d'information sur la prévention de la légionellose ont été organisées en 2008-2009 par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales pour les responsables des établissements de santé. Des carnets sanitaires de suivi des installations d'eau chaude ont été diffusés sur l'ensemble de la région. En collaboration avec la direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement dans le cadre du plan régional santé environnement un inventaire et une cartographie des tours aéro-réfrigérantes ont été finalisés en 2009 sur le territoire bourguignon afin de localiser les sources de risque potentiel. La plupart des établissements sanitaires et médico-sociaux sont sites d'implantation d'une tour aéro-réfrigérante.

3.8.1 Programme d'actions :

3.8.1.1 La poursuite de la sensibilisation des établissements à l'élimination des déchets de soins selon les règles en cours

3.8.1.2 La rédaction d'une synthèse annuelle des résultats des contrôles avec retour d'informations concernant les anomalies constatées dans la chaîne de collecte et d'élimination des déchets

3.8.1.3 Le lancement d'une enquête auprès des établissements et services pour personnes âgées afin de vérifier l'existence et la conformité des conventions passées avec les prestataires chargés de l'élimination des déchets d'activité des soins

3.8.1.4 La campagne d'informations sur les conditions et durées de stockage des déchets en attente de collecte sera menée par l'agence régionale de santé

3.8.1.5 La définition des modalités régionales pratiques d'application de la circulaire ministérielle du 21 décembre 2010 selon un calendrier d'actions pluriannuelles sur la prévention de la légionellose

3.8.1.6 La diffusion d'une liste actualisée de prestataires de collecte à l'attention des professionnels via le site internet de l'agence régionale de santé

3.8.1.7 L'information sur la réglementation de la gestion des déchets de soins, dès la constitution des dossiers des maisons de santé pluridisciplinaire.

### 3.9 Le suivi des structures médico-sociales dans leurs démarches d'évaluations

---

Le recensement des évaluations réalisées par les établissements est en cours d'organisation au sein de l'agence régionale de santé ; La nature des champs explorés est intégrée au recensement, nous pourrions vérifier s'ils s'inscrivent bien dans les orientations des politiques nationales et/ou régionales comme par exemple : la bientraitance, la prise en charge de la douleur, le dépistage de la dépression, le projet d'établissement, le projet de vie, les soins palliatifs, les préventions de la dénutrition, des escarres et des chutes. Les évaluations doivent être suivies de plans d'actions d'amélioration.

#### 3.9.1 Programme d'actions :

3.9.1.1 L'installation d'un suivi régulier quantitatif et qualitatif des évaluations menées par les établissements

3.9.1.2 La diffusion régulière de bonnes pratiques professionnelles, notamment via le programme « mobiquial »

3.9.1.3 La création et l'animation d'un réseau de professionnels, destiné à partager les ressources et les expériences

### 3.10 L'accompagnement des professionnels dans la création et la mise en œuvre de protocoles de coopérations entre professionnels de santé selon l'article 51 de la loi HPST

---

Le dispositif de délégation d'actes entre professionnels de santé, instauré par la loi HPST, peut permettre des réponses mieux adaptées aux besoins de santé de la population au regard des répartitions actuelles de la démographie médicale et des structures de soins en Bourgogne. On entend par « réponse mieux adaptée », une proximité et une rapidité des prises en charge. Les délégations d'actes peuvent être réalisées entre tous les professionnels de santé, quels que soient leurs modes et lieux d'exercice (libéral, public, privé, sanitaire, médicosocial ...). L'agence régionale de santé arrête les autorisations d'actes délégués, après avis favorable de la haute autorité de santé. Le haut niveau d'exigences imposé par la validation HAS, rend très complexe la rédaction d'un projet de protocole par les professionnels. A ce jour, 3 projets sont en cours d'instruction en Bourgogne : « le dépistage ambulatoire de la rétinopathie diabétique » a obtenu l'avis favorable de la HAS, « le prélèvement de cornée par une infirmière de coordination des greffes » instruit par l'ARS et en cours de lecture par la HAS, et « la prise en charge des plaies et brûlures par des infirmiers en maison de santé » en cours de finalisation par le promoteur.

