RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ 2022 2028

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_CT_1 : Participation de l'établissement à une entité juridique de coopération support d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM)*
Objectif stratégique	*Optimiser l'utilisation des ressources médicales et technologiques à travers des partenariats inter-établissements.// Favoriser l'usage partagé des équipements en établissements*

1. Contexte et justification

La pyramide des âges des radiologues et les forts besoins en manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) suscitent et susciteront des tensions prévisibles en matière de démographie des professionnels de l'imagerie durant la période du présent CPOM.
Pour y faire face, il est nécessaire d'anticiper et d'accompagner le rassemblement des ressources, en particulier dans les territoires ruraux.

Il s'agit de soutenir des organisations territoriales coopératives et plus intégrées, associant acteurs publics et privés, à l'image des groupements de coopération sanitaire (GCS) et des Plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM).

La coopération des acteurs, voire la mutualisation de leurs équipes et plateaux techniques est de nature à faciliter :
- Le maintien du maillage territorial dans les territoires fragilisés ;
- La meilleure répartition de la charge de la permanence des soins (PDS), entre radiologues d'une même équipe mais aussi entres équipes publiques et privées ;
- La réalisation de l'activité de téléradiologie par les acteurs du territoire, ou issus de territoires voisins au sein de la région.

Les PIMM sont régis par l'article L.6122-15 du Code de la santé publique. Au 15 mars 2025, l'Occitanie en compte 3 actifs (Est-Hérault Sud-Aveyron, Occitanie Ouest, Rouergue), 1 en création (Ariège) et 1 en extension (PIMM d'Occitanie Ouest).

2. Description de l'objectif stratégique

Le volet Equipements matériels lourds d'imagerie en coupes du Schéma régional de santé 2023-2028 prévoit de faciliter les échanges, la coopération et les mutualisations de ressources entre acteurs d'un même territoire, par la promotion et l'accompagnement du développement des dispositifs de regroupement de ressources, notamment les PIMM.

L'objectif recherché par l'ARS est le développement des PIMM dans les départements et territoires infra-départementaux où l'offre de soins est fragilisée par des ressources humaines insuffisantes ou est à risque de le devenir. Il s'agit donc essentiellement des territoires et départements ruraux, avec une attention spécifique pour le Lot, la Lozère, le Gers et l'Aveyron.

A noter : cet indicateur concerne plus particulièrement les établissements publics, qui desservent majoritairement ces territoires, sont titulaires d'autorisations d'équipements matériels lourds et sont également confrontés à une problématique majeure de renouvellement des ressources en radiologues à la suite de départs en retraite. Par ailleurs, les établissements privés collaborent avec des groupes de radiologues privés dont les entités juridiques sont exclues du périmètre du présent CPOM.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Participation de l'établissement à une entité juridique de coopération support d'un plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM)
- **Durée de la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires** *:* établissements de santé et radiologues privés souhaitant contribuer au PIMM
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** ARS-Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

4. Type d'indicateur

Le critère retenu pour l'atteinte de la cible est la signature par l'établissement de la convention fondatrice de l'entité juridique porteuse du PIMM (par exemple, convention constitutive pour un GCS).

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	*CHU 31 et 34 : sans objet* *CHU 30 : non*	*CHU 31 et 34 : sans objet* *CHU 30 : non*	*CHU 31 et 34 : sans objet* *CHU 30 : oui*	*CHU 31 et 34 : sans objet* *CHU 30 : oui*	*CHU 31 et 34 : sans objet* *CHU 30 : oui*
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	*Objectif général : atteinte de l'objectif pour l'ensemble des CH au plus tard fin 2028*				
Etablissements de plus petite taille inférieure **à 100 lits**	*Objectif général : atteinte de l'objectif pour l'ensemble des CH au plus tard fin 2028*				

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement humain* : par les référents thématiques ARS-DOSA et référent(s) établissements de santé ARS-DD

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi et d'évaluation :** Les projets de créations de PIMM doivent donner lieu à l'élaboration d'un dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS dont le socle est le projet médical commun et qui définit le périmètre du plateau, ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce dossier est à déposer dans une fenêtre d'appel à projets réglementaire. Les projets d'extension de PIMM existants impliquent la révision de la convention constitutive et du règlement intérieur de l'entité juridique support du PIMM. Le suivi de l'activité des PIMM est réalisé au moyen de la production d'un rapport annuel d'activité.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_CT_2 : Nombre de projets coopérations médicales formalisées entre établissement public et établissement privé (GCS, GIE etc)*
Objectif stratégique	*Renforcer les partenariats public / privé l'échelle du territoire)/ / Développer les collaborations médicales*

1. Contexte et justification

La France, comme d'autres pays européens, est confrontée à un double défi majeur : la diminution des ressources médicales, particulièrement dans certaines spécialités, et l'augmentation continue des demandes de soins en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Cette situation rend d'autant plus crucial le besoin d'une meilleure organisation des parcours de soins et d'une collaboration renforcée entre tous les acteurs du système de santé.

Afin de répondre à ces enjeux, plusieurs dispositifs de coordination ont été mis en place ces dernières années pour faciliter la collaboration entre professionnels médicaux et garantir une prise en charge fluide et sans rupture. Cependant, ces dispositifs doivent encore être renforcés pour optimiser la gestion des parcours de soins, notamment entre les établissements hospitaliers publics et privés, ainsi qu'avec le secteur médico-social.

L'engagement 4 du PRS vise à renforcer cette dynamique en encourageant la formalisation de coopérations médicales à grande échelle entre établissements publics et privés, et en renforçant la continuité des soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. En mettant l'accent sur la coopération inter-établissements à travers des structures comme les GCS, GIE ou GIP, cet engagement cherche à assurer une prise en charge coordonnée et une égalité d'accès aux soins sur tout le territoire.

Il s'agit aussi de répondre à un besoin d'harmonisation des pratiques entre les acteurs du système de santé, afin de garantir une prise en charge de qualité, en cohérence avec les attentes des patients et les priorités de santé publique.

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif stratégique de cet engagement consiste à renforcer la coordination des acteurs de santé pour :

- Assurer une égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, notamment en réduisant les inégalités géographiques et sociales d'accès aux soins.
- Permettre une prise en charge de qualité, même dans un contexte de ressources médicales limitées, en s'appuyant sur la coopération et le partage des expertises entre les établissements publics et privés.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** L'indicateur mesure le nombre de projets de coopération formalisés entre établissements publics et privés, via des structures telles que des GCS, GIP ou GIE. Cet indicateur permet de valoriser les coopérations existantes et en développement, en dehors des collaborations quotidiennes déjà en place entre établissements.

A noter que les actions de coopérations entre membres de GHT de relèvent pas de cet indicateur.

- **Durée de la mesure :** *2025-2029*

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : Nombre de projets de coopération formalisés

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	0 Identifier les partenaires potentiels : commencer les discussions	1	1 Consolider les projets en cours	2	1 Réaliser une évaluation de l'impact des projets	**5 projets sur 5 ans**
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	0 Identifier les partenaires potentiels : commencer les discussions	0	1	1 Consolider les projets en cours	2 Réaliser une évaluation de l'impact des projets	**2 projets sur 5 ans**
Etablissements de plus petite taille inférieure **à 100 lits**	0 Identifier les partenaires potentiels : commencer les discussions	0	0 Consolider les projets en cours	1 Consolider le projet en cours	1 Réaliser une évaluation de l'impact des projets	**1 projet sur 5 ans**

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Code de la Santé publique Article L. 6133-1 et suivants relatifs aux Groupements de coopérations sanitaires
- Fiches du Ministère de l'Economie pour les GIP

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi et d'évaluation :** Transmettre le projet de coopération comme élément de preuve au moment de l'évaluation

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_CT_3 : *Organisation de fonctions en commun au sein du GHT, concernant les activités au choix de Pharmacie ou de Biologie (uniquement GHT)*
Objectif stratégique	*Renforcer les partenariats entre les membres du GHT // Organisation en commun des moyens matériels et humains des établissements publics (GHT)*

ACTIVITE PHARMACIE

1. Contexte et justification

Les Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) occupent une place stratégique au sein des établissements et structures qui en disposent. Les pharmaciens qui y exercent sont au centre de la continuité des soins et jouent un rôle essentiel dans la sécurisation et la qualité de l'accès aux médicaments et dispositifs médicaux stériles pour l'ensemble des patients et résidents pris en charge.

Dans chaque GHT, le projet médical partagé (PMP) définit la stratégie médicale du groupement ; il comprend notamment un projet dit « pharmacie » pour intégrer les activités des PUI des établissements membres et les adapter aux besoins et à la gradation des soins réorganisées pour chaque filière et/ou pour chaque site, en prenant aussi en compte leurs moyens et ressources humaines propres.

Les réformes concomitantes des autorisations d'activités de soins et de PUI dans des délais contraints laissent peu de place aux réflexions de recomposition ou de redistribution sur le territoire des missions dévolues aux PUI.
Toutefois, le contexte actuel de pénuries ou fortes tensions RH de pharmaciens hospitaliers impacte fortement les organisations, voire conduit à la suppression de la PUi, ce qui affaibli l'ensemble des établissements, sans obligatoirement réduire le « coût » de l'activité.

Or, la création et l'optimisation de coopérations-mutualisations renforcées entre PUI et entre établissements sanitaires (GHT, GCS) et médico-sociaux (GCSMS, GTSMS), sont essentielles pour sécuriser et structurer l'organisation territoriale des PUI car permettent :

- de résoudre les risques liés à l'exercice isolé, aux aléas de l'intérim et à ses répercussions sur la qualité des prestations pharmaceutiques ;
- d'améliorer l'efficience en regroupant des moyens sur une seule PUI, ce qui permet de négocier des investissements permettant d'automatiser des opérations et de les sécuriser, au bénéfice des patients de plusieurs structures réparties sur un territoire, par exemple pour exercer les activités de préparation de doses à administrer, de préparations des médicaments et de stérilisation ;
- de mutualiser/optimiser certaines instances intellectuelles communes, telle que le COMEDIMS ;
- de redéployer des moyens en personnel sur des missions et activités non couvertes de pharmacie clinique utiles à la sécurisation du parcours des patients.

2. Description de l'objectif stratégique

Au sein de tous les établissements parties au GHT, il est indispensable d'avoir un projet cohérent et structurant, rentrant donc dans les organisations, pour maintenir non seulement une présence pharmaceutique auprès de tous les patients/résidents du GHT et aussi une offre de soins pharmaceutiques de qualité et sécurisée en tous points du territoire concerné.

Cela implique d'avoir une vision détaillée sur la réorganisation des spécialités cliniques reliée à un état des lieux très précis des activités des PUI, décliné selon tous les produits de santé concernés et assorti d'une revue des compétences et missions/activités respectifs des pharmacies, le cas échéant partagées avec d'autres offreurs (totalement ou partiellement).

Ce bilan peut faire état de situations variables d'un établissement à l'autre au sein d'un même GHT.
En conséquence les actions de coopérations/mutualisation sont à concrétiser dans une logique plus ou moins intégrative et sous différentes formes juridiques, relativement souples (convention de mise à disposition, échange de compétences, …) ou plus structurée (type GCS et jusqu'à fusion).

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :**

Nombre de missions ou activités pharmaceutiques organisées en commun au sein du GHT (dispensation, préparations, stérilisation, pharmacie clinique etc.).

L'indicateur permet de mesurer la progression de l'intégration pharmaceutique au sein du GHT à travers :

- Le recrutement d'effectifs ou la mise en œuvre d'équipements mutualisés en vue de sécuriser les coopérations entre les PUI ;
- La mise en place d'équipes communes, ou de structures communes (PUI organisé en commun, GCS pharmaceutique, etc.) ;
- La couverture pharmaceutique continue et coordonnée de l'ensemble des besoins pharmaceutiques des établissements parties du GHT, hors la permanence assurée en dehors des heures d'ouverture des PUI.

- **Durée de la mesure :** *2025-2029*

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : par exemple : valeur absolue (nombre de patients/an ; part de patient en %).
- Période de mesure : 2025-2029
- Période référence : N-1 ou 2025

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Projet pharmacie actualisé du PMP, conventions de coopération, comptes-rendus des instances de pilotage du GHT avec des unités de mesure harmonisées et comparables entre établissements pour les données utilisées pour atteindre l'objectif.

6. Cible générale (2025-2029)

Cible : Organisation de fonctions en commun au sein du GHT de l'activité de Pharmacie

Année	Cible
2025	Réalisation d'un état des lieux précis de l'organisation, des PUI dans le GHT, prenant en compte la réorganisation éventuelle ou à venir des activités médicales de soins, décliné selon tous les produits de santé concernés et assorti d'une revue des effectifs, compétences et missions/activités respectifs des pharmacies, le cas échéant partagées avec d'autres offreurs du territoire.
2026	Poursuite de l'état des lieux avec évaluation des besoins éventuels supplémentaires en termes d'effectifs, de locaux, d'équipements ou d'autorisations (en particulier si activités à risques concernées)
2027	Finalisation d'un plan d'actions en vue de l'organisation commun (intégrée ou coordonnée) et de l'échéancier des actions dans le GHT
2028	Mise en œuvre effective d'au moins une « fonction » organisée en commun dans le GHT Le cas échéant, demandes d'autorisations de modifications des autorisations initiales de PUI
2029	Poursuite du calendrier de mise en œuvre des actions / missions ou activités organisées en commun dans le GHT

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Actions possibles :

- Intégration d'une feuille de route territoriale au sein du projet pharmacie du PMP du GHT, avec;
- Formalisation de conventions de coopération (ex. mise en commun de la stérilisation ou de la PDA) ;
- Création d'un COMEDIMS territorial ou commun ;

Déploiement et développement progressif des actions de pharmacie clinique en lien avec les équipes de soins sur plusieurs établissements à partir d'une équipe commune ;
Investissements partagés dans des équipements automatisés pour sécuriser et optimiser les flux.

Dispositif(s) existant(s) pour mettre en œuvre le plan d'action, leviers

ANAP - Outils d'auto-diagnostic : UO Pharma : mieux valoriser l'ensemble des activités pharmaceutiques
+ Accompagnement sur site par ANAP, EHESP, CNEH

SFPC / valorisation dans DPI - PMSI du travail HDJ en équipe de soins dont pharmaciens : codification informatique des activités de pharmacie clinique**.**

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuel

- **Modalité de suivi évaluation :**
  Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM
  Volet pharmacie du PMP

ACTIVITE BIOLOGIE

1. Contexte et justification

La biologie médicale est un maillon essentiel de la prise en charge des patients, tant pour le diagnostic, le dépistage, ou encore la prévention. Elle contribue à près de 70 % des diagnostics et décisions thérapeutiques. Son rôle est déterminant dans le parcours de soins. Elle est également une discipline-clé de la surveillance épidémiologique.

Toutefois, au niveau régional et national, on constate une fragilité croissante des sites publics de biologie, en lien notamment avec :

- une baisse d'attractivité de la filière,
- des tensions fortes en ressources humaines, avec des difficultés de recrutement de biologistes et techniciens de laboratoire,

Et par conséquent un risque de fermeture de sites ou une évolution vers la coopération, en particulier pour ceux ayant une petite activité, coûteux sur la plan financier et fragiles sur le volet RH est à anticiper.

Dans ce contexte, la mutualisation devient un levier stratégique essentiel.

- Elle permet :
- de sécuriser l'activité des sites en tension,
- de stabiliser les équipes et garantir un fonctionnement en continu,
- de mieux répartir les compétences (astreintes, expertises spécifiques),
- de valoriser les parcours professionnels et limiter l'isolement professionnel

2. Description de l'objectif stratégique

Au niveau régional est indispensable de maintenir une offre de biologie de qualité et de sécurité mais aussi de recours et un accès aisé de la population à l'offre de biologie, dans un délai compatible avec l'état de l'état clinique du patient, dont les urgences, et dans un contexte de forte tensions RH et une augmentation de la demande et des besoins en biologie médicale.