### 3.10.1 Programme d'actions :

- 3.10.1.1 L'information et l'incitation des professionnels à ce nouveau dispositif : organisation d'une journée régionale en partenariat avec la DGOS et la HAS
- 3.10.1.2 L'accompagnement des professionnels dans la préparation des dossiers
- 3.10.1.3 La diffusion des protocoles autorisés
- 3.10.1.4 Le suivi des protocoles autorisés et l'adhésion des professionnels
- 3.10.1.5 L'élaboration de tableaux de bord régionaux : nombre de protocoles et évaluation des protocoles, catégories de professionnels de santé, lieux et zones d'implantation

L'accompagnement des professionnels et des structures dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, est une mission déjà opérationnelle et dynamique au sein de l'ARS de Bourgogne, elle sera poursuivie et intensifiée dans les 5 prochaines années.

Néanmoins, il y a nécessité d'harmoniser l'ensemble des différentes actions, par l'élaboration de tableaux de bord régionaux sur la base d'indicateurs existants, pour une définition d'objectifs précis d'amélioration. Des cibles sont déjà pointées, à la lumière du point de situation et des diagnostics élaborés dans le cadre du PSRS, elles portent notamment sur le circuit du médicament et la coordination des soins entre les professionnels de santé et les structures de soins.

## 4 Améliorer les parcours de santé des usagers, dans l'accès, la prise en charge et la coordination des soins :

Au programme régional qualité et gestion des risques, il est essentiel, de rapprocher les différents programmes relatifs à l'organisation de l'offre de santé (accès, prises en charges coordonnées...) définis en Bourgogne. Chacun de ces programmes répond à des objectifs de qualité et de sécurité des soins, qui, dans un souci de cohérence et de lisibilité, doivent intégrer le programme régional de qualité et de sécurité des soins.

### 4.1 Le programme régional de gestion du risque

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 en lien avec son article L1434-14, l'ARS de Bourgogne a élaboré avec les organismes d'assurance maladie un Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque (PPRGDR) . Ce programme a pour objectif d'améliorer la réponse du système de soins aux besoins de santé et d'inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, à conduire les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins. Les objectifs communs de l'ensemble de ces actions sont d'améliorer la santé des populations couvertes et de faire croître l'efficacité du système de santé. Le programme intègre les priorités nationales et régionales (définies à partir d'une analyse précise des activités du champ ambulatoire, des établissements sanitaires et médico-sociaux) qu'il décline en plan d'actions.

Ainsi 10 priorités ont été retenues sur les thématiques suivantes:

- Les transports
- L'insuffisance rénale chronique terminale
- La prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus
- Les prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- L'efficacité de la prescription dans les EHPAD
- La permanence des soins ambulatoire et hospitalière
- Les soins de suite et de réadaptation



## 4.2 Le Programme Régional de Télémedecine (PRT)

Le programme régional de télémedecine, inclus dans le Projet Régional de Santé (PRS), décline les orientations stratégiques de l'ARS, en appui de la politique d'organisation des soins de la région. Le PRT contribue à :

- Organiser l'offre de santé de proximité dont les soins de 1er recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social
- Soutenir l'autonomie des personnes en situation de handicap et/ou des personnes âgées
- Organiser et coordonner la prise en charge des maladies chroniques et des polyopathologies constituant des causes importantes de mortalité prématurée et de morbidité
- Développer dès l'enfance les capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé.

Le PRT est également une réponse aux besoins de cadrage organisationnel, financier, qualitatif, technique et juridique apparaissant progressivement pour les professionnels de santé (recours à la télé-radiologie, recours à des avis spécialisés à distance...).

Parallèlement le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) va aider à améliorer la coordination des soins grâce à une meilleure circulation de l'information médicale entre les professionnels de santé de l'hôpital et de la ville

## 4.3 Les parcours de santé ciblés en Bourgogne

Les parcours de santé ciblés en Bourgogne posent également des axes d'amélioration, structurels et organisationnels. Pour chacun des parcours, au moins une action, répondant à la priorité de coordination des prises en charge, est inscrite dans le programme régional qualité et sécurité des soins, afin de coordonner un suivi régulier des actions mises en œuvre dans ce domaine et de leur impact, au niveau de l'agence régionale de santé.

### 4.3.1 Parcours de santé des adolescents et jeunes adultes

4.3.1.1 « Développer le système de convention et de protocoles entre les maisons des adolescents, les professionnels de santé et les établissements de santé »

Actions :

- Inciter les professionnels de santé à rédiger des conventions et protocoles
- Suivre le nombre de conventions et protocoles

4.3.1.2 « Rendre les enfants acteurs de la démarche de prévention (jeux interactifs, jeu de rôle, ...) »

Actions :

- Accompagner la diffusion d'information prévention, éducation pour la santé auprès des professionnels de santé et du public des adolescents et des jeunes adultes via des réunions régionales d'information, des bulletins d'information, le portail Web régional...

### 4.3.2 Parcours de santé des personnes atteintes de cancer

4.3.2.1 « Développer la télé-radiologie afin de permettre aux radiologues des sites pivots d'assurer le dépistage dans les zones rurales »

Actions :

- Assurer le fonctionnement des équipements lourds installés sur les sites de proximité via la télé radiologie et mettre en place la télé expertise.
- Suivre le nombre d'exams scanographiques ou IRM en carcinologie pour lesquels une télé expertise a été réalisée

4.3.2.2 « Dans l'attente du dossier médical, mettre en place un carnet de bord partagé qui retrace les étapes de la prise en charge du cancer du patient, tout au long de son parcours de santé, notamment via des dispositifs innovant de télémédecine »

Action : Inciter le réseau onco Bourgogne à travailler à l'élaboration d'un carnet de bord partagé

4.3.2.3 « Inciter les établissements autorisés à traiter le cancer à passer des conventions avec les ESMS par la mise en place de protocoles »

Action : Accompagner et suivre la mise en place des conventions et des protocoles avec les ESMS

#### 4.3.3 Parcours de santé des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires,

4.3.3.1 « Télémédecine : équiper les urgences de postes de télémédecine pour améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux »

Action : Suivre le nombre de mallettes d'urgence équipant les services d'urgences de la région.

4.3.3.2 « Développer les dispositifs de télémédecine, par exemple les dispositifs de MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle), ou les dispositifs de contrôle à distance des « pacemakers » (qui demandent à être structurés et développés) après prise en charge dans un service de cardiologie »

Actions :

- Suivre le nombre annuel de patients surveillés à distance par MAPA
- Suivre le nombre annuel de patients ayant bénéficié d'un contrôle de pacemaker à distance

#### 4.3.4 Parcours de santé des personnes âgées,

4.3.4.1 « Développer la mise en place d'outils de transmission d'information des établissements de santé vers les établissements médico-sociaux, l' HAD et les SSIAD »

Action : Suivre et comptabiliser la mise en place des systèmes d'information dans les ESMS, HAD et SSIAD

#### 4.3.5 Parcours de santé des personnes présentant une maladie neurologique,

4.3.5.1 « Intégrer la formation des urgentistes à la télé fibrinolyse dans le DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) de médecine d'urgence »

Action : Recenser le nombre d'urgentistes assistés à la pratique de la fibrinolyse via la télémédecine (réseau REBON)

4.3.5.2 « Développer la collaboration précoce des praticiens de MPR des SSR avec mention « neuro » et des neurologues, dans le cadre d'une anticipation de la sortie de soins des patients et pour favoriser leur orientation dans la structure de SSR la plus adaptée à leur besoin »

Action :

- Soutenir et s'assurer de l'adhésion des établissements de santé MCO et SSR à la mise en place d'un outil informatique visant à fluidifier le parcours patient entre des établissements MCO et SSR
- Suivre le nombre d'établissements de santé utilisant l'outil trajectoire



#### 4.3.6 Parcours de santé des Personnes en situation de handicap physique

4.3.6.1 « Incrire dans les CPOM des plans d'actions, reprenant notamment des actions de formation conjointes aux professionnels des établissements psychiatriques et des établissements médico-sociaux, »

Actions :

- Pointer les critères de la HAS relatifs à la continuité et à la coordination des prises en charge dans les établissements psychiatriques et les inscrire dans les CPOM des établissements
- Suivre les indicateurs lors de la revue annuelle des CPOM

#### 4.3.7 Parcours de santé des personnes en situation de précarité

4.3.7.1 « Optimiser le parcours de santé des personnes en situation de précarité »

Actions :

- recenser à un niveau régional l'ensemble des actions menées sur chacun des territoires de santé de la région Bourgogne
- aider à la mutualisation des actions entreprises

## 5 Evaluer les attentes et la satisfaction des usagers sur la qualité des soins qui leur sera rendue

Les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, au-delà des actions visant à améliorer les prises en charge « clinique » et leur coordination, doivent intégrer les notions de respect du droit des usagers et de leur satisfaction. Dans ces domaines des outils sont déjà à la disposition de l'ARS mais là aussi, une synergie est à développer pour les optimiser.

### 5.1 La mesure de la satisfaction des usagers

---

La mesure de satisfaction des usagers constitue un outil essentiel des démarches d'amélioration de la qualité à l'instar des autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins déjà existants. C'est l'un des indicateurs les plus fréquemment utilisés dans les systèmes de performance étrangers ; il permet de connaître l'opinion des patients sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques concourant à la qualité de leur prise en charge globale.