Favoriser la coopération entre établissements publics membres du GHT pour organiser en commun leurs activités de biologie médicale, incluant :

- des mutualisations techniques (plateformes, équipements, SI) ;
- des mutualisations RH (astreintes, continuité de service, partage d'expertise) ;
- la construction progressive d'un laboratoire multisite ou d'une organisation coordonnée.

L'objectif est de :

- assurer un accès équitable à des examens biologiques de qualité sur tout le territoire,

- préserver la capacité d'innovation, de réactivité et de spécialisation des équipes,
- garantir une organisation sécurisée et pérenne, malgré les tensions RH.

3. Description de l'indicateur

Définition de l'indicateur :

La coopération / mutualisation en biologie médicale hospitalière peut de faire d'une façon plus au moins intégrative en fonction des contextes et des situations propres à chaque établissement et à chaque GHT. Allant de la ré internalisation des examens de biologie médicale à la l'exploitation commune d'un laboratoire unique multisites.

Intitulé de l'indicateur : Nombre de fonctions de biologie médicale organisées en commun au sein du GHT.

Cet indicateur mesure le niveau de mutualisation effective de l'activité de biologie médicale, notamment via :

- la mise en commun de fonctions techniques (ex. : phase pré-analytique, logistique, astreintes) ;
- l'organisation RH partagée (ex. : pool de biologistes/personnel non-médical, planification commune) ;
- la formalisation de coopérations (conventions, gouvernance, pilotage) ;
- l'exploitation d'un LBM multisites.

Durée de la mesure : 2025-2029

Partenaires : Pilotage et suivi de la mise en œuvre : (cadre organisationnel, par exemple : comité de pilotage, groupes de travail).

4. Source des données : outils ou bases de données utilisées

PMP, conventions de coopération, CR GHT, documentation du LBM.

5. Cible générale (2025-2029)

Cible : Cible régionale : à partir de 2027, l'ensemble des établissements membres du GHT doivent être engagés dans une organisation de fonctions en commun pour la biologie médicale.

Année	Cible
2025	Lancement d'un état des lieux sur l'organisation et les ressources (matérielles, humaines) en biologie médicale du GHT
2026	Lancement d'un état des lieux sur l'organisation et les ressources (matérielles, humaines) en biologie médicale du GHT
2027	Finalisation d'un plan d'organisation commun (intégrée ou coordonnée) dans le GHT
2028	Mise en œuvre effective d'au moins une fonction commune de biologie médicale dans le GHT (par exemple : astreintes partagées, examens urgents, logistique
2029	Organisation consolidée : chaque GHT doit avoir formalisé une gouvernance commune de biologie médicale et assurer la continuité territoriale de l'offre, même en période de tension RH

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Outils :

- GHT – Guide sur l'organisation en commun des activités de biologie médicale
- GHT – FAQ sur l'organisation en commun des activités de biologie médical
- Les coopérations territoriales : modalités d'accompagnement
  - Outils opérationnels d'accompagnement des coopérations
  - Fiches repères
- *Documents ANAP,* site internet ANAP, www.anap.fr
  - *« Guide méthodologique des coopérations territoriales »*
  - *« Coopération territoriale en biologie médicale - Enseignements et monographies »*

« Coopération territoriale en biologie médicale – Démarche d'aide à la décision dans le choix d'un scénario»

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuel

- **Modalité de suivi évaluation :**
  Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_CT_4 :* Nombre de partenariats formalisés et opérationnel entre ES et ESMS PA-PH.
Objectif stratégique	*Promouvoir une complémentarité entre les acteurs du sanitaire et du médico-social pour renforcer et fluidifier le parcours de soins*

1. Contexte et justification

L'évolution des politiques publiques favorisant le maintien à domicile, les retours à domicile précoces et l'inclusion des personnes en situation de handicap a créé une multiplicité de parcours ou la coordination entre les établissements et dispositifs médico-sociaux et les établissements de santé est essentielle à plusieurs titres :

- Accès aux soins primaires somatiques
- Accès aux soins dans des ESMS
- Accès à des soins spécialisés de second recours
- Les sorties d'hospitalisation

L'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement des populations, a amplifié les besoins des usagers en termes d'accès aux soins, nécessitant une coordination davantage opérationnelle entre les différents acteurs impliqués dans leur accompagnement tout au long de leur parcours de santé. Cependant, la multiplication d'acteurs provenant de différents secteurs d'activité engendre des seuils, identifiées comme étant des moments potentiels de ruptures de parcours dans la prise en charge.

Améliorer la lisibilité et la complémentarité des missions de chacun dans les dispositifs de soins, garantit une prise en charge fluide et continue du patient. Un renforcement des connaissances des rôles respectifs des opérateurs permettrait d'optimiser la coordination des interventions, par extension d'optimiser l'accompagnement et l'efficacité du parcours de santé. Cette collaboration renforcée représente un facteur-clef de réussite dans la prise charge globale des patients et de continuité de parcours.

Il existe une multiplicité de facteurs de vulnérabilités liés aux soins : l'âge, les pathologies chroniques, les différents types de handicaps, les facteurs économiques et sociaux, les facteurs psychologiques, la localisation géographique et autres. Le contexte multidimensionnel de ces besoins les expose également à un risque plus élevé de rupture dans leur parcours de santé et leur parcours de soin, dont la continuité de leur prise en charge et leur accompagnement par des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le dispositif des équipes mobiles hospitalières (Equipe Mobile de Gériatrie (EMG), Equipe mobile de Psychiatrie de la Personne Agée (EMPPA), Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), Equipe mobile d'Expertise en réadaptation (EMER) ...) et d'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP) répondent insuffisamment aux besoins de la prise en charge au domicile des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap et souvent très dépendantes, plus particulièrement d'évaluation et de support sur les lieux de vie pour les usagers et professionnels des établissements médico-sociaux.

Pour finir, les risques potentiels de rupture de parcours entraînent le recours aux services d'urgence hospitalier augmentant de façon inadéquate la file active.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif consiste à :

- Promouvoir une complémentarité entre les acteurs du sanitaire et du médico-social pour renforcer et fluidifier le parcours de santé et l'accompagnement des personnes,
- Eviter les ruptures de parcours notamment pour les personnes vulnérables et les publics spécifiques
- Renforcer les compétences médico-soignantes au service des usagers des structures médicosociales.
- Formaliser les liens et interactions directes entre les acteurs du sanitaire et des structures médico-sociales.

L'objectif est de promouvoir un partenariat formalisé et opérationnel entre les ES et les ESMS afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

3. Description de l'indicateur *:*

- **Définition de l'indicateur :** Nombre de partenariats formalisés et opérationnel entre ES et ESMS PA-PH
- **Durée de la mesure :** 2025-2029

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : Nombre de partenariats formalisés

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	+5*	*+5*	*+5*	*+5*	*+5*	*25*
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	+2*	*+2*	*+2*	*+2*	*+2*	*10*
Etablissements de plus petite taille **inférieure à 100 lits**	*+1**	*+1*	*+1*	*+1*	*+1*	*5*

**supplémentaire par an*

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Convention décrivant la liste des actions conjointes mises en œuvre, les modalités de saisine et les outils créés. A titre d'exemple, la convention peut formaliser des outils de communication entre ES et ESMS, peut formaliser le process et outils facilitant l'articulation, autres.

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle

- **Modalité de suivi évaluation :**

- Nombre de partenariats formalisés – éléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_CT_5 : Existance d'une ou plusieurs équipe(s) territoriale(s) (dans le cadre de Prestations Inter Etablissements (PIE) ou d'une convention - préciser la specialité dans les commentaires (ex : soins palliatifs, hygiène hospitalière, psychiatrie, addictologie, SSR, gériatrie, soins non programmés, etc.) (OUI/NON) – Activité urgences*
Objectif stratégique	*Favoriser la coopération territoriale pour garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins dans un contexte de ressources contraintes.*

1. Contexte et justification

De nombreuses difficultés de recrutement sont identifiées sur les personnels médicaux notamment des urgences. Afin de réduire les tensions sur les organisations et donc sur l'offre, et harmonisé les pratiques dans une filière sur un territoire, l'ARS soutient les établissements de santés publics ou privés dans la constitution des équipes territoriale.

2. Description de l'objectif stratégique

La constitution d'équipe territoriales notamment médicale est un levier fort pour harmoniser les pratiques et permet également d'agir sur les tensions des ressources humaines du personnel dans les établissements de santé.
Pour rappel, les ECT sont obligatoire sur l'activité des urgences pour les ES ayant moins de 8000 passages aux urgences et pour les ES étant en antenne de médecine d'urgence.

Equipes territoriales pour antennes d'urgences : Article R6123-6-1
Création Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 - art. 1

L'autorisation de faire fonctionner une antenne de médecine d'urgence ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il remplit les conditions suivantes :
1° Il est titulaire de l'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation sur le même site géographique ou il obtient simultanément cette autorisation ;

2° Dans le cadre d'une convention ou d'une organisation formalisée, il constitue ou participe à une équipe commune avec un ou plusieurs établissements autorisés pour faire fonctionner une structure des urgences.
La convention ou l'organisation formalisée prévue au 2° décrit notamment les modalités d'orientation des patients en dehors des horaires d'ouverture de l'antenne ou lorsque la prise en charge du patient ne peut être assurée sur son site, en cohérence avec la convention constitutive du réseau des urgences mentionnée à l'article R. 6123-29. Elle précise également les protocoles de prise en charge des patients dans l'antenne de médecine d'urgence, ainsi que les conditions d'organisation de l'équipe médicale commune sur les différents sites. Elle est conforme au projet médical ou au projet de soins partagé des établissements membres de l'équipe commune.
Sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, et après avis de la section chargée d'émettre un avis pour les activités de médecine d'urgence du comité prévu à l'article R. 162-29 du code de la sécurité sociale, il peut être dérogé au 1°, sous réserve que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population soit couvert par ailleurs.

Obligation d'équipes territoriale pour un certain seuil (8 000 passages) : Article R6123-9
Modifié par Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 - art. 1

Un établissement de santé dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé peut être autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1, à condition qu'il constitue une équipe commune, notamment dans le cadre d'une participation à une fédération médicale interhospitalière, ou d'un groupement de coopération sanitaire avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité.
L'équipe commune mentionnée au présent article ainsi qu'à l'article R. 6123-6-1 mutualise les ressources, notamment les ressources médicales.

3. Description de l'indicateur

Définition de l'indicateur :

- OUI/NON

Préciser dans les commentaires la spécialité concernée et le nombre de personnel (effectifs) réalisant leur activité sur plusieurs établissements dans le cadre de la convention ECT/

- **Durée la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires :** Les ECT se font entre établissements
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** l'organisation est réalisée et définie entre les établissements. L'ARS peut aider à porter certaines organisations mais n'est pas porteuse.

4. Type d'indicateur

Formule :

- Indicateur : OUI/NON

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Déclaratif

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Pour l'ensemble des établissements	oui	oui	oui	oui	oui	*Une ou plusieurs équipe(s) territoriale(s) sur les 5 ans*

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement financier :* A ce jour, il n'existe pas d'incitation financière sur le périmètre des urgences. Il est possible qu'une évolution soit faite au cours du PRS notamment dans le cadre de la Dotation Populationnelle des urgences.
- *Accompagnement humain :* l'ARS accompagne les établissements au cours des réunion entre établissements et équipes notamment pour proposer les RETEX et bonnes pratiques constatées dans les différents territoires. Elle propose aussi des documents types (exemple : convention) pour faciliter la constitution des équipes.

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi évaluation :** éléments de preuve – dénombrement annuel

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_CT_6 : Nombre de protocoles de coopération mis en place au sein de l'établissement de santé*
Objectif stratégique	*Favoriser l'élargissement des compétences des professionnels de santé // Développer des protocoles de coopération*

1. Contexte et justification

Un protocole de coopération est un dispositif réglementaire encadré par le Code de la santé publique (article L4011-1) qui permet à des professionnels de santé d'un établissement ou d'un territoire de déléguer certaines activités à d'autres professionnels, dans un cadre sécurisé, validé par les autorités sanitaires.

Il s'agit concrètement d'une démarche de coopération interprofessionnelle qui autorise, à titre dérogatoire, un professionnel de santé à réaliser des actes ou activités de soins habituellement effectués par un autre professionnel, lorsque cela améliore l'organisation des soins ou l'accès aux soins. – exemple de protocole de coopération.

Les protocoles de coopération constituent un levier important dans l'adaptation de l'organisation des soins aux tensions sur les ressources médicales. Ils permettent à certains professionnels de santé non médicaux de réaliser, sous conditions, des actes ou activités relevant normalement d'un autre corps professionnel, notamment médical.

👉 Ce dispositif, réglementairement encadré, permet /

- Délégation de compétences
- Evolution règlementairement encadrée des compétences des professionnels de santé
- Reconnaissance / revalorisation
- Sécurisation
- Fidélisation du personnelle
- Gain de temps médical
- Fluidifier les parcours
- Plus opérationnel

- Recentrer le médecin sur des activités à forte valeur ajoutée requérant une expertise médicale plus importante.

Les protocoles de coopération sont donc un outil structurant pour répondre à plusieurs enjeux actuels : tensions RH, besoin de montée en compétence, continuité des soins, coordination ville-hôpital.

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif est d'encourager les établissements à mettre en œuvre des protocoles de coopération, qu'ils soient nationaux ou locaux, dans les services où cela répond à un besoin opérationnel (urgences, soins chroniques, imagerie, etc.).
Bien que les établissements de santé ne soient pas spécifiquement identifiés dans le PRS comme porteurs de ces protocoles, ils ont tout intérêt à s'en saisir, car ces dispositifs permettent :

- Un gain de temps médical ;
- Une montée en compétences des professionnels paramédicaux ;
- Et une amélioration de la qualité et de la fluidité des parcours de soins.

Les protocoles de coopération peuvent porter sur des thématiques très diverses :
Certains sont déjà référencés au niveau national ;
D'autres peuvent être élaborés localement, avec l'appui de l'équipe régionale dédiée à l'ARS Occitanie (Direction du premier recours).

Chaque établissement ou service peut ainsi adapter ces protocoles à ses propres besoins et à son organisation. Ce sont des outils concrets de répartition des compétences, de reconnaissance des professionnels et de sécurisation des prises en charge.
De nombreux établissements en région se sont déjà engagés dans cette démarche.

À noter : la mise en œuvre repose sur le volontariat des professionnels concernés, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Nombre de protocoles de coopération mis en place au sein de l'établissement de santé.
- **Durée de l'action :** 2025-2029
- **Partenaires** : Les établissements mettant en œuvre des protocoles de coopération déclarent à l'ARS cette mise en œuvre par l'utilisation de la plateforme démarches-simplifiées.fr

Déclaration de protocole de coopération national : https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps
Déclaration de protocole de coopération local : https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/protocole-locale-declaration-modification-d-equipe-coop-ps

- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** Extraction des déclarations de protocoles de coopération par l'équipe des protocoles de coopération (ars-oc-dpr-pc@ars.sante.fr)

4. Méthode de calcul

Formule :

Les établissements déclarent la mise en œuvre de protocoles de coopération au moyen de la plateforme démarches-simplifiées.
Les liens utilisés sont les suivants :

- Pour les protocoles de coopération nationaux : Déclaration-modification d'équipe · demarches-simplifiees.fr
- Pour les protocoles de coopération locaux : Protocole local - Déclaration-modification d'équipe · demarches-simplifiees.fr

Le gestionnaire de l'équipe des protocoles de coopération extrait en temps réel, dès la déclaration effectuée par les professionnels de santé, les données et les intègre dans le tableau interne ARS « Suivi des PC Occitanie ».
Au moyen d'un filtre sur la colonne Excel, ou d'une recherche par nom de l'établissement, il est possible de compter le nombre de protocoles de coopération déclarés par l'établissement.