#### 5.1.1 Programme d'actions :

5.1.1.1 Le soutien en région, l'enquête annuelle nationale mise en place en 2010 pour les structures MCO

5.1.1.2 L'utilisation des résultats de l'enquête nationale dans des actions régionales et institutionnelles

5.1.1.3 L'exploitation des bilans des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

### 5.2 La mise en œuvre du plan « Bientraitance »

---

L'enquête annuelle de bientraitance a été menée en 2010, la Bourgogne attend ses résultats qui seront diffusés au niveau national. L'agence régionale de santé a constitué un groupe régional chargé d'élaborer un programme de travail.

#### 5.2.1 Programme d'actions :

5.2.1.1 La mise en œuvre annuelle de l'enquête nationale

5.2.1.2 La rédaction d'une synthèse régionale des résultats et des contrôles annuels

5.2.1.3 L'exploitation des plaintes reçues

5.2.1.4 La définition d'un programme global au niveau régional de manière comparative d'une année sur l'autre

5.2.1.5 La définition d'un programme micro au niveau de chaque structure avec contractualisation dans le cadre des conventions tripartites pour les objectifs qui sont en deçà des valeurs régionales

### 5.3 Les différents bilans élaborés au sein de l'ARS :

---

Les plaintes, réclamations et signalements d'événements indésirables, émanant principalement des usagers font l'objet d'un recensement annuel au sein de l'ARS. Un programme des inspections et contrôles est élaboré chaque année par l'ARS et un rapport annuel de ce programme est rédigé, source d'informations qualitatives des structures visitées.



### 5.3.1 Programme d'actions :

5.3.1.1 La centralisation de l'ensemble des données disponibles au sein de l'ARS

5.3.1.2 La réalisation et l'analyse d'une cartographie des dysfonctionnements (par type de plaintes : hygiène, infections nosocomiales, organisationnel : attentes..., hôtellerie, qualité des soins, respect des droits : intimité, confidentialité, et par type de structures : cabinet libéral, établissement privé, public, médicosocial, maison de santé...)

5.3.1.3 A partir du bilan annuel des dysfonctionnements, un plan d'actions coordonnées est élaboré et mis en œuvre, en lien avec le programme régional d'inspection et de contrôle.

## 6 Gouvernance du programme régional qualité et sécurité des soins en Bourgogne

Afin d'organiser un pilotage régional de ce programme (tant dans sa mise en œuvre son suivi que de son évaluation), il est envisagé la constitution d'une structure ad hoc composée de professionnels concernés par les programmes santé publique, ambulatoire, sanitaire, médico-social et système d'information/télémedecine. Cette structure, interne ou externe à l'ARS est à créer. Sa raison d'être portera sur le choix de tableaux de bord régionaux, basés sur l'ensemble des indicateurs décrits ci-dessus et au regard desquels, des objectifs ciblés régionaux seront définis, mis en œuvre et évalués de manière concertée. Elle devra s'assurer de la mise en place de l'ensemble des plans d'actions mais aussi d'offrir une vision globale et transversale des actions conduites avec leurs résultats.

## 7 Conclusion : La mise en œuvre du programme qualité et sécurité des soins en Bourgogne

La programme régional qualité et sécurité des soins, répertorie un ensemble d'actions visant à accompagner les professionnels et les structures de soins dans le développement de leur démarche d'amélioration, et à assurer des parcours de santé satisfaisants et coordonnés pour les usagers. Ce programme s'inscrit dans une exigence du PSRS, consistant à rendre lisible l'action de l'ARS dans ce domaine. Il engage l'ensemble des professionnels et sa mise en œuvre nécessitera beaucoup de détermination de la part de toutes les parties prenantes, ainsi qu'un partenariat fort avec les usagers.

**ARRETE n° ARSB/DG/2012-008 en date du 29 février 20 12,  
Portant adoption du Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque 2010-2013  
de la région Bourgogne**

**Article 1** – Le programme pluriannuel régional de gestion du risque 2010-2013 de la région Bourgogne est arrêté, tel qu'il figure en annexe, pour une durée de quatre ans. Il est intégré au projet régional de santé.