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

La base de données utilisée est celle fournie par l'équipe des protocoles de coopération de la Direction du Premier Recours - Pole Soins Primaires.
Pour davantage d'information l'équipe se tient à disposition à l'adresse ars-oc-dpr-pc@ars.sante.fr

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**Total 2025-2029**
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	0	+1	+1	+1	+1	4
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	0	0	+1	+1	+1	3
Etablissements de plus petite taille inférieure **à 100 lits**	0	0	0	+1	+1	2

Les protocoles de coopération portent sur une pluralité de thématiques dès lors que ces derniers répondent au besoin en soins du territoire. Il est possible de mettre en place des protocoles de coopération dans chacun des services.

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Exemple de protocole :

- Permettre aux infirmiers, dans le cadre d'un protocole validé, d'assurer le suivi clinique et la surveillance d'un patient hypertendu stabilisé, afin de :
- Décongestionner les consultations médicales,
- Optimiser le temps médical,
- Maintenir une surveillance de proximité,
- Améliorer l'éducation thérapeutique du patient. – Activités déléguées : Réalisation de la consultation de suivi (TA, poids, bilan d'observance),
- Adaptation de la posologie selon une arbre décisionnel prédéfini,

- Éducation du patient sur le régime, l'activité physique, les effets secondaires,
- Transmission systématique au médecin du service via le Dossier Patient Informatisé (DPI).
  - Conditions de mise en œuvre : Formation spécifique des IDE à la gestion de l'HTA,
- Validation du protocole par la commission médicale d'établissement (CME),
- Autorisation par l'ARS (protocole local),
- Évaluation annuelle des indicateurs : nombre de patients suivis, satisfaction, complications, etc. - Bénéfices attendus : Réduction du délai de suivi pour les patients chroniques,
- Réallocation du temps médical vers les cas complexes,
- Meilleure autonomisation des patients.

- *Accompagnement financier :* Une prime de 100€/mois est attribuée aux délégués et délégants par l'établissement. Cela permet d'augmenter la motivation et l'adhésion des professionnels de santé. *Pour les établissements publics.*
  Décret no 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération.

- *Accompagnement humain :* L'équipe des protocoles de coopération de la Direction du Premier Recours est à la disposition des professionnels de santé pour toute information et tout accompagnement pas à pas.

Pour tout souhait de mise en place d'un protocole de coopération, se faire connaitre de l'équipe des protocoles de coopération à l'adresse ars-oc-dpr-pc@ars.sante.fr

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Les données « déclaration de protocole de coopération » sont relevées en temps réel dès qu'une déclaration est effectuée par l'établissement sur la plateforme démarches-simplifiées.fr. L'établissement peut faire la demande d'information à tout moment auprès de l'ARS ars-oc-dpr-pc@ars.sante.fr

- **Modalité et suivi évaluation :** Au moment de la réévaluation du CPOM.

Le suivi est réalisé dans le cadre de l'évaluation du protocole de coopération au travers des indicateurs mentionnés dans ce dernier.

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_CT_07 : Nombre de réunions inter établissements relatifs à la gestion des tensions saisonnières (périodes hivernale et estivale) organisées conformément aux protocoles rédigés dans le cadre des plans épidémiques et hôpital en tension*
Objectif stratégique	*Renforcer la coordination entre établissements publics et privés pour maintenir la continuité des soins en périodes de tension (hivernales et estivales)*

1. Contexte et justification

Les périodes de tension (hivernale et estivale) peuvent générer une forte pression sur les établissements de santé, avec un risque accru de rupture dans la continuité des soins. Dans ce contexte, les établissements doivent disposer d'une organisation réactive et coordonnée.

Les plans blancs, rendus obligatoires, visent à organiser la réponse des établissements face à une situation exceptionnelle. Ils doivent être régulièrement mis à jour, testés, et accompagnés d'instances et d'exercices de coordination. En complément, l'ORU, sous le pilotage de l'ARS, anime les cellules des bedmanager des territoires afin d'organiser l'adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients et des établissements.

Cette coordination permet d'anticiper les tensions, de répartir la charge d'activité entre établissements publics et privés, et d'assurer la continuité des soins pour les patients.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif vise à :

- S'assurer que les dispositifs de coordination liés aux tensions saisonnières sont effectifs dans chaque territoire ;
- Vérifier que les instances prévues dans le cadre des plans blancs et des plans épidémiques (réunions, exercices, etc.) ont bien été activées ;
- Renforcer le dialogue et la coordination entre établissements publics et privés afin d'optimiser les capacités d'accueil et la gestion des flux de patients lors des périodes de forte sollicitation.

3. Description de l'indicateur

Définition de l'indicateur : Le nombre de réunions inter établissements tenues en période de tensions ou non (*Les cellules techniques animées par les DDARS en coopération avec l'ORU/ Nombre de réunions de coordination organisées conformément aux protocoles rédigés dans le cadre des plans épidémiques et hôpital en tension)*. Cet indicateur concerne tous les établissements de santé, ceux déclarant ou non une période de tension.
L'indicateur permet de valoriser l'existence et la tenue de réunions de coordination entre établissements sur un territoire, ainsi que l'élaboration de plans d'action spécifiques pour anticiper et répondre aux périodes critiques.

- **Durée de la mesure :** *2025-2029*
- **Partenaires** *:* DDARS, établissements, ORU
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** *cellules techniques de coordination ORU, instances liées aux plans blancs*

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Numérateur/dénominateur : Nombre d'instances /Nombre de périodes de tensions ou plans blancs déclarés

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Renseignement des capacités d'accueil dans l'espace pro ORU

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période : instances par période de tension

Cible 2025-2029	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Pour tous les établissements	/	2	2	2	2	2	10

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement humain :* Accompagnement ORU

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi évaluation :** déclarations établissements / ORU puis au moment de l'évaluation du CPOM

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_CT_08 : Nombre de filières de soins organisées en commun dans le cadre du projet médical soignant partagé (uniquement pour les GHT)*
Objectif stratégique	*Élaborer un projet médical et soignant partagé dans chaque GHT, garantissant une vision commune et des pratiques coordonnées.*

1. Contexte et justification

Le projet médical partagé (PMP) constitue un levier central pour garantir une réponse coordonnée, équitable et efficiente aux besoins de santé sur les territoires. Encadré par les articles R.6132-4 et R.6132-5 du Code de la santé publique, ce document stratégique est à la fois une obligation réglementaire et un outil de transformation organisationnelle pour les établissements membres d'un GHT.

En Occitanie, région caractérisée par une forte hétérogénéité territoriale et une démographie médicale parfois fragile, le renforcement de la gradation des soins via les 14 GHT existants s'impose comme une priorité pour structurer l'offre de soins et faciliter l'accès aux prises en charge.

L'élaboration conjointe du projet médical et soignant partagé (PMSP) permet d'organiser les filières de soins communes, via :

- Des équipes médicales de territoire,
- Des consultations avancées,
- Des projets de coopération renforcée.

Cela répond à une triple exigence :

- ✓ Améliorer la continuité des soins sur le territoire,
- ✓ Optimiser l'allocation des ressources,
- ✓ Mieux intégrer les usagers dans les parcours de soins.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif stratégique vise à structurer une offre de soins graduée, lisible et coordonnée sur l'ensemble du territoire, à travers un projet médical et soignant commun au sein de chaque GHT.

Il s'agit notamment de :

- Renforcer l'égalité d'accès aux soins, quelle que soit la localisation des patients, en optimisant l'articulation des soins entre établissements ;
- Mettre en œuvre une stratégie de filières médicales communes, permettant une meilleure efficience des prises en charge ;
- Favoriser une dynamique de coopération interprofessionnelle, en mobilisant l'ensemble des acteurs de santé du GHT autour de pratiques coordonnées ;
- Intégrer les réflexions des établissements dans une stratégie globale, garantissant la cohérence des parcours et la qualité des soins sur le territoire.
- Ce travail collaboratif contribue à fluidifier les parcours, à limiter les ruptures de soins et à renforcer la performance du système hospitalier public dans une logique de solidarité territoriale.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Nombre de filières de soins organisées en commun dans le cadre du projet médical soignant partagé (uniquement pour les GHT).
- **Durée de la mesure :** 2025-2029

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : Nombre de filières de soins organisées par an

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Pour tous les établissements : Nombre total de filières de soins formalisées entre les membres du GHT dans le cadre du PMSP	Diagnostic et concertations entre les professionnels Phase d'élaboration et validation du PMSP	Formaliser au moins 2 filières de soins organisées en commun	3 filières de soins organisées en commun Réaliser l'évaluation des premiers effets de la coordination par filière	4 filières de soins organisées en commun Ajuster les projets selon les retours d'expérience	5 filières de soins organisées en commun Réévaluation complète du projet ; harmonisation régionale potentielle	5 filières de soins organisés en commun

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Actions :

- **Diagnostic et concertations** : Recenser les filières de soins existantes et en développement au sein du GHT.
- **Identification des établissements impliqués** : Déterminer les établissements pour chaque filière de soins.
- **Réunions régulières** : Partager l'avancement du projet médical soignant avec les membres du GHT.
- **Formations** : Organiser des formations sur les pratiques partagées et les outils disponibles, si possible.
- **Collecte de retours** : Recueillir les avis des patients et des professionnels sur l'implémentation des filières communes.
- **Groupes de travail** : Impliquer les acteurs clés (directeurs, cadres de santé, usagers, FHF) pour définir les actions.
- **Comités de pilotage** : Assurer la cohérence et le suivi de la démarche, avec des arbitrages et engagements.
- Comités opérationnels : Assurer le suivi quotidien du projet et soumettre des propositions au comité de pilotage.

- **Commission médico-soignante** : Proposer des actions sur la mise en œuvre des filières, l'harmonisation des pratiques, la formation, et l'évaluation de l'impact sur le service rendu.

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle

- **Modalité de suivi évaluation :**

- Nombre de réunions pluridisciplinaires/comités
- Retours d'expériences des professionnels de santé et des patients (taux de satisfaction)

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_1 : Taux de professionnels formés ou sensibilisés en santé environnementale : qualité de l'air intérieur, maladies vectorielles, mobilités actives, perturbateurs endocriniens, éco-conception des soins.
Objectif stratégique	Développer les compétences en santé environnement des professionnels

1. Contexte et justification

Cet objectif s'inscrit dans l'engagement n°1 du PRS Occitanie, qui vise à accélérer les transitions écologiques en santé, tout en renforçant la prévention.

La santé environnementale recouvre l'ensemble des facteurs (air, eau, bruit, alimentation, produits chimiques…) pouvant influencer la santé humaine. Face aux enjeux sanitaires et climatiques croissants, il est essentiel que les professionnels de santé soient formés et sensibilisés à ces déterminants pour adapter leurs pratiques, informer les usagers et participer à des actions de réduction d'exposition.

Les établissements de santé ont un rôle clé à jouer pour :

- Réduire leur propre impact environnemental ;
- Intégrer les risques environnementaux dans la prise en charge des patients ;
- Développer une culture de la santé environnementale, partagée par l'ensemble des équipes.

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif stratégique vise à former les professionnels des établissements de santé aux enjeux de santé environnementale, à travers des modules pédagogiques adaptés et concrets.

Ces formations peuvent cibler :

- Les professionnels soignants (IDE, médecins, aides-soignants, etc.) ;
- Les professionnels des services techniques ou logistiques (blanchisserie, entretien, restauration, services généraux...) ;
- Les référents développement durable, QSE ou RSE.

Les thématiques de formation prioritaires sont :

- Qualité de l'air intérieur
- Maladies vectorielles
- Mobilités actives
- Perturbateurs endocriniens
- Éco-conception des soins

Les objectifs sont de renforcer les compétences, d'encourager les changements de pratiques, et de mobiliser les acteurs autour de démarches responsables et durables.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Taux de professionnels formés ou sensibilisés, par thématique de santé environnementale – indiquer la thématique dans la zone des commentaires.

  A noter que la formation interne par les pairs s'est fortement développée et peut être incluse dans le pourcentage dans les cibles.

- **Durée la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires :** ARS / SRA / IREPS Occitanie : appui à la mise en place des formations, kits pédagogiques, référentiels, organismes de formation tels que C2DS, OSE, PNN, ANFH, Programmes nationaux : outils HAS, CGDD, partenaires associatifs ou académiques

4. Type d'indicateur

Formule :

- Nombre de professionnels ayant suivi une formation, sensibilisation dédiée dans l'année/ Nombre total de professionnels dans l'établissement – Unité : % d'un sujet au choix, à préciser dans la zone commentaire

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Pour tous les établissements	≥ 10 % *	≥ 15% *	≥ 20% *	≥ 25%*	≥ 30%*	Total ≥ 30% au bout de 5 ans

*(concerne les professionnels formés ou sensibilisés sur au moins 1 thématique)

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Intégration de modules de santé environnementale dans le plan de formation annuel
- Intervention de formateurs spécialisés ou de partenaires régionaux (IREPS, SRA, ARS)
- Organisation de sessions de sensibilisation par thématique (air intérieur, perturbateurs endocriniens, etc.)
- Mise à disposition de supports de communication interne (affiches, e-learning, fiches pratiques)
- Valorisation des professionnels formés comme relais dans les équipes

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalités de suivi et évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM
-

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_2 : Nombre d'actions menées en matière de santé environnementale (qualité de l'air intérieur, maladies vectorielles, etc.) et niveau d'engagement (détailler les types d'actions et impact par thème pour suivi).*
Objectif stratégique	*Promouvoir des actions en santé environnementale aux bénéfices des usagers et les professionnels*

1. Contexte et justification

Les établissements de santé ont un rôle clé à jouer dans la transition écologique, à la fois en réduisant leur impact environnemental, et en menant des actions concrètes de sensibilisation, d'amélioration des pratiques et de mobilisation sur les déterminants environnementaux de santé.

Cet objectif s'inscrit dans le PRS Occitanie mais pas uniquement, il s'inscrit également dans la Stratégie nationale de santé environnement 2020-2024, la feuille de route nationale "développement durable & santé" du ministère de la Santé.

Ces plans encouragent une mobilisation croisée des professionnels, des usagers et des partenaires, autour de thématiques concrètes comme la qualité de l'air intérieur, les perturbateurs endocriniens, l'eau, les déchets, la biodiversité ou encore la mobilité.

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif est de déployer et structurer des actions concrètes de santé environnementale dans l'établissement, à destination :

- Des professionnels (sensibilisation, formations, changement de pratiques) ;
- Des usagers (informations, affichages, implication dans des projets) ;
- Du cadre de vie de l'établissement (locaux, espaces verts, pratiques d'entretien, alimentation, mobilité…).

Les thématiques recommandées incluent :

- Qualité de l'air intérieur
- Maladies vectorielles (dengue, moustique tigre...)
- Mobilités actives
- Perturbateurs endocriniens
- Éco-conception des soins
- Réduction des déchets et maîtrise de l'énergie

L'indicateur valorise le nombre d'actions par thématique mais aussi le niveau d'engagement (ex. : sensibilisation, action structurée, implication dans un plan pluriannuel...) et enfin, l'impact observé ou attendu.