**Article 2** – Le programme pluriannuel régional de gestion du risque 2010-2013 peut être consulté sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne à l'adresse suivante : <http://www.ars.bourgogne.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- à la Préfecture de la région Bourgogne, 53, rue de la préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de Côte d'Or, 53, rue de la Préfecture, 21041 Dijon Cedex
- à la Préfecture de la Nièvre, 40, rue de la Préfecture, BP 840, 58019 Nevers Cedex
- à la Préfecture de Saône et Loire, 196, rue de Strasbourg, 71021 Mâcon Cedex 09
- à la Préfecture de l'Yonne, Place de la Préfecture, 89016 Auxerre Cedex
- au siège de l'ARS de Bourgogne, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de Côte d'Or, Le Diapason, 2, place des savoirs, CS 73535, 21035 Dijon Cedex
- à la délégation territoriale de la Nièvre, 11 rue Pierre-Emile Gaspard, 58019 Nevers Cedex
- à la délégation territoriale de Saône et Loire, 173 boulevard Henri Dunant, BP 2024, 71020 Mâcon Cedex 9
- à la délégation territoriale de l'Yonne, 25 avenue Pasteur, BP 49, 89011 Auxerre Cedex

**Article 3** – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne, ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de la Santé dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon dans le même délai.

En application de l'article L 1434-3-1 du Code de la santé publique, l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes prévues à l'article L 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

**Article 4** – Le directeur du pôle pilotage de l'agence régionale de santé de Bourgogne est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bourgogne et des préfectures des quatre départements de la région.

**La directrice générale,  
Monique CAVALIER**

**Programme Pluriannuel Régional de  
Gestion du Risque (PRGDR) de Bourgogne  
2010-2013**



# Sommaire

1	Introduction.....	1
1.1	Le nouveau cadre Institutionnel.....	1
1.2	Le cadre législatif et réglementaire .....	1
1.3	Définition de la gestion du risque .....	2
1.4	Les acteurs de la gestion du risque.....	3
2	Contexte régional : Evolution des dépenses.....	4
3	Organisation et méthodologie.....	9
3.1	Organisation au sein de la région.....	9
3.2	Les dix programmes prioritaires de gestion du risque .....	10
3.2.1	Le programme de régulation de la progression des dépenses de Transports prescrits par les établissements de santé.....	11
3.2.2	Le programme de prise en charge de l'IRC.....	14
3.2.3	Le programme de régulation des dépenses des médicaments et DMI de la Liste en sus.....	18
3.2.4	Le programme de régulation de la progression des dépenses de prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV).....	21
3.2.5	Le programme Imagerie médicale.....	25
3.2.6	Le programme de développement de la chirurgie ambulatoire.....	29
3.2.7	Les 2 programmes EHPAD : « Efficience » et « Prescription ».....	31
3.2.8	Le programme SSR.....	37
3.2.9	Le programme PDS ambulatoire et urgences.....	41
3.3	La déclinaison des programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie.....	44
3.3.1	Les programmes de maîtrise médicalisée en ville.....	44
3.3.2	Les programmes de renforcement de l'efficience de l'offre de soins dans les établissements de santé.....	45
3.3.3	Les plans de prévention et d'accompagnement des patients.....	45
	Annexes.....	47
	Les Indicateurs composite CPOM 2011.....	47
	Les Indicateurs de suivi de la mise en œuvre des 10 programmes proposés pour 2011.....	48

## 1 Introduction

### 1.1 Le nouveau cadre institutionnel

---

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1<sup>er</sup> avril 2010 confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé.

Chaque ARS devient donc responsable du pilotage de la politique de santé publique dans la région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et de la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoires, médico-social et hospitalier.

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, (les ARS) définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie et avec la (CNSA) les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires.»<sup>1</sup>

La Loi HPST prévoit la signature d'un contrat Etat-UNCAM fixant pour 4 ans les objectifs de Gestion Du Risque (GDR) relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé .

Le contrat 2010-2013 comprend vingt objectifs de gestion du risque, structurés autour des cinq priorités suivantes :

- Mieux connaître le risque santé ;
- Renforcer l'accès aux soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des prises en charge plus efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.

### 1.2 Le cadre législatif et réglementaire

---

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dispose que :

- « Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale (contrat Etat-UNCAM), des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.
- Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.
- Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.
- Ce programme est intégré au projet régional de santé.
- Ce projet (PRS) fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

---

<sup>1</sup> Art. L. 1431-2, 2<sup>e</sup> g du code de la santé publique.



- Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque »

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRG DR (art. R.1434-9 à R. 1434-16 du CSP) apporte des précisions :

- « Le DG de l'ARS prépare, arrête et évalue le PRGDR dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (...) ».
- Le PRGDR est composé de deux parties :
  - 1\* Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le (contrat Etat-UNCAM). Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS;
  - 2\* Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.