3. Description de l'indicateur :

- **Définition de l'indicateur :** Nombre total d'actions réalisées par an toute activité confondue.
- **Durée la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires :** experts et opérateurs en Santé Environnement (exemple : OSE, PNN, DREAL, CPIAS, ALTOPICTUS, ORDECO…)
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** remontée annuelle de l'indicateur sous format libre

4. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Pour les établissements déjà engagés dans des actions de santé environnementale	≥ 2 actions sur ≥ 1 thématique	≥ 3 actions sur ≥ 2 thématiques	Maintien montée en charge	Progression annuelle + structuration dans un plan santé environnement ou QVT/QSE/RSE	Progression annuelle + structuration dans un plan santé environnement ou QVT/QSE/RSE
Pour les autres établissements	Réflexion	≥ 1 actions sur ≥ 1 thématique	Maintien montée en charge	≥ 2 actions sur ≥ 2 thématiques	Maintien montée en charge

5. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Campagne d'information sur les perturbateurs endocriniens (affiches, brochures, webinaires)
Audit de la qualité de l'air intérieur avec plan d'amélioration (ventilation, produits)
Mise à disposition de stationnements vélo ou abonnement mobilité douce pour le personnel
Semaine "hôpital durable" avec animations thématiques
Réduction des plastiques à usage unique dans les soins ou la restauration
Ateliers d'éducation à la santé environnementale pour les usagers (maternité, pédiatrie, SMR…

Exemples d'actions à mettre en œuvre sur la thématique clés de santé environnementale en établissement de santé :

1. Qualité de l'air intérieur

- Surveillance de la ventilation, lutte contre les COV, gestion de l'humidité et des moisissures.
- Produits d'entretien moins émissifs.

2. Exposition aux perturbateurs endocriniens (PE)

- Substitution des produits contenant des PE (ex : plastiques PVC, certains désinfectants).
- Choix de matériel et mobilier sans PE.

3. Utilisation de produits d'entretien écologiques

- Utilisation de produits écolabellisés.
- Recours à des procédés alternatifs (vapeur, microfibres…).

4. Gestion des déchets de soins et des déchets non dangereux

- Tri à la source, réduction du plastique à usage unique.
- Actions de lutte contre le gaspillage alimentaire et les invendus.

5. Mobilités durables

- Plans de mobilité hospitalière.

- Encouragement des mobilités actives pour les professionnels (vélo, marche…).

6. Maîtrise de l'énergie et de l'eau

- Rénovation énergétique des bâtiments.
- Réduction de la consommation d'eau (sanitaires, blanchisserie, stérilisation…).

7. Alimentation durable

- Approvisionnement local et bio.
- Réduction des protéines animales et lutte contre le gaspillage.

8. Lutte contre les maladies vectorielles

- Surveillance des moustiques (ex : Aedes), prévention dans les zones à risque.
- Formation du personnel à la prévention.

9. Bruit et ambiance sonore

- Réduction du bruit dans les services (matériel, alarme, flux de circulation…).

10. Rayonnements et champs électromagnétiques

- Bon usage des dispositifs émetteurs (IRM, ondes radio…).
- Respect des normes de protection pour les travailleurs exposés.

11. Aménagements durables

- Choix des matériaux, végétalisation, désimperméabilisation des sols.
- Prise en compte du bien-être environnemental des patients et soignants.

12. Éthique des achats responsables

- Intégration de critères environnementaux dans les appels d'offre.
- Réduction des emballages et surconditionnements.
-

6. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_3 Nombre d'interventions de promotion de la santé mises en place au sein de l'établissement (interne et ou externe)
Objectif stratégique	Renforcer les thématiques de santé publique

1. Contexte et justification

Si de nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé sont aujourd'hui menées dans la région Occitanie, leur visibilité, lisibilité et structuration peuvent encore être renforcées, en particulier au sein des établissements de santé.
La prévention reste trop souvent marginale dans les organisations hospitalières alors même qu'elle constitue un levier majeur de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Il est donc essentiel de renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les pratiques hospitalières, en mobilisant l'ensemble des professionnels autour d'une culture commune de prévention, fondée sur : la sensibilisation, la formation, et une communication renforcée autour des déterminants de santé.

Ce positionnement est pleinement inscrit dans les engagements du PRS Occitanie, en cohérence avec la feuille de route nationale.

Si nombre de programmes et d'actions de prévention et de promotion de la santé sont mis en œuvre en Occitanie, leurs visibilité et lisibilité doivent être renforcées.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif vise à mettre en place des actions en lien avec la promotion de la santé en établissements de santé.

Il s'agit de :

- Soutenir la place de la prévention et de la promotion de la santé auprès des professionnels de santé
- Construire une stratégie de communication en promotion de la santé
- Poursuivre la mobilisation de tous en agissant sur les principaux déterminants de santé

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Nombre d'interventions de promotion de la santé mises en place au sein de l'établissement
- **Durée de la mesure :** 2025-2029

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : Nombre d'interventions de promotion de la santé/an

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**Total 2025-2029**
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	+2 interventions	+3 interventions	+3 interventions	+4 interventions	+4 interventions	16
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	+1 intervention	+2 interventions	+2 interventions	+3 interventions	+3 interventions	11
Etablissements de plus petite taille **Inférieure à 100 lits**	Réflexion	+1 intervention	+1 intervention	+1 intervention	+2 interventions	5

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Actions :

Réalisation des actions de préventions et de sensibilisation (par exemple : des ateliers de sensibilisation sur la promotion de la santé auprès des professionnels de santé, sensibiliser les professionnels de santé aux facteurs de risques (tabac, alcool, nutrition, environnement), actions de dépistages, …

Réalisation de campagnes communications (supports d'informations, affiches...)

Réalisation de formations auprès des professionnels

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

Fréquence de collecte de l'indicateur : annuelle

Modalité de suivi évaluation : Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation

- Nombre d'actions réalisées,
- Nombres de participants,
- Retours d'expériences (taux de satisfaction)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_4 Etablissement signataire de la charte d'engagement en faveur de la vaccination des professionnels de santé (O/N)
Objectif stratégique	Renforcer la promotion de la vaccination

1. Contexte et justification

La promotion de la vaccination des professionnels de santé est un enjeu de santé publique, à la fois pour protéger les soignants, préserver les patients vulnérables, et maintenir la continuité des soins en période épidémique.
La Charte d'engagement en faveur de la vaccination des professionnels de santé, diffusée par le ministère chargé de la Santé et Santé publique France, vise à :

- Encourager les établissements à structurer leur stratégie vaccinale ;
- Mobiliser la gouvernance hospitalière dans une démarche proactive ;
- Promouvoir la culture de la prévention vaccinale au sein des équipes.

Cet engagement est en lien direct avec le Projet Régional de Santé (PRS) en Occitanie, qui insiste sur :

- L'accès équitable à la prévention,
- Le développement des actions de santé publique dans les établissements de santé.

Par ailleurs, des zones de fragilité vaccinale ont été identifiées dans plusieurs départements de la région, notamment le Lot, l'Ariège et l'Aude, où la couverture vaccinale des professionnels de santé, en particulier contre la grippe, demeure insuffisante. Cela renforce la nécessité d'un engagement fort et structuré des établissements, en lien avec les équipes territoriales de santé publique et les acteurs de la prévention.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif stratégique vise à :

Favoriser l'adhésion des établissements à une démarche nationale de promotion de la vaccination ;

- Encourager les établissements à formaliser leur engagement en signant la charte nationale ;
- Servir de levier interne pour initier ou renforcer des actions concrètes : campagnes internes, communication, facilitation de l'accès à la vaccination (infirmiers vaccinateurs, créneaux dédiés…).

Il s'agit aussi d'un pré-requis symbolique et opérationnel pour montrer que l'établissement assume un rôle actif dans la protection de ses professionnels et de ses usagers.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Etablissement signataire de la charte d'engagement en faveur de la vaccination des professionnels de santé
- **Durée de la mesure :** 2025-2029
- **Élément de preuve :** Copie de la charte signée, envoi officiel, communication interne ou externe

4. Type d'indicateur

Type de réponse :

- Oui = la charte est signée (O)
- Non = la charte n'est pas signée (N)

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

- *CHARTE POUR LA VACCINATION DES PROFESSIONNELS EN OCCITANIE*

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026 - 2029
Pour tous les établissements	Signature de la charte par l'établissement (cible minimale	Maintien de l'engagement + mise en œuvre d'actions de promotion internes à documenter

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Actions :

- Mettre en place des sessions de vaccination pour faciliter l'accès des professionnels à la vaccination.
- Organiser des séances d'information et des campagnes de sensibilisation à destination des professionnels de santé (affiches, courriels, réunions).

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi évaluation :** Elément de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM
  - Signature par l'établissement de la charte

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_5 Mise en œuvre d'une démarche de réduction de l'empreinte environnementale des produits d'entretien et de soin, incluant au moins une action sur les achats écoresponsables, ou la réduction des produits chimiques – (OUI/NON)
Objectif stratégique	Réduire l'empreinte environnementale liée aux produits d'entretien et de soin en établissement de santé. Promouvoir une consommation responsable, l'usage de produits certifiés, et les pratiques alternatives plus durables.

1. Contexte et justification

Les établissements de santé ont une empreinte environnementale importante, notamment via l'utilisation quotidienne de produits d'entretien, de désinfection et de soins. Ces produits, peuvent être nocifs pour :

- La santé des professionnels (exposition à des substances irritantes ou toxiques),
- L'environnement (rejets dans l'air, l'eau, les déchets chimiques),
- Les finances de l'établissement (inflation sur certains produits certifiés ou spécialisés).

La promotion de produits écoresponsables est encouragée par :
Le Plan national santé environnement (PNSE 4),
La feuille de route nationale "développement durable et santé" du ministère de la Santé,
Le Projet Régional de Santé (PRS) Occitanie – Engagement 1, qui encourage les établissements à intégrer des pratiques durables et responsables.

Par ailleurs, des alternatives crédibles émergent (nettoyage vapeur, réduction des volumes, rationalisation des gammes), portées localement par des établissements pionniers.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif vise à :

- Réduire l'impact environnemental des produits utilisés au quotidien,
- Améliorer la sécurité des soignants et des patients, en limitant l'exposition aux produits à risque,

- Promouvoir une consommation raisonnée, fondée sur les besoins réels, la prévention du gaspillage, et la valorisation des pratiques sobres,
- Encourager l'usage de produits certifiés, tout en tenant compte des contraintes économiques et organisationnelles.

Il s'agit de s'inscrire dans une démarche progressive : recenser, choisir, former, ajuster les pratiques, valoriser les actions.

3. Description de l'indicateur

Définition de l'indicateur : Quantités de produits consommés par an et disposant d'un écolabel ou Ecocert

- **Durée de la mesure :** 2025-2029

4. Type d'indicateur

Existence et mise en œuvre d'une démarche de réduction de l'empreinte environnementale des produits d'entretien et de soin dans l'établissement.
Formulation :
Oui / Non – L'établissement justifie avoir mis en œuvre au moins une action parmi les suivantes :

- Recours à des produits certifiés (Écolabel, Ecocert, NF Environnement…)
- Réduction des volumes de produits utilisés (quantité, fréquence)
- Substitution de produits par des alternatives sans chimie (nettoyage vapeur, microfibres…)
- Campagne de sensibilisation des professionnels à une consommation responsable
- Référencement d'une gamme écoresponsable dans le marché public
- Intégration de critères durables dans un appel d'offres

Type :

- Indicateur qualitatif, avec éléments de preuve documentés

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Direction achats, logistique, qualité, développement durable
Éléments de preuve attendus :
Tableau de suivi des produits,
Fiches techniques fournisseurs,
Copie d'appel d'offres,
Rapport d'audit interne,
CR de commission développement durable, etc.

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Pour les établissements déjà engagés dans la démarche	Mise en œuvre d'au moins 1 action structurée	Extension à au moins 2 actions complémentaires	Extension à au moins 2 actions complémentaires	Intégration dans une politique achats ou QSE formalisée	Intégration dans une politique achats ou QSE formalisée	Minimum 1 action structurée et 4 actions complémentaires au bout des 5 ans
Pour les autres établissements	Réflexion	Mise en œuvre d'au moins 1 action structurée	Consolidation	Extension à au moins 2 actions complémentaires	Consolidation	Maintien montée en charge

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Actions :

- Recenser les produits actuellement utilisés (produits d'entretien, matériels, soins) et identifier les produits disposant déjà d'un écolabel ou d'une certification environnementale
- Développer des partenariats avec des fournisseurs certifiés et ayant des produits écologiques certifiés.
- Référencement d'une gamme certifiée dans le marché de produits d'entretien
- Formation ou sensibilisation des professionnels sur les impacts et alternatives
- Réduction des dilutions excessives, simplification des gammes, achat groupé GHT, groupes

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalités de suivi et d'évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_6 Nombre de programmes d'ETP
Objectif stratégique	Mettre en place des consultations d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies chroniques et en ALD// Développer des programmes personalisés d'ETP pour les patients en ALD et maladies chroniques

1. Contexte et justification

En Occitanie, selon l'assurance maladie 1,3 million de personnes vivent en 2021 au quotidien avec au moins une maladie chronique. Le nombre de personnes de plus de 15 ans vivant avec un handicap en milieu ordinaire peut être estimé en Occitanie entre 230 0005 et 708 000 (selon les hypothèses les plus restrictives ou les plus larges dans la définition).
L'impact de la vie avec une maladie chronique sur la qualité de vie des personnes et celle de leurs proches est important et les soutenir pour améliorer leur quotidien est essentiel.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un outil majeur pour permettre au plus grand nombre de personne vivant avec une maladie chronique de mieux vivre et de bien vieillir. Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences d'auto-soins et d'adaptation dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient.
Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements et en améliorant sa qualité de vie. Les programmes d'ETP sont conformes à un cahier des charges national dont le contenu est défini sur la base des référentiels établis par la Haute Autorité de Santé déployée aujourd'hui tant par des équipes hospitalières que dans les soins de proximité, elle reste insuffisamment mobilisée.

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif est de comptabiliser les programmes d'ETP dans un établissement de santé.

- Renforcer la capacité des usagers à être acteur de leur santé dans tous les domaines de vie avec la maladie et notamment leur compétence à agir sur les déterminants individuels de santé que sont la sédentarité, l'alimentation et la réduction des risques liés aux addictions (tabac, alcool) :
- Intensifier l'accès à l'ETP pour les patients atteints d'affection de longue durée

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Nombre de programmes d'ETP

Cet indicateur correspond au nombre total de programmes d'ETP officiellement déclarés par un établissement de santé auprès de l'ARS, conformément à l'article L1161-1 du Code de la santé publique. Il permet de mesurer l'engagement de l'établissement dans la prise en charge globale, éducative et participative des patients atteints de maladies chroniques.

- **Durée de la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires** *:* professionnels de santé de l'établissement, ARS, patients

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : Nombre de programmes d'ETP

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

- Cahier des charges national défini sur la base des référentiels établis par la Haute Autorité de Santé

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	Constituer une équipe multidisciplinaire d'ETP*	*+ 1 programme d'ETP*	*+ 2 programmes d'ETP*	*+ 2 programmes d'ETP*	*+ 3 programmes d'ETP*	8 *programmes d'ETP*
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	Constituer une équipe multidisciplinaire d'ETP*	*+ 1 programme d'ETP*	*+ 1 programme d'ETP*	*+ 1 programme d'ETP*	*+ 2 programmes d'ETP*	5 *programmes d'ETP*
Etablissements de plus petite taille **inférieure à 100 lits**	0	Constituer une équipe multidisciplinaire d'ETP*	Constituer une équipe multidisciplinaire d'ETP*	*+ 1 programme d'ETP*	*+ 1 programme d'ETP*	*2 programmes d'ETP*

* Élaborer un diagnostic éducatif, définir un programme personnalisé d'ETP, planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

Actions :

- Constituer une équipe multidisciplinaire d'ETP
- Élaborer un diagnostic éducatif
- Définir un programme personnalisé d'ETP
- Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle
- **Modalités de suivi et évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ 2022 2028

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_7 : Mise en place des démarches de mesures de la qualité des soins perçue par les patients (PROMS, PREMS)*
Objectif stratégique	*S'appuyer sur le retour d'expérience des usagers pour améliorer l'accès aux soins/ /Améliorer l'expérience des patients*

1. Contexte et justification

Mesurer la qualité des soins est un prérequis pour définir les actions à mettre en œuvre et objectiver les progrès dans le but d'améliorer le service rendu aux patients. Cette démarche, depuis longtemps menée par les professionnels pour autoévaluer leurs pratiques, est enrichie par la vision complémentaire des patients. Trois types de mesure évaluent la qualité des soins perçue par les patients avec des outils distincts :

Les Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) pour le résultat des soins, les Patient-Reported Expérience Measures (PREMs) pour l'expérience des soins et les questionnaires de satisfaction des patients pour la réponse à leurs attentes.

Les Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) sont des instruments permettant de mesurer le résultat perçu par le patient (PRO). Il s'agit des questionnaires accompagnés d'une documentation précisant des informations sur la maladie et des symptômes. En donnant aux patients et aux professionnels un vocabulaire commun, les PROMs facilitent la communication.

Quant à eux, les PREMs, qui reposent sur l'analyse de l'expérience vécue par les patients, aident les professionnels et les organisations de santé à s'améliorer sur les dimensions, comme la communication avec les patients, la réactivité des équipes, la prise en charge de la douleur ou plus HAS.

Utiles aux plans individuel et collectif, les mesures de la qualité des soins perçue par les patients sont de plus en plus mises en œuvre en pratique clinique courante, mais elles restent encore relativement méconnues, ce qui justifie une attention particulière pour encourager et diffuser les initiatives dans la matière.

2. Description de l'objectif stratégique

- Faire progresser le respect des droits des usagers, reconnaitre les personnes comme des acteurs à part entière pour leur permettre de s'engager pleinement dans les projets qui les concernent (projet de santé, amélioration des parcours, amélioration des organisations, adaptation des politiques publiques aux besoins et attentes, …)
- Une amélioration de « l'expérience patient » et des risques atténués

La mise en place d'outils comme les PROMs et PREMs répond directement à cet objectif : ils permettent de rendre visibles les ressentis, besoins et attentes des patients, et de les utiliser comme leviers concrets d'amélioration des pratiques et des organisations. Ces démarches contribuent à renforcer la transparence, la pertinence et la qualité du système de santé, tout en instaurant une relation de soins plus partenariale.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Mise en place des démarches de mesures de la qualité des soins perçue par les patients (PROMS, PREMS)
- **Durée de la mesure :** 2025-2029

4. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Pour tous les établissements	Engager dans la démarche. Elément de preuve : Formalisation d'un projet / une action avec définitions des modalités de mise en œuvre	Réaliser au moins une évaluation PROMS ou PREMS Elément de preuve : Questionnaire validé par les instances concernées	Réaliser l'analyse des résultats, le plan d'actions issues de ces résultats et les communiquer aux instances de l'établissement. Elément de preuve : - Support de communication - Comptes-rendus des instances - Plan d'actions	Mettre en place des actions d'amélioration identifiées. Elément de preuve : Plan d'actions mis à jour avec suivi de l'état d'avancement	Réaliser une réévaluation et l'analyse comparative des résultats. Elément de preuve : - Analyse comparative des résultats - Plan d'actions mis à jour

5. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Indicateurs de qualité perçue par les patients – HAS
- Haute Autorité de Santé – Aide à l'utilisation des PROMs en pratique clinique courante
- Visualisation dynamique des questionnaires PROMs retenus pour les pathologies chroniques
- Travaux conduits sur la satisfaction et les PREMs
- Structure Régionale d'Appui – SRA en Occitanie

6. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi et d'évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation.

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_8 : Taux de projets (ou actions) du Projet d'Etablissement coconstruits dans une dynamique de Partenariat en Santé
Objectif stratégique	*Développer le Partenariat en Santé au niveau des services*

1. Contexte et justification

L'enjeu au cours des 5 prochaines années du PRS en Occitanie est de renforcer le Partenariat en Santé pour qu'il diffuse à la fois au sein de chaque relation de soins ou d'accompagnement qui s'instaure, et dans chaque établissement de santé, établissement ou service médicosocial et structure de premier recours.

C'est la diffusion de cette culture du Partenariat en Santé qui contribuera à l'amélioration des parcours de santé et de soins, des organisations, des formations, ….

En s'appropriant la recommandation « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire » de la Haute Autorité de Santé, chacun – dans ses activités quotidiennes et dans les projets menés – devra se demander pourquoi et comment associer à la réflexion les usagers* et les acteurs, professionnels concernés et ce tant au niveau de de la co-décisionn que de la co-construction que, et de la co-mise en œuvre, incluant l'évaluation.

2. Description de l'objectif stratégique

- Renforcer le rôle des patients partenaires dans la construction des projets d'organisation ou de prise en soins
- Promouvoir le partenariat en santé et accompagner sa diffusion

3. Description de l'indicateur

(*) Dans cette fiche, à chaque fois que le terme « usager » est utilisé, il regroupe les personnes en soin (patients), les personnes accompagnées, les proches-aidants et les associations qui les représentent. Pour une culture partagée du Partenariat en Santé, consulter le lexique « Des Mots pour se Comprendre » : https://partenariat-en-sante.org/des-mots- pour-se-comprendre/

- **Définition de l'indicateur :**

Taux de projets ou actions du Projet d'Etablissement coconstruits dans une dynamique de Partenariat en Santé.

Projets ou actions : Les objectifs stratégiques d'établissement sont en principe déclinés en plusieurs projets (ou actions) au niveau des poles, des départements, des services ou en transversal. Ces projets (ou actions) constituent le Projet d'Etablissement.

Co-Construction : Partenariat entre les usagers et les différents professionnels de l'établissement pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des projets ou des actions. Cette approche participative favorise un partage d'expertise et une prise de décision collective.

Partenariat en Santé :

S'engager dans le Partenariat en Santé, c'est agir ensemble pour le bien-être physique, mental et social de chacun, en reconnaissant et en s'appuyant sur la complémentarité des expériences, savoirs et compétences des usagers et des professionnels du système de santé, par la co-construction, co-décision, co-mise en oeuvre des projets de santé de chacun et de tous.

Cette démarche s'opérationnalise dans :

- la dimension individuelle :
  - relation professionnel – personne en soin (milieu sanitaire)
  - personne accompagnée/proche-aidant (milieu médico-social et social)
- une dimension collective :
  - politiques de santé, organisation des établissements, soins cliniques & éducatifs, formation des professionnels de santé, recherche & innovation

Dynamique de Partenariat en Santé : désigne l'inscription dans la duréede la co-construction des projets (ou des actions) entre les professionnels de l'établissement et les usagers. Cette approche vise à améliorer la qualité des soins et l'expérience des patients .

- Reconnaissance mutuelle des expertises
- Engagement et participation des acteurs
- Approche interdisciplinaire et transversale dans les discussions
- Objectif d'amélioration continue adaptée aux besoins et expériences des usagers*

(*) Dans cette fiche, à chaque fois que le terme « usager » est utilisé, il regroupe les personnes en soin (patients), les personnes accompagnées, les proches-aidants et les associations qui les représentent. Pour une culture partagée du Partenariat en Santé, consulter le lexique « Des Mots pour se Comprendre » : https://partenariat-en-sante.org/des-mots- pour-se-comprendre/

Les projets peuvent être réalisés avec une Commission des usagers (CDU) qui est installée dans chaque établissement de santé afin de veiller au respect des droits des usagers, faciliter leurs démarches et contribuer par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.
Les CDU sont composés à minima des membres suivants : Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, un médiateur médecin et son suppléant, un médiateur non médecin et son suppléant, deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le Directeur Général de l'ARS sur proposition des associations agréées d'usagers du système de santé (article L 1114-1 du Code de la Santé Publique).

- **Durée de la mesure :** *2025-2029*
- **Partenaires** *:* Centre Opérationnel du Partenariat en Santé (COPS) et de son comité des partenaires Ou libre choix de l'établissement.

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule de calcul :
Périmètre : les volets Projet Médical, Projet de soins, Projet d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) du Projet d'Etablissement

- Numérateur : Nombre de projets ou actions co-construits avec un ou des usagers
- Dénominateur : Nombre total de projets ou actions des volets cités
- Unité de mesure : Pourcentage (%).

(*) Dans cette fiche, à chaque fois que le terme « usager » est utilisé, il regroupe les personnes en soin (patients), les personnes accompagnées, les proches-aidants et les associations qui les représentent. Pour une culture partagée du Partenariat en Santé, consulter le lexique « Des Mots pour se Comprendre » : https://partenariat-en-sante.org/des-mots- pour-se-comprendre/

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Le Projet d'Etablissement
- Volet projet médical
- Volet projet de soins
- Volet PAQSS

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Cible attendue pour tous les établissements		Cible choisie par l'établissement (> 10%)	1èr recueil. Cible choisie atteinte		2ème recueil Cible atteinte & Progression positive de l'indicateur	

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Appui méthodologique par le dispositif COPS Centre Opérationnel du Partenariat en Santé (www.partenariat-en-sante.org)
- Représentants des Usagers en CDU | Agence régionale de santé Occitanie

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle
- **Modalité de suivi et d'évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM

(*) Dans cette fiche, à chaque fois que le terme « usager » est utilisé, il regroupe les personnes en soin (patients), les personnes accompagnées, les proches-aidants et les associations qui les représentent. Pour une culture partagée du Partenariat en Santé, consulter le lexique « Des Mots pour se Comprendre » : https://partenariat-en-sante.org/des-mots- pour-se-comprendre/

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_9 : Nombre d'actes de télésanté (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, télésoin, télé-réadaptation) dans l'année
Objectif stratégique	Développer la télésanté dont la télémédecine// Augmenter le nombre d'actes de télésanté

1. Contexte et justification

La télésanté, composée de la télémédecine et du télésoin, constitue un levier clé pour la transformation du système de santé. Son cadre réglementaire évolue régulièrement pour permettre son développement.

La télésanté regroupe l'ensemble des activités (soin, consultation, etc..) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique.

La télésanté est composée de 2 domaines d'activités :

- La télémédecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste)
- Le télésoin pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical.

La pratique de la télémédecine s'est développée en région dans de nombreuses spécialités médicales, avec une activité observée en 2024 de 1 million d'actes de téléconsultation, un doublement des actes de téléexpertise (96000), et marquée par l'entrée dans le droit commun de la télésurveillance médicale en 2023 (100 000 actes).

En région comme en France, en 2024 seulement 2 % des actes de téléconsultations remboursées par l'assurance maladie sont réalisés par des établissements de santé publics facturant en FIDES, 53 % sont réalisées par des médecins généralistes et spécialistes libéraux et 45 % par des établissements de santé privés et des Centres de santé ;

L'Occitanie compte près d'1 million de patients en ALD. 7,8 % de ces patients (versus 8,1 % en France) ont bénéficié au cours de S2-2024 d'au moins 1 acte de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale).

Parmi eux, 94,8 % ont eu ce recours en ville et la télésurveillance médicale représente 7 % des actes de télémédecine dont ont bénéficié les patients en ALD.

La télésanté doit contribuer à l'approche populationnelle des parcours de soins dans le cadre d'une organisation territoriale de santé. Dans le respect des cadres réglementaires et des conventions avec l'Assurance maladie, l'objectif est de l'inscrire dans les pratiques médicales et soignantes et dans les projets médicaux de toutes les organisations et structures de santé des territoires.

A l'initiative de l'ARS, une feuille de route régionale est en cours de co-construction avec l'Assurance Maladie, pour définir les priorités de développement de la télésanté. Il s'agit de donner un cadre au développement de la télésanté qui réponde aux besoins d'accès aux soins et à l'expertise selon la gradation des soins identifiés dans le PRS.

2. Description de l'objectif stratégique

Le développement de la télésanté est aujourd'hui un objectif stratégique pour les établissements de santé, car cette pratique peut améliorer l'accès aux soins, notamment pour les populations rurales ou isolées. Elle permet de réduire les coûts en optimisant les ressources et en limitant les déplacements inutiles. La télésanté contribue également à améliorer la qualité des soins en assurant un suivi régulier, notamment pour les patients chroniques. Elle aide à désengorger les services d'urgence et à mieux gérer les flux de patients. La télésanté permet également une meilleure collaboration entre professionnels de santé et renforce la compétitivité des établissements en intégrant des technologies innovantes.

Cet objectif s'inscrit dans l'engagement 3 du Projet Régional de Santé, pour renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes.

3. Description de l'indicateur *:*

- **Définition de l'indicateur :** Nombre d'actes de télésanté (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, télésoin) dans l'année

  Le nombre total de consultations (présentielles et distancielles) devra également être transmis par l'établissement dans la zone des commentaires.

- **Durée de la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires** *:* Le **GRADES Occitanie** met en œuvre un accompagnement de proximité aux structures et professionnels qui en font la demande, et anime une communauté Télésanté fondée sur le partage d'expérience entre pairs.

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

- **Unité de mesure** : valeur absolue du nombre d'actes, par typologie d'actes

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Au niveau local : par l'établissement
Au niveau régional : les données d'activité de télémédecine sont fournies par la CNAM (SNDS)

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	Augmentation de 20 points	Augmentation de 20 points	Augmentation de 20 points	Augmentation de 20 points	Augmentation de 20 points	Augmentation de 100 points
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	Augmentation de 10 points	Augmentation de 10 points	Augmentation de 10 points	Augmentation de 10 points	Augmentation de 10 points	Augmentation de 50 points
Etablissements de plus petite taille inférieure **à 100 lits**	Augmentation attendue	Augmentation attendue	Augmentation attendue	Augmentation attendue	Augmentation attendue	Augmentation attendue

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Accompagnement financier : selon AAP national ou régional
- Accompagnement humain : possible accompagnement par le GRADeS Occitanie sur demande, dans le cadre de projets territoriaux
- Accompagnement technique : sur financement de l''ARS, mise à disposition par le GRADeS :
    - d'une solution régionale de téléexpertise (accessible à tous les ES qui le souhaitent)
    - d'une solution de téléconsultation directe (selon projet et type d'établissement)

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle.
- **Modalité de suivi évaluation : au moment de l'évaluation du CPOM**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_10 :* Nombre de cellule hebdomadaire de gestion des lits
Objectif stratégique	*Améliorer et fluidifier le parcours de soins hospitalier // Réduire les délais de prise en charge*

1. Contexte et justification

L'accès à un médecin spécialiste dans des délais raisonnables reste un enjeu central dans l'amélioration des parcours de soins. En France, les délais pour obtenir un rendez-vous en consultation spécialisée hospitalière sont parfois longs, en particulier dans certaines spécialités en tension ou zones géographiques sous-dotées.

Le Pacte de refondation des urgences souligne l'importance de fluidifier l'accès au second recours, notamment pour éviter des passages inappropriés aux urgences.
L'amélioration du délai d'attente en consultation est également un levier clé de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, d'optimisation du parcours patient et de renforcement de la continuité des soins ville-hôpital.

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif stratégique consiste à garantir l'existence et le fonctionnement opérationnel d'une cellule interne de gestion des lits, dans chaque GHT, mais aussi pour l'ensemble des établissements, afin de faciliter les hospitalisations non programmées et améliorer la réactivité des prises en charge.