Les ARS sont destinataires chaque année des programmes nationaux de gestion du risque mentionnés au 1\* de l'article R. 1434-10, après leur examen par le conseil national de pilotage des ARS, en vue de leur intégration dans la première partie du PRGDR »

Le PRGDR est ainsi arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de quatre ans. Il est intégré au projet régional de santé. Il fait l'objet chaque année d'une révision par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme.

Le contrat établi entre l'ARS et chaque organisme et service d'assurance maladie précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRS, reprend les dispositions du PRGDR, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRGDR.

### 1.3 Définition de la gestion du risque

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre. Cette notion peut être définie comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »<sup>2</sup>.

En 1999, la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24/04 sur la coordination de la gestion du risque par les Unions régionales de caisses d'Assurance Maladie (URCAM) définissait les trois dimensions de la gestion du risque : (1) « optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé » ; (2) « inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins » ; (3) « amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

Dans son rapport de juillet 2008<sup>3</sup>, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie précise que la gestion du risque regroupe différentes actions :

- « connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution - d'où l'intérêt pour l'assurance maladie de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation ;
- prévenir les sinistres, en agissant sur le comportement des assurés ;
- limiter l'aggravation des sinistres : à ce titre, l'assurance maladie finance notamment des actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée (ALD) ;
- réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;

<sup>2</sup> Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Pottier.

<sup>3</sup> HCAAM, Rapport 2008, p. 27.



- fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations, par exemple en mettant à la disposition des médecins des profils de prescription leur permettant d'auto-évaluer leurs pratiques. »

Ainsi, gérer le risque,

- c'est prévenir les maladies et limiter leur aggravation,
- promouvoir un juste recours aux soins,
- proposer une offre de soins adaptée en quantité et en qualité,
- maîtriser le coût de ces soins.

#### 1.4 Les acteurs de la gestion du risque

---

La coordination entre l'ARS et l'assurance Maladie est assurée au sein de la commission régionale de gestion du risque associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« La préparation, le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque.

- Cette commission, présidée par le directeur général de l'ARS, comprend, outre son président, le directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.
- Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 1434-13, elle siège, en fonction de l'ordre du jour, en formation restreinte aux directeurs d'organisme ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNOCAM et, le cas échéant, à un ou plusieurs directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.

Un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »<sup>4</sup>.

## 2 Contexte régional : Evolution des dépenses

### o Dépenses d'assurance maladie de janvier à décembre 2010

Pour le régime général :

Postes	Montant 2010	Montant 2009	Evolution 2010/2009
Honoraires	445 115 100 €	444 205 717 €	0,2%
dont médecins libéraux	377 595 788 €	375 355 214 €	0,6%
dont dentistes	67 519 312 €	68 850 503 €	-1,9%
Prescriptions	1 286 202 358 €	1 232 022 187 €	4,4%
dont auxiliaires médicaux	165 996 449 €	157 998 925 €	5,1%
dont médicaments	570 602 857 €	555 057 004 €	2,8%
dont transports	105 034 208 €	100 274 444 €	4,7%
dont IJ	247 690 624 €	231 340 652 €	7,1%
<b>TOTAL SOINS DE VILLE</b>	<b>1 731 317 458 €</b>	<b>1 675 680 727 €</b>	<b>3,3%</b>
établissements publics	1 168 606 222 €	1 199 378 800 €	-2,6%
établissements privés	270 016 263 €	264 129 309 €	2,2%
établissements médico-sociaux	406 143 406 €	381 869 654 €	6,4%
<b>TOTAL ETABLISSEMENTS</b>	<b>1 844 765 891 €</b>	<b>1 845 404 409 €</b>	<b>-0,1%</b>
<b>TOTAL ONDAM</b>	<b>3 576 083 350 €</b>	<b>3 521 606 318 €</b>	<b>1,5%</b>

Source : CNAMTS (régime général y compris sections locales mutualistes), la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants. Les dépenses d'établissements ne portent que sur le régime général et le régime social des indépendants – exploitation Cellule de coordination régionale GDR Bourgogne

Sur le champ ONDAM, les dépenses de santé en Bourgogne sur l'année 2010 s'élèvent à 3 522 milliards d'euros soit une progression de 1,5% par rapport à l'année 2009, c'est-à-dire sous l'objectif fixé nationalement à 3%.