Cette cellule doit permettre de :

Optimiser l'utilisation des capacités d'hospitalisation disponibles au sein du territoire ;

Coordonner les entrées et sorties en temps réel, en lien avec les urgences et les unités de soins ;

Réduire les temps d'attente sur brancard, améliorer la fluidité des parcours et contribuer à la sécurité des patients.

Elle pourra s'appuyer sur plusieurs outils existants, dont :

Les données de recensement capacitaire en temps réel disponibles sur l'espace pro ORU ;

L'indicateur BJML (Besoin Journalier Moyen en Lits), diffusé chaque mois par l'ORU ;

Les remontées des outils internes (logiciels de gestion de lits, flux patients, etc.).

Cette organisation s'inscrit dans les engagements du Pacte de refondation des urgences, notamment la mesure 12 : « Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées ».

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** recenser la fréquence de tenue des cellules internes de gestion des lits

Cet indicateur mesure la **fréquence hebdomadaire des réunions ou cellules de gestion des lits** organisées au sein d'un établissement de santé (ou à l'échelle d'un GHT), ayant pour objectif de suivre et coordonner les capacités d'hospitalisation et les flux de patients. – Critères d'inclusion Réunion formalisée, avec ou sans support écrit, portant sur :

- L'analyse des lits disponibles ou occupés.
- Les prévisions de sorties/entrées.
- Les tensions ou blocages sur les services (urgences, médecine, chirurgie, SSR...).
- L'organisation de transferts ou de plans de désengorgement.

Participants : au moins un cadre administratif et/ou soignant, représentant les services cliniques concernés.

Support de suivi : tableau de bord, logiciel de gestion des lits, rapport synthétique.

Critères : d'exclusion
Réunions informelles ou ponctuelles sans objet clair ni suivi.

Réunions non récurrentes (moins d'une fois par semaine) sauf cas justifiés (petits établissements, faible activité).

- **Durée de la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires** *:* les établissements membres de GHT, l'ORU (cellule opérationnelle)
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** *instance interne GHT*

4. Type d'indicateur

Formule :

- Nombre de cellules de gestion des lits tenues dans l'année

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Bases de données : données capacitaires détenues et mise en ligne par l'ORU + Données BJML

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Cible attendue Pour tous les établissements	1 cellule hebdomadaire de gestion des lits minimum	1 cellule hebdomadaire de gestion des lits minimum	2 cellules hebdomadaires de gestion des lits minimum	2 cellules hebdomadaires de gestion des lits minimum	2 cellules hebdomadaires de gestion des lits minimum	8 cellules hebdomadaires de gestion des lits minimum

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement humain :* Coordonnateurs ORU, voire DDARS pour analyse des données

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle
- **Modalité de suivi et d'évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ 2023 2028

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_11 : Taux d'*admissions directes non programmées *des patients sans passage (ADNP) par un SAU pour les personnes de plus de 75 ans*
Objectif stratégique	*Favoriser l'accès direct aux prises en charge spécialisées sans passer par les urgences en développant le lien entre premier et second recours // Fluidifier les parcours PA*

1. Contexte et justification

L'accès aux soins non programmés pour les personnes âgées reste un enjeu majeur de santé publique, en lien avec le vieillissement de la population, les pathologies chroniques, et la fragilité accrue de ces patients.

Une étude parue dans JAMA Internal Medicine a montré qu'une nuit passée aux urgences en attente d'une hospitalisation augmente significativement la mortalité des patients de plus de 75 ans, en particulier les plus vulnérables.

Dans ce contexte, l'orientation systématique vers les urgences n'est ni adaptée, ni souhaitable pour cette population. Elle aggrave la perte d'autonomie, génère des effets iatrogènes, et surcharge les services.

👉 L'enjeu est donc de favoriser l'admission directe des personnes âgées en hospitalisation, sans passage préalable par un SAU, en développant des filières coordonnées entre ville et hôpital.

2. Description de l'objectif stratégique

Dans un contexte d'orientation quasi systématique des personnes âgées vers un service d'urgences, Cet objectif vise à organiser des dispositifs de recours direct à l'hospitalisation pour les personnes âgées à partir de la médecine de ville, des EHPAD ou d'autres structures sociales et médico-sociales.

Tous les établissements MCO, qu'ils disposent ou non d'un service d'urgences, sont concernés par cette organisation.

Il s'agit de :

Mettre en place ou actualiser des conventions avec les acteurs de premier recours (médecins traitants, EHPAD, services à domicile, DAC, CPTS…) ;

Déployer un processus dédié d'admission directe : cellule de régulation médicale, plateforme téléphonique d'adressage, circuit court d'entrée en hospitalisation… ;

Assurer la traçabilité des admissions directes pour en suivre l'évolution et en améliorer l'organisation.

L'objectif est également d'améliorer la coordination interprofessionnelle et d'assurer une prise en charge plus rapide, plus adaptée et moins délétère pour les personnes âgées.

3. Description de l'indicateur *:*

- **Définition de l'indicateur :** Taux de patients de plus de 75 ans admis en hospitalisation sans passage par les urgences
- Dans la zone commentaires indiquer oui/non : Installation d'un processus dédié d'admission directe des PA (cellule d'ordonnancement des hospitalisations, plateforme téléphonique, etc…).

- **Durée de la mesure :** *2025-2029*
- **Partenaires** *:* les SAS (et leur filière gériatrique), les organisations de médecine de ville (CPTS, MSP), les ESMS, les EPSPA, les établissements de « second recours (SMR, HAD), les DAC
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** *Comité de pilotage rassemblant toutes les parties prenantes vue de l'analyse du parcours PA sur le territoire*

4. Type d'indicateur

Installation d'un processus dédié d'admission directe des PA (cellule d'ordonnancement des hospitalisations, plateforme téléphonique, etc…).

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- NB patients de plus de 75 ans admis en hospitalisation sans passage par les urgences/nb total de patients de plus de 75 ans.

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Admissions directes PA à M9 de l'exercice en cours publié par l'ATIH.
Dénombrement des admissions directes réalisées par les processus établis par les ES

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	Mettre en place le processus	Inclure les données des admissions directes non programmées réalisées par les processus ES	+15% d'admissions directes non programmées	+20% d'admissions directes non programmées	+25 d'admissions directes non programmées	
Pour les autres établissements	Mettre en place le processus	Inclure les données des admissions directes non programmées réalisés par les processus ES	+10% d'admissions directes non programmées	+15% d'admissions directes non programmées	+20 d'admissions directes non programmées	

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement financier :* Valorisation du codage PMSI (en C1 année N)

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** *Annuelle*
- **Modalité de suivi évaluation :** transmissions des documents décrivant les organisations installées + transmission des données d'activité ADNP par ces organisations.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ 2022 2028

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_12 Nombre de modes de prise en charge des mammographies et d'échographies mammaires par an
Objectif stratégique	Améliorer l'accès à l'échographie mammaire et à la mammographie // Réduire le temps d'attente pour ces examens

1. Contexte et justification

Depuis 2024, l'ARS constate la dégradation des conditions régionales d'accès aux examens de mammographie, dans le cadre du dépistage individuel et organisé. Celle-ci se traduit par délais de rendez-vous trop élevés dans de nombreux territoires, parfois supérieurs à 6 mois.

De plus, la diminution du nombre de centres participants au dépistage organisé du cancer du sein est identifiée (142 en 2021 ; 137 en 2023), donnant lieu à des discontinuités inédites du maillage territorial, ainsi que la chute de 10% du nombre régional de femmes dépistées sur la période 2021-2024, particulièrement marquée dans les Pyrénées-Orientales (- 21%), le Tarn (- 16%) mais aussi la Haute-Garonne, l'Hérault et le Lot (- 15%).

Cette tendance peu favorable, malgré le développement concomitant par l'ARS d'une offre itinérante (« mammobiles ») dans un nombre croissant de départements, constitue un facteur majeur de renoncement aux soins et suscite un risque important de pertes de chance individuelles pour les patientes in fine dépistées positives.

2. Description de l'objectif stratégique

L'offre de mammographie, de premier recours, est très majoritairement assurée par les centres d'imagerie privés. Pour autant, les établissements publics de santé ont toute leur place dans ce dispositif :

- pour les centres hospitaliers (moyenne régionale 2024 : 740 examens), en consolidation du maillage territorial dans les départements ou territoires où l'offre de ville, parfois appuyée d'une offre itinérante, est insuffisante pour faire face à l'ensemble des besoins ;
- pour les centres hospitalo-universitaires (moyenne régionale 2024 : 356 examens), en inscrivant plus fortement cette activité dans la formation initiale des radiologues.

De plus, plusieurs établissements de la région ont bénéficié en 2023 du dispositif national de soutien à la mise à niveau du parc de mammographes, visant à l'amélioration de la qualité du dépistage organisé du cancer du sein, dans le cadre du déploiement de la Feuille de route Cancer 2021-2025.

L'objectif recherché par l'ARS est la progression, en établissements publics de santé, des volumes des examens mammographiques – dans le cadre du dépistage individuel ou organisé – et des échographies mammaires associées en tant qu'examen de deuxième intention après une mammographie, selon une progression linéaire annuelle durant la période du CPOM. Une attention particulière sera accordée aux 5 départements précités, dont l'évolution des volumes d'activité est la moins favorable sur la période 2021-2024 : Pyrénées-Orientales, Tarn, Haute-Garonne, Hérault, Lot.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :**
  - Nombre total annuel de mammographies réalisées (bilatérales, de dépistage et unilatérales)
  - Nombre total annuel d'échographies réalisées (unilatérales et bilatérales)
- **Durée de la mesure :** *2025-2029*
- **Partenaires** *:* Equipes de radiologie et directions des établissements publics
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** ARS

4. Source des données : outils ou bases de données utilisées

La liste des actes CCAM permettant le calcul des deux dimensions de l'indicateur est la suivante :
QEQK001 – Mammographie bilatérale
QEQK004 – Mammographie de dépistage
QEQK005 – Mammographie unilatérale
QEQM001 – Échographie unilatérale ou bilatérale du sein

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Cible attendue pour les CHU Cible attendue pour les CH	Mammos : + 3% / 2024 Echographies : > 2024	Mammos : + 5% / 2025 Echographies : > 2025	Mammos : + 5% / 2026 Echographies : > 2026	Mammos : + 5% / 2027 Echographies : > 2027	Mammos : + 5% / 2028 **Progression sur la période : +25%** Echographies : > 2028
Cible attendue pour les cliniques	*Sans objet**	*Sans objet**	*Sans objet**	*Sans objet**	*Sans objet**
Exemple	***Mammos : Valeur 2024 : 740 (moyenne des CH) Objectif 2025 : 762***	***Mammos : Valeur 2025 : 762 Objectif 2026 : 800***	***Mammos : Valeur 2026 : 800 Objectif 2027 : 840***	***Mammos : Valeur 2027 : 840 Objectif 2028 : 882***	***Mammos : Valeur 2028 : 882 Objectif 2029 : 926***

**sauf exception, ces établissements ne disposent pas de ressources humaines propres en radiologie.*

6. Référentiel de bonnes pratiques - Exemple d'action à mettre en œuvre, bonnes pratiques

- *Accompagnement financier* : Pas d'information sur la reconduction du dispositif national dédié au renouvellement du parc d'appareils sur la durée du CPOM. Toutefois, des demandes ponctuelles et dûment justifiées peuvent être adressées à l'ARS qui les étudiera au regard :
    - des critères de recevabilité établis en 2023 (ancienneté du matériel et conditions de maintenance, nombre de pannes au cours de la dernière année, volume d'actes réalisés les années précédentes, place de l'offre dans le maillage territorial, perspectives de développement proposées par l'établissement)
    - des crédits précédemment accordés à chaque établissement (notamment « Investissements du quotidien »)

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle
- **Modalités de suivi et évaluation :** Inscription du suivi de l'action dans la déclinaison de la politique de dépistage des cancers portée par l'ARS, en lien avec le CRCDC

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_*13 Taux d'actes chirurgicaux pour lesquels les patients bénéficient de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) au regard de l'ensemble de ces actes réalisés dans l'établissement
Objectif stratégique	*Optimiser le parcours de soins post-opératoire // Développer et promouvoir des protocoles de récupération rapide après chirurgie pour améliorer l'expérience patient et réduire le temps de séjour à l'hôpital*

1. Contexte et justification

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche de prise en charge globale du patient, qui permet de favoriser son rétablissement précoce et diminuer les complications post-opératoires. Elle consiste à organiser le parcours de soins des patients chirurgicaux en leur proposant un ensemble de mesures péri-opératoires, destinées à réduire l'agression et le stress liés au geste chirurgical.
Initialement développée pour les interventions lourdes en chirurgie colorectale et chirurgie digestive, la RAAC s'est étendue à de nombreuses autres spécialités, en particulier la chirurgie orthopédique, urologique, gynécologique. À terme, elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités.

Au regard des enjeux d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'évolution des pratiques que porte intrinsèquement le déploiement de la RAAC, la poursuite du développement de l'activité ambulatoire et de la RAAC est l'un des objectifs qualitatifs du SRS pour son volet chirurgie (p 225).

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif stratégique d'optimiser le parcours de soins post-opératoire s'articule autour du déploiement et de la promotion des protocoles de récupération accélérée après chirurgie (RAAC), en tenant compte de la pluralité des spécialités médicales concernées.

Cette démarche vise à inciter les établissements déjà engagés dans la démarche RAAC pour au moins une spécialité à transposer progressivement cette organisation à d'autres domaines, en

tenant compte des particularités et des besoins spécifiques de chaque spécialité. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) joue un rôle-clé en permettant de mesurer cette progression, tout en proposant des objectifs communs accessibles, tels que l'ajout d'une spécialité supplémentaire par an, avec un palier prévu pour 2027-2028. En intégrant cette variabilité, l'objectif vise à améliorer l'expérience patient, réduire le temps de séjour à l'hôpital et renforcer l'efficacité des soins, tout en garantissant une qualité de vie optimale pour tous les patients, indépendamment de la spécialité concernée.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :**

  Numérateur : Nombre d'actes chirurgicaux pour lesquels les patients bénéficient de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

  Dénominateur : Nombre total d'actes réalisés dans l'établissement pour lesquels la RAAC est validée par les sociétés savantes

- **Durée de la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires** *:* Equipes hospitalières participant à la prise en charge chirurgicale dans les spécialités concernées

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : Taux

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Bases de données hospitalières, logiciels de gestion hospitalière (regroupement de données cliniques et administratives pouvant faciliter le suivi des spécialités engagées dans la RAAC)

6. Cible générale (2025-2029)

Taux à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Pour tous les établissements	+1% par rapport à 2024	+3% par rapport à N-1	+3% par rapport à N-1	+3% par rapport à N-1	+3% par rapport à N-1

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Accompagnement méthodologique : Recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les sociétés savantes de spécialités

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle
- **Modalité de suivi et d'évaluation :** établissement d'une liste des spécialités chirurgicales impliquées dans le programme RAAC, utilisation des bases de données hospitalières pour l'enregistrement et le suivi des actes chirurgicaux réalisés dans le cadre des protocoles RAAC, production de rapports de suivi sur l'évolution de l'adoption des protocoles RAAC et des résultats associés, évaluation de la satisfaction des équipes médicales et des patients concernant la mise en œuvre ces protocoles dans plusieurs spécialités…

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

Objectif spécifique aux structures autorisées en HAD

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_14 : Nombre de journées de spécialité (réadaptation, ante et post partum ou enfant de moins de 3 ans) ou d'activité de traitement du cancer, réalisées dans l'année par les établissements autorisés en HAD.*
Objectif stratégique	*Développer les nouvelles spécialités de l'activité d'hospitalisation à domicile*

1. Contexte et justification

Suite à la réforme des autorisations, l'activité d'hospitalisation à domicile est passée de simple modalité de prise en charge de la médecine à un champ d'activité de soins à part entière.