Les soins de ville avaient progressé de 3,3% et les versements dans les établissements sanitaires et médico-sociaux se sont stabilisés. En 2010, quelques postes présentèrent une croissance plus soutenue, des dépenses remboursées :

- le poste des transports (+4,7%)
- les dépenses relatives aux établissements médico-sociaux (+6,4%)

#### Les dépenses de soins de ville

Pour les honoraires médicaux et dentaires, la croissance des remboursements est modérée. Elle s'élève à + 0,2% à fin décembre 2010, avec une diminution des honoraires dentaires (- 1,9%).

Pour les prescriptions :

- Les **auxiliaires médicaux** : la croissance des dépenses de soins s'établit à + 5,1% à fin décembre.
- Les **indemnités journalières** et les **dépenses de transports** enregistrent une évolution soutenue (respectivement +7,1% et +4,7%). Le poste des indemnités journalières est l'un des postes le plus dynamique des soins de ville. Les dépenses d'arrêts de travail, qui représentent 17% des dépenses de soins de ville, connaissent une évolution préoccupante en 2010 dans tous les départements bourguignons.
- Les **dépenses de médicaments** : la progression de + 2,8% à fin 2010, recouvre plusieurs réalités :

4

- o Une croissance globale des dépenses qui s'explique avant tout par celle des médicaments « de spécialité » destinés au traitement des pathologies lourdes,
- o La croissance s'explique par un effet prix, le nombre de boîtes remboursées restant quasiment stable,
- o Des économies directement liées aux génériques, mais un potentiel de développement de ces derniers qui persiste. Sur l'ensemble du répertoire des médicaments disposant d'un générique, le taux moyen de génériques en Bourgogne s'élève à 75,1% en 2010.

En ce qui concerne le régime agricole, les soins de ville connaissent une croissance modérée de +0,4% à fin 2010 et les dépenses relatives aux établissements privés progressent de +4,4% entre 2009 et 2010.

Postes	Montant 2010 en euros	Montant 2009 en euros	Evolution 2010/2009
Soins de Ville	154 917 663	154 245 853	0,4%
Etablissements publics	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2		
Etablissements privés	29 629 716	28 376 818	4,4%
Etablissements sociaux	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2		

Source : la mutualité sociale agricole.

En ce qui concerne le Régime Social des Indépendants, les dépenses de santé (en montants remboursés) à fin décembre 2010 sont les suivantes :

Postes	Bourgogne	
	montant	évol
Honoraires	22 100 639 €	- 0,39 %
dont honoraires médicaux	18 456 300 €	- 0,07 %
dont soins dentaires (actes)	3 644 338 €	- 1,97 %
Prescriptions	47 305 744 €	2,42 %
dont auxiliaires médicaux	7 777 368 €	4,34 %
dont pharmacie	34 365 939 €	1,92 %
dont IJ	5 894 875 €	/
Autres prestations de soins	5 704 662 €	3,43 %
dont transports	5 414 855 €	2,78 %
<b>Total soins de ville</b>	<b>75 111 075 €</b>	<b>+ 2,41 %</b>
établissements publics	161 581 €	- 73,03 %
établissements privés	16 353 277 €	3,82 %
établissements médico-sociaux	1 154 441 €	- 27,1 %
<b>Total établissements</b>	<b>17 689 299 €</b>	<b>- 7,07 %</b>
<b>Total Soins de Santé</b>	<b>92 800 375 €</b>	<b>0,98 %</b>

Période : de janvier à décembre 2010 et évolution par rapport à janvier-décembre 2009 (évolution PCAP)  
 Source : données de la caisse nationale (BO)



Pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2010, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est fixé à 162,4 milliards d'euros avec un taux de progression de 3%.

Montants remboursés	RSI Bourgogne		RSI National		ONDA M 2010
	montant	Evol	montant	Evol	Evol
Soins de ville	75 111 075 €	+ 2,41 %	2 933 539 496 €	+ 3,18 %	+ 2,8 %
Soins hospitaliers	17 689 299 €	- 7,07 %	724 931 524 €	- 4,49 %	+ 2,8 %
Total soins de santé	92 800 375 €	0,98 %	3 658 471 022 €	2,14 %	+ 3 %

Période : de janvier à décembre 2010 évolution par rapport à janvier-décembre 2009 (évolution PCAP)

Les dépenses de soins de ville du RSI Bourgogne qui s'élevaient à 75 millions d'euros, ont augmenté de +2,41 % de janvier à décembre 2010 par rapport à janvier-décembre 2009.