Les établissements d'HAD ont été confortés comme étant les acteurs hospitaliers experts de la coordination pour prodiguer au domicile des soins complexes, en continuité et en articulation avec les professionnels du premier recours, dans une logique de gradation des soins.

Plus encore, les établissements d'HAD se voient confier la mission de développer des prises en charge hospitalières spécialisées au domicile dans des domaines tels que la pédiatrie, la réadaptation et l'obstétrique.

En effet, l'activité d'HAD se structure dorénavant autour de plusieurs mentions :

- La **mention socle**, qui assure au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. L'activité comprend également une prise en charge psychosociale et des actions d'éducation thérapeutique du patient. L'établissement contribue également à l'évaluation et à l'orientation du patient. Cette mention socle comprend notamment **l'administration de traitement du cancer sous forme orale ou injectable.**

- Les **3 mentions spécialisées :**

- La **mention ante et post partum** a pour objet d'assurer l'hospitalisation à domicile des femmes avant et après l'accouchement.

- La **mention enfants de moins de 3 ans** consiste à prendre en charge des enfants de moins de trois ans et assure une activité de conseil et d'expertise auprès des établissements autorisés à l'activité d'HAD accueillant des enfants de trois à dix-huit ans ou des enfants relevant d'une prise en charge en soins palliatifs ou fin de vie.

- La **mention réadaptation** a pour objet d'assurer, au domicile du patient, une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée pour prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité. Pour relever de la mention réadaptation, la prise en charge doit comporter au minimum cinq actes de rééducation ou de réadaptation par semaine relevant de la compétence d'au moins deux professions de santé différentes.

En Occitanie, les nouvelles autorisations d'activité de soins HAD accordées en 2024, sont en cours de mise en œuvre par les opérateurs.

Dans ce contexte, le développement de ces activités représente un enjeu important dans la montée en charge des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif stratégique vise à :

- **Améliorer et développer l'accès aux soins spécialisés à domicile ou en substituts** en tout point du territoire : en développant les mentions spécialisées telles que la réadaptation, l'anté et post-partum, et la pédiatrie dans l'offre d'HAD mais également l'accès à l'administration des traitements du cancers soit sous forme orale et ou injectable

- **Renforcer la qualité et la sécurité des soins selon les recommandations de bonnes pratiques et en application des textes** : en garantissant la coordination et la continuité des soins entre les professionnels médicaux et paramédicaux intervenant à domicile mais également en étant le garant de la coordination avec les structures d'hospitalisations conventionnelles et de l'ensemble des dispositifs et dans le respect du RGPD.

- **Promouvoir la proximité des soins** : en permettant aux patients de recevoir des soins spécialisés sans quitter leur domicile ou substituts, assurant ainsi une prise en charge individualisée et adaptée.

- **Faire de l'HAD un levier d'accompagnement et de soutien des équipes de premiers recours** en permettant d'avoir accès à leur patient des soins medico-techniques importants, avec un accompagnement à la maitrise des outils une formation information de qualité selon les RBPP coordonnée.

- **Accompagner les HAD à une meilleure visibilité** sur leurs savoir-faire en les intégrants dans les parcours patients dans l'ensemble des offres de territoire organisées sous forme graduée.

- **Contribuer à la réalisation d'outils pédagogiques afin de diffuser :**
  - les spécificités de l'HAD.
  - les rôles et place des professionnels impliqués
  - les critères d'admission et de suivis des patients en HAD.
  - l'organisation pour rendre la coordination ville-hôpital HAD efficace

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** il s'agit pour les structures autorisées en HAD de comptabiliser le nombre de journées réalisées dans les spécialités nouvellement autorisées (réadaptation, anté et post-partum, enfant de moins de 3 ans) ou dans l'activité de traitement du cancer (en distinguant les traitements oraux et les traitements injectables contre le cancer). Cet indicateur permet de suivre le développement des nouvelles spécialités ou activités portées par les services HAD.
- **Durée de la mesure :** 2025-2029

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Nombre de journées de spécialités par an, en indiquant le Mode de Prise en charge Principal (MPP) et le Mode de Prise en charge Associée (MPA)

ou

- Nombre de journées pour administration de traitements oraux contre le cancer ou de traitements injectables contre le cancer sur le MPP.

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Pour les ES concernés par l'HAD	- **Analyse de l'existant** : recueillir et analyser les données concernant l'activité médicale réalisée en HAD afin d'identifier les spécialités à développer	- **Lancer une spécialité** : réadaptation, post-partum, pédiatrie 0-3 ans - -**ou l'activité de traitement contre le cancer** (en distinguant administration de traitements oraux contre le cancer / traitement injectable contre le cancer)	Déclarer le nombre de journées pour l'activité choisie	+ 10% nombre de journées dans l'activité nouvellement lancée (cf.2027)	+ 20% nombre de journées dans l'activité nouvellement lancée (cf.2028)

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement ANAP :* l'ANAP peut accompagner les ES en individuel en sachant que l'Occitanie a missionné l'ANAP pour accompagner les ES volontaires.

Actions :

- **Recueillir et analyser les données :** Cela est essentiel pour évaluer précisément les besoins du territoire et comprendre les spécialités existantes et celles à développer. Cette analyse de données servira de base pour définir des priorités et adapter l'offre en fonction des besoins.

- **Développer les nouvelles spécialités :** En mettant l'accent sur des spécialités telles que la réadaptation, l'anté et post-partum, et la pédiatrie mais aussi sur la cancérologie avec le nombre de traitements oraux contre le cancer / pour administration de traitement injectable contre le cancer

- **Création de protocoles de soins :** L'élaboration de protocoles spécifiques pour chaque spécialité permet de standardiser les pratiques, garantir la sécurité et améliorer la qualité des soins. Cela est indispensable pour assurer la cohérence de l'offre de soins, quel que soit le professionnel impliqué**.**

- **Formation des professionnels :** Former les professionnels aux nouvelles spécialités et protocoles est un élément clé pour assurer la mise en œuvre efficace et sécurisée des soins. Cela garantit que l'ensemble des intervenants soit bien préparé et à jour par rapport aux pratiques et aux exigences des nouvelles spécialités.

- **Informations de l'ensemble des structures et dispositifs partenaires du territoire** : travailler sur des outils de communication et des réseaux afin de diffuser une information claire et précise sur la place et rôle de l'HAD, et intégration des dispositifs de coordinations afin de rendre visible l HAD (GHT, CPTS MSP, DAC, COMMUNAUTES 360 …..)

7. Modalités de suivi et évaluation dans e CARS

Fréquence de collecte de l'indicateur : annuelle.

Modalités de suivi et évaluation :

A compter de 2026, joindre les éléments qualitatifs suivants :

- Nombres de conventions avec les partenaires
- Retours d'expériences des professionnels de santé et des patients (taux de satisfaction)
- Plaquettes explicatives professionnels et patients
- Outils de communications
- Logiciel de sante interfacé
- Ajuster (si nécessaires) les protocoles mis en place

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_15 File active des personnes accompagnées par année de référence depuis la nomination du référent handicap dans votre établissement
Objectif stratégique	Permettre une accessibilité graduée aux soins des personnes vivant avec un handicap

1. Contexte et justification

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap est un droit réaffirmé par la loi du 11 février 2005. Les différents rapports et analyses font le constat de difficultés voire de déficits d'accès aux soins, tous âges et tous handicaps confondus (Rapport Piveteau, Rapport de Pascal Jacob – 2013).

En 2017, la Haute autorité de santé a publié un guide méthodologique « Accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap » parmi les recommandations formulées, la fonction de référent handicap était identifiée en tant que ressource à l'échelle d'un établissement ou mutualisée à l'échelle du territoire d'un GHT.
C'est l'article 43 de la loi numéro. 2021-502 du 21 avril 2021, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification et le décret n°2022-1679 du 27 décembre 2022 qui ont définis le cadre règlementaire de la désignation et les missions attendues d'un référent handicap en établissement de santé.

La mise en place de référents handicap en établissement de santé concerne l'ensemble des établissements de santé participant au service public hospitalier. Des référents handicaps peuvent être nommés dans les établissements de santé lucratif.
Le référent handicap a un rôle d'interface en favorisant l'accès aux soins des patients en situation de handicap, en facilitant le séjour ou la consultation de ces derniers et la communication avec les professionnels de l'établissement et autres acteurs du parcours de soins.

Pour la région Occitanie l'accès aux soins des personnes en situation de handicap constitue une priorité régionale inscrite dans le PRS 2023/28, dans le défi 1, « Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes », avec comme objectif opérationnel : « Permettre une accessibilité graduée aux soins des personnes vivant avec un handicap ».

2. Description de l'objectif stratégique

L'instruction N° DGOS/R4/2023/66 du 1er juin 2023 relative au référent handicap en établissement de santé instauré par la loi n° 2021-502 du 21 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification décrit les établissements concernés, les modalités de désignation du référent handicap, le public cible et ses missions :
-> Le référent handicap est nommé par le directeur de tous les établissements de santé participant au service public hospitalier (les établissements relevant de l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 6112-5 du même code) mais peut l'être aussi dans les établissements de santé ne relevant pas du service public hospitalier.
Il s'adresse à tous les services des établissements de santé concernés, y compris urgences et pédiatrie, en hospitalisation complète ou ambulatoire, ainsi qu'en consultation.

L'établissement communique les coordonnées et modalités de contact du référent sur les supports d'information tels que le livret d'accueil, le site internet de l'établissement ou encore par voie d'affichage.
-> La population cible est celle des personnes en situation de handicap, pour lesquelles des besoins spécifiques sont à prendre en compte. Ce dispositif s'adresse aux adultes, y compris âgés, et aux enfants et concerne tous les types de handicap
-> Le directeur délègue au référent handicap la mission d'organiser un accès au parcours de soins en établissement de santé dans le cadre de l'offre de soins de droit commun comme personne ressource pour le patient en :
- anticipant les conditions de consultation, d'hospitalisation et de séjour au regard des besoins spécifiques (avant et pendant la prise en charge),
- organisant la sortie d'hospitalisation,
-assurant le lien avec les professionnels.

Il est également la personne ressource pour les professionnels dans l'accueil, l'orientation et la prise en soins ainsi que dans la sortie du patient en situation de handicap dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.
Il appuie les équipes dans le recueil des besoins spécifiques du patient dans l'organisation des soins, notamment en matière de communication adaptée, de matériel adapté, de protocoles de soin adaptés ou d'une compétence spécifique.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** File active des personnes accompagnées en situation de handicap par année de référence depuis sa nomination dans votre établissement
- **Durée de la mesure :** 2025-2029
- **Partenaires** *:* **r**éférent régional des référents handicap en établissement de santé (porteur UGECAM, mail de contact rhr.ug-oc@ugecam.assurance-maladie.fr)
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** Comité de suivi référent régional des référents handicap et DOSA ARS

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :

- Unité de mesure : nombre de patients/an.

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Rapport d'activité ad hoc du référent handicap de votre établissement

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Cible de file active attendue pour tous les établissements	File active de la 1ère année	+ 20 % de la file active initiale	+ 40 % de la file active initiale	+ 60 % de la file active initiale	+ 80 % de la file active initiale	+ 100 % de la file active initiale	+ 100 % de la file active initiale au bout de 5 ans

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- La Haute autorité de santé a publié un guide méthodologique « Accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap » qui sert de référence
- L'accompagnement et la participation aux actions menées par le référent régional des référents handicap en établissement de santé est un levier de mise en œuvre et de bonnes pratiques
- La Commission des Usagers (CDU) doit être en lien avec le RHES, informée des actions menées et destinataire de son rapport d'activité.
- Charte Romain Jacob signée par l'établissement de santé

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi évaluation :** Suivi national en cours de formalisation et dans le cadre du suivi régional par l'ARS.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ 2022 2028

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_16 : Taux de séjours clôturés pour lesquels au moins une ordonnance de Sortie (ODS) produite a été alimenté à Mon espace santé (DMP)
Objectif stratégique	Faciliter le partage des informations médicales pour améliorer la prise en charge des patients

1. Contexte et justification

La feuille de route Ma Santé 2022 et le Ségur Numérique ont permis de rattraper le retard et d'accélérer le développement du numérique en santé. La doctrine du numérique en santé est aujourd'hui l'assurance pour tous, professionnels et citoyens de disposer de services numériques répondant à des règles strictes (interopérabilité, sécurité et éthique) et s'appuyant sur des référentiels et des services socles, qui facilitent les parcours patients et la prise en charge coordonnée Ville-Hôpital en permettant le partage de données de santé (Dossier Médical Partagé, Messageries Sécurisées de Santé, …).
Le Ségur du numérique en santé a eu pour objectif d'accélérer ce partage des données de santé, afin d'accompagner les citoyens dans la prise en charge de leur santé, de simplifier le quotidien des professionnels et d'améliorer l'efficience du système de santé.

Mon Espace Santé, carnet de santé électronique du citoyen est ainsi ouvert pour 98% de la population. L'alimentation du DMP et l'utilisation des MSSanté progressent. Les établissements de santé – en alimentant et consultant le DMP de leurs patients – ont un rôle clé à jouer dans la réussite du partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et usagers pour mieux prévenir, mieux soigner et mieux accompagner.

2. Description de l'objectif stratégique

En cohérence avec les programmes HOP'EN2 « Hôpital numérique ouvert sur son environnement » et SUN ES « Ségur Usage Numérique en Etablissements de Santé », l'objectif privilégie la production et la transmission de documents de santé dans le but d'enrichir, via le dossier médical partagé (DMP), l'espace numérique de santé « Mon Espace Santé ». Trois objectifs sont ainsi fixés pour lesquels des exigences d'usage sont définies :

- Alimenter « Mon Espace Santé » et permettre le partage de documents de santé, par l'intermédiaire du DMP, en :
    - Document de sortie d'hospitalisation (ordonnance de sortie) ;
- Développer l'usage de la messagerie sécurisée de santé, tant auprès des professionnels de santé que des usagers (MSS Pro et Citoyenne)
- Associer l'identité nationale de santé à tous les documents de santé transmis

Les établissements de santé sont invités à poursuivre leur engagement pour la réussite de Mon espace santé en assurant la croissance de l'alimentation, en promouvant l'activation par les patients, notamment ceux éloignés du numérique, ainsi qu'en consultant le DMP de leurs patients. Cette consultation est déjà disponible grâce au WebPS DMP mis à disposition par l'Assurance Maladie. Elle sera facilitée au cours des deux prochaines années grâce à la vague 2 du Ségur : les professionnels pourront consulter simplement, directement depuis leur logiciel du quotidien, l'information médicale désormais disponible dans Mon espace santé.

Il est enfin à noter que cet objectif est en cohérence avec les critères de certification HAS.