Les dépenses de soins médicaux et dentaires (honoraires) à fin décembre 2010 diminuent légèrement : - 0,39 %. Les dépenses de soins médicaux restent stables (- 0,07 %) et les dépenses de soins dentaires (actes) diminuent (- 1,97%).

L'évolution des médicaments est croissante (poste pharmacie : + 1,92%).

Les versements aux établissements de santé diminuent fortement (- 7,07%).

Au total, le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie est à 0,98 % à fin décembre 2010.

○ Sur la période allant de janvier à septembre 2011 :

Pour le régime général, les dépenses de santé s'élevaient à 2.568 milliards d'euros soit une progression de 2,8% par rapport à la même période de l'année 2010. Sur les 9 premiers mois de l'année 2011, les soins de ville ont progressé de 2,5%.

	Bourgogne		ONDAM 2011
	Montant	Evolution	
Soins de ville	1 145 167 737 €	+ 2,5%	+ 2,8%
Etab. Sanitaires publics et privés	1 105 469 430 €	+ 2,9%	+ 2,8%
Etab. Médico-sociaux	317 364 133 €	+ 7,1%	+ 3,8%
TOTAL ONDAM	2 568 001 301 €	+ 3,2%	+ 2,9%

Exploitation Cellule de coordination régionale GDR Bourgogne

En ce qui concerne le régime agricole, les soins de ville et les dépenses relatives aux établissements privés diminuent de -0,1% en Bourgogne sur les 9 premiers mois de l'année 2011 par rapport aux 9 premiers mois de l'année 2010.

Postes	Montant 9 mois 2011 en euros	Montant 9 mois 2010 en euros	Evolution 2011/2010	Evol France
Soins de Ville	115 160 127	115 319 861	-0,1%	0,3%
Etablissements publics	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2			
Etablissements privés	21 627 113	21 656 385	-0,1%	0,4%
Etablissements sociaux médico-	Données non connues car non tarifées à l'acte et faisant l'objet d'une répartition en Inter régime en année N+2			

Source : la mutualité sociale agricole.

En ce qui concerne le RSI, les dépenses de santé (en montants remboursés) au 30 septembre 2011 sont les suivantes :

Postes	Bourgogne	
	montant	évolution
Honoraires	17 404 515,39	5,56
dont honoraires médicaux	14 535 819,80	5,32
dont soins dentaires (actes)	2 868 695,59	6,81
Prescriptions	36 594 363,07	4,01
dont auxiliaires médicaux	6 143 538,89	3,89
dont pharmacie	23 678 619,06	3,29
dont IJ	4 683 436,48	6,74
Autres prestations de soins	4 128 591,92	-4,12
dont transports	3 959 944,14	-3,83
<b>Total soins de ville</b>	<b>58 127 470,38</b>	<b>3,84</b>
établissements publics*	120 091,35	-3,83
établissements privés	12 672 137,36	-48,58
établissements médico-sociaux	877 217,34	-4,12
<b>Total établissements</b>	<b>13 669 446,05</b>	<b>3,76</b>
<b>Total Soins de Santé</b>	<b>71 796 916,43</b>	<b>3,82</b>

\* soins externes

Période : janvier à septembre 2011 et évolution par rapport à janvier – septembre 2010 (évolution PCAP)

Source : données de la caisse nationale (BO)

Pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2011, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est fixé à 167,1 Md€ avec un taux de progression de 2,9 %

Montants remboursés	RSI Bourgogne		RSI National		ONDAM 2011
	montant	Evol	Montant	Evol	
Soins de ville	58 127 470,38	3,84	2 301 677 142,13	5,70	2,8
Soins hospitaliers	13 669 446,05	3,76	576 789 618,62	4,74	2,8
<b>Total soins de santé</b>	<b>71 796 916,43</b>	<b>3,82</b>	<b>2 878 466 760,75</b>	<b>5,53</b>	<b>2,9</b>

Période : janvier à septembre 2011 évolution par rapport à janvier – mars 2010 (évolution PCAP)

Le total des soins de santé en Bourgogne progresse de 3,82 %.

Les honoraires (honoraires médicaux + soins dentaires) évoluent de + 5,56 %. Seul le département de la Nièvre affiche un résultat négatif.

Les prescriptions sont également à la hausse : + 4,01 %. Le poste pharmacie évolue de + 3,29 %. Forte progression également des IJ : + 6,74 % avec un résultat de + 17,71 en Côte d'Or.

Le poste « Etablissements » enregistre une évolution de + 3,76 %.