3. Description de l'indicateur

L'indicateur vise l'alimentation de « Mon espace santé », à travers l'alimentation du DMP en documents de santé référencés avec une INS qualifiée, depuis les systèmes d'information hospitaliers :

- Document de sortie (ordonnance de sortie)

- **Définition de l'indicateur :**
    - **<u>Pour les documents de sortie</u> (Ordonnance de sortie)**: Taux de séjours clôturés pour lesquels le DMP a été alimenté du document de sortie au format CDA R2 N1 et comprenant une INS qualifiée

- **Durée de la mesure :** *2025-2029*
- **Partenaires** *:* GRADeS Occitanie (conseil et expertise sur les services socles INS, DMP, MSS)
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** Comité Numérique Régional des établissements de santé

4. Type d'indicateur

Formule :

- **<u>Pour le document de sortie</u> (ordonnance de sortie)** : (Nombre de séjours pour les patients disposant d'un DMP et pour lesquels le document de sortie, référencé avec une INS qualifiée et au format CDA R2 niveau 1, a été transmise au DMP / Nombre de séjours pour des patients disposant d'un DMP) *100

- Unité de mesure : **%**

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

<u>Au niveau local :</u> par l'établissement
<u>Au niveau régional</u> : les données d'alimentation du DMP sont fournies par la CNAM

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Taux de séjours clôturés pour lesquels au moins une Ordonnance de Sortie (ODS) produite a été alimenté à Mon espace santé (DMP)	50%	65%	65%	65%	65%

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Accompagnement financier : sous réserve des programmes nationaux de financement (HOPEN2)

- Accompagnement humain : Possibilité d'accompagnement par le GRADeS Occitanie, en fonction de son offre de service

- Accompagnement méthodologique : se référer au guide des indicateurs disponible sur le site du ministère de la santé : Le programme HOP'EN 2 – Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles ainsi qu'au référentiel « certification des établissements de santé pour la qualité des soins » de la HAS

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuellement, sur une période d'un mois calendaire

- **Modalité de suivi évaluation :** éléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_17 : Mise à jour du Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles des établissements de santé (PGTHSSE),Plan de Continuité d'Activité (PCA), Plan de Sécurisation des Etablissements de santé (PSE) en lien avec le dispositif ORSAN Occitanie*
Objectif stratégique	*Anticiper, préparer, gérer les situations sanitaires exceptionnelles*

1. Contexte et justification

La crise sanitaire liée au COVID-19 a mis en évidence la nécessité d'une anticipation opérationnelle et coordonnée des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Elle a aussi souligné l'importance de plans actualisés, connus et déployés au sein de chaque établissement.

Le dispositif ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), décliné régionalement, encadre la préparation des établissements à divers types de crises : tensions hospitalières majeures, épidémies, événements climatiques, cyberattaques, mouvements sociaux, etc.

En Occitanie, le PRS (engagement n°5) fixe comme priorité le renforcement de la résilience du système de santé à travers l'actualisation des outils de gestion de crise, partagés entre l'ARS et les établissements.

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif stratégique vise à vérifier l'existence et la mise à jour effective de trois plans majeurs qui constituent la déclinaison opérationnelle du dispositif ORSAN au sein des établissements de santé :

PGTHSSE : Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles

PCA : Plan de Continuité d'Activité

PSE : Plan de Sécurisation des Établissements de santé

Ces plans doivent être actualisés régulièrement, validés par les instances internes, diffusés auprès des équipes et, le cas échéant, partagés avec l'ARS pour garantir la coordination régionale en cas d'activation ORSAN.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Date de la mise à jour du Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles des établissements de santé (PGTHSSE), Plan de Continuité d'Activité (PCA), Plan de Sécurisation des Etablissements de santé (PSE) en lien avec le dispositif ORSAN Occitanie
- **Durée de l'action :** *2025-2029*
- **Partenaires** *:* ES, ESRR et pour l'ARS UVPCS et DD
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** *Pilotage au sein de la DSP ARS Occitanie avec l'UVPCS*

4. Type d'indicateur

- **Formule :**

- Date de mise à jour par année des 3 plans.
  - PGTHSSE
  - PCA
  - PSE

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Cible attendue pour les CHU	3/3 documents actualisés*	3/3 documents actualisés	3/3 documents actualisés	3/3 documents actualisés	3/3 documents actualisés	3/3 documents actualisés
Pour les autres établissements	1/3 documents actualisés	1/3 documents actualisés	2/3 documents actualisés	2/3 documents actualisés	3/3 documents actualisés	3/3 documents actualisés

**Documents à actualiser* :

- Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles des établissements de santé (PGTHSSE),

- Plan de Continuité d'Activité (PCA),

- Plan de Sécurisation des Etablissements de santé (PSE) en lien avec le dispositif ORSAN Occitanie

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement humain :* accompagnement par ESRR et UVPCS, DD

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** *enquête annuelle*
- **Modalité et suivi évaluation :** Contrôle des livrables

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_18 : Nombre d'exercices de crise, y compris cyber-attaque, mis en œuvre dans l'établissement - nombre de participants à indiquer dans les commentaires*
Objectif stratégique	*Acculturer les acteurs à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*

1. Contexte et justification

La capacité des établissements de santé à faire face à des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) repose non seulement sur l'existence de plans (PGTHSSE, PCA, PSE), mais aussi sur leur mise en pratique régulière par des exercices de simulation.

Les exercices permettent de :

- Tester les dispositifs existants (coordination, communication, logistique, etc.) ;
- Former les équipes aux procédures d'alerte et de gestion de crise ;
- Identifier les points faibles et les axes d'amélioration ;
- Renforcer la culture du risque dans l'établissement.

Ils s'inscrivent dans la dynamique régionale portée par le dispositif ORSAN Occitanie, qui encourage le renforcement de la résilience hospitalière, notamment via les exercices multirisques (sanitaire, climatique, technologique, cyber…).

Il s'agit d'un objectif du PRS dans le portefeuille 9. Le sujet exercices est une priorité dans la planification et la préparation des ES pour la gestion des SSE.

2. Description de l'objectif stratégique

L'objectif stratégique est de développer une culture d'anticipation et de gestion des risques, en organisant régulièrement des exercices de crise (réels ou simulés), incluant des scénarios pertinents pour l'établissement (épidémie, afflux massif de victimes, défaillance informatique, attaque cyber, etc.).

Ces exercices peuvent être :

- Internes à l'établissement ;
- Organisés à l'échelle du GHT ou en coordination avec d'autres acteurs (SAMU, ARS, ORU, SDIS…) ;
- Réalisés à blanc, sur table, ou en conditions réelles.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** *Nombre d'exercices de crise, y compris cyber-attaque, mis en œuvre dans l'établissement - nombre de participants dans les commentaires*
- **Durée de l'action :** *2025-2029*
- **Partenaires** : ES
- **Pilotage et suivi de la mise en œuvre :** *Comité de pilotage UVPCS et Pole E-Santé*

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

- Unité de mesure :
  - Nombre d'exercices de crise fait par an Cyber-attaque

Préciser le nombre de participants aux exercices dans les commentaires.

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Pour tous les établissements	< 1 exercice de crise	< 1 exercice de crise	< 1 exercice de crise	< 1 exercice de crise	< 1 exercice de crise	< 1 exercice de crise par an

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement financier :* Il existe un financement avec le GRADES
- *Accompagnement humain :* accompagnement GRADES, ARS (DDP et DSP)

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité de suivi et d'évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ 2022 2028

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_19 :* Taux de déclarations d'Evénements Indésirables Graves (EIGs) parmi les Evénements Indésirables (EI) traités en Revue de Morbi-Mortalité (RMM)
Objectif stratégique	Renforcer la sécurité des soins et promouvoir la démarche de gestion des risques liés aux soins

1. Contexte et justification

Le recueil des évènements indésirables et leur analyse sont une démarche indispensable pour identifier les actions à mettre en place afin de sécuriser les prises en charge et les accompagnements. Or, les circuits de remontée des évènements indésirables et des signaux faibles sont multiples et peu lisibles. L'enjeu est majeur de pouvoir croiser ces signaux pour enrichir la vision des structures de santé et médico-sociales et orienter la politique qualité de l'ARS afin de les traduire en appui concret aux professionnels.

Au-delà du cadre réglementaire qui prévoient la transmission des données à l'ARS, il est nécessaire que la démarche d'analyse des EIG entre en routine au niveau des équipes pour venir ensuite nourrir la démarche qualité des structures de santé.

2. Description de l'objectif stratégique

- Promouvoir une culture partagée de la sécurité, de la qualité des prises en charge
- Utiliser l'analyse partagée de ces données pour alimenter la politique régionale en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** Taux de déclarations d'Evénements Indésirables Graves (EIGs) parmi les Evénements Indésirables (EI) traités en Revue de Morbi-Mortalité (RMM)
- **Durée de la mesure :** *2025-2029*

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule : Taux de déclarations des EIGs (%) = Nombre d'EIGs déclarés à l'ARS / Nombre d'EI analysés en RMM) x 100

- Numérateur : Nombre d'EIGs identifiés et déclarés à l'ARS
- Dénominateur : Nombre total d'EI analysés lors des RMM
- Unité de mesure : Pourcentage (%)

Interprétation des résultats :

Un taux élevé (> 30%) peut indiquer :

- Une bonne capacité des équipes à identifier et déclarer les EIGs
- Une culture de sécurité bien ancrée, avec une sensibilisation aux EIGs
- Une utilisation efficace des RMM pour améliorer la qualité des soins

Un taux faible (< 10%) peut indiquer :

- Une sous-déclaration des EIGs (par manque de connaissance ou crainte de sanction)
- Une difficulté à distinguer un EI simple d'un EIG
- Une possible nécessité de renforcer les outils de déclaration et/ou d'analyse

5. Source des données : outils ou bases de données utilisées

Comptes-rendus des RMM et déclarations effectives des EIGs à l'ARS de l'établissement (SIRET géographique)

6. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Grands établissements, avec plus de **500 lits**	A fixer par l'établissement > 5%	Progression positive du taux	Progression positive du taux	Progression positive du taux	Progression positive ou stabilisation du taux
Établissements intermédiaires, entre **100 à 499 lits**	A fixer par l'établissement > 5%	Progression positive du taux et/ou du nombre total de RMM	Progression positive du taux et/ou du nombre total de RMM	Progression positive du taux et/ou du nombre total de RMM	Progression positive ou stabilisation du taux et/ou du nombre total de RMM
Etablissements de plus petite taille inférieure **à 100 lits**	A fixer par l'établissement > 5%	Progression positive du taux et/ou du nombre total de RMM	Progression positive du taux et/ou du nombre total de RMM	Progression positive du taux et/ou du nombre total de RMM	Progression positive ou stabilisation du taux et/ou du nombre total de RMM

7. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- SRA – Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients d'Occitanie
- Soutien à la déclaration et à l'analyse des EIGs

8. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Occitanie

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2025 29

Occitanie SANTÉ

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_20 : Nombre de campagnes ou actions de communication externe RH (affichage, site internet, interventions dans les écoles, publications sur les réseaux sociaux comme LinkedIn, Twitter…), réalisé dans l'année*
Objectif stratégique	*Valoriser l'image des métiers de la santé*

1. Contexte et justification

La région Occitanie présente une forte hétérogénéité territoriale, avec des contrastes marqués en termes d'accès aux soins et de démographie médicale. La crise sanitaire a mis en lumière les fragilités du système de santé et a accentué le désengagement et la perte de sens ressentis par de nombreux professionnels de santé.

Dans ce contexte, le Projet Régional de Santé (PRS 3) a fait de l'attractivité des métiers de la santé un axe prioritaire, afin de :

- Revaloriser l'image de ces métiers auprès du grand public
- Renforcer l'engagement des jeunes générations
- Attirer et fidéliser les professionnels, en particulier dans les zones sous-dotées
- L'objectif de communication vise donc à transformer la perception sociale des métiers du soin, en mettant en avant leur utilité, leur diversité, les possibilités d'évolution et l'importance des compétences.

2. Description de l'objectif stratégique

Renforcer la communication positive, ciblée et régulière sur les métiers de la santé et leurs filières de formation pour:

- **Compenser le manque de reconnaissance ressentie** : Les métiers de la santé et du médico-social sont mal valorisés malgré leur importance.
- **Mettre en avant l'évolution des compétences** : Ces métiers nécessitent des compétences de plus en plus pointues pour assurer la qualité des soins et faire face aux renouvellements générationnels.
- **Valoriser ces métiers qui imposent des conditions de travail difficiles** : Malgré un travail exigeant, ces professionnels jouent un rôle crucial pour la population, et une meilleure reconnaissance sociale est nécessaire.
- **Mettre en avant des parcours variés pour favoriser l'inclusion :** Ces métiers souffrent de stéréotypes, ce qui limite la diversité des profils.

- **S'adapter aux enjeux démographiques** : Le vieillissement de la population accroît les besoins en soins et en accompagnement à domicile.

Ces campagnes peuvent prendre plusieurs formes : affichage, vidéos, podcasts, salons, témoignages, visites, forums, intervention dans les établissements scolaires, partenariats avec les collectivités, diffusion via les réseaux sociaux ou les médias locaux.

- **Sensibiliser différents publics** (jeunes, professionnels, demandeurs d'emploi, élus, grand public) à ces métiers est crucial via des événements et campagnes de communication, comme MédecinDemain en Occitanie.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** *Nombre de campagnes ou actions de communication externe RH (affichage, site internet, interventions dans les écoles et/ou dans les salons, publications sur les réseaux sociaux comme des publications sur LinkedIn, Twitter…, journées portes ouvertes, …, réalisé dans l'année*
- **Durée de la mesure :** *2025-2029*
- **Partenaires** *:*
  - Partenaires principaux : l'ARS, le Conseil Régional (Schéma Régional de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation (SRESRI), Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales)
  - L'Education Nationale, les Universités d'Occitanie
  - Les Instituts de Formation
  - Les services déconcentrés de l'État : DREETS
  - Les professionnels de santé : établissements de santé sanitaires et médico-sociaux, leurs représentants (CDOM, URPS, fédérations, collectifs…),
  - Les collectivités Territoriales
  - France Travail

4. Type d'indicateur

Formule :

- Nombres d'actions de communication menées

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Pour les établissements déjà engagés dans des actions de communication	2 actions de com / trimestre	4 actions de com / trimestre	4 actions de com / trimestre	4 actions de com / trimestre	4 actions de com / trimestre	18 actions de communications
Pour les autres établissements	1 actions de com / trimestre	2 actions de com / trimestre	3 actions de com / trimestre	3 actions de com / trimestre	3 actions de com / trimestre	12 actions de communications

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- Inscription dans le plan de communication des établissements et des instituts de formation,
- Groupe de travail avec différents interlocuteurs (étudiants, professionnels de la formation, organismes publics, professionnels intervenant à différents niveaux clés de l'attractivité (*avant d'entrer en formation, pendant et après), organisation de Webinaires, de journées portes ouvertes …..*.

- Cibler les phases clé participant à l'attractivité
- Définir le public cible
- Adapter les messages en fonction du public
- Multiplier les supports et créneaux de communications
- Automatiser la comptabilité des personnes sensibilisées
- Impliquer les partenaires qui entrent dans le champ de l'attractivité des métiers du soin
- Éviter le matraquage de communication : ni trop, ni trop peu
- Mobiliser les ressources internes et les talents pour susciter la curiosité et la découverte métier
- Dédramatiser les messages sans les idéaliser

Les actions de communications peuvent être : des affiches, une mise à jour du site internet de l'établissement, des actions de communication dans des écoles, des publications sur les réseaux sociaux (LinkedIn, twitter...).

7. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle

- **Modalité et suivi évaluation : Au moment de l'évaluation du CPOM – éléments de preuve**
  - Recensement des actions de communication
  - Activation de divers créneaux de communication
  - Comptabilisation du nombre de personnes qui ont consulté ou ont participé à une action d'information
  - Suivi quantitatif des candidatures et des entrées / sorties de professionnels dans l'emploi

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	CPOM_OS_21 : Nombres d'actions QVTC mises en œuvre dans le champs de la QVTC
Objectif stratégique	Optimiser l'attractivité, la qualité de vie au travail et le développement des compétences pour fidéliser et renforcer l'engagement des professionnels de santé.

1. Contexte et justification

Les métiers hospitaliers, qu'ils concernent les métiers du soin ou les métiers logistiques, sont des professions à forte pénibilité. La société actuelle a éprouvé notre conception du travail, la poussant à une modernisation à laquelle l'hôpital peut difficilement se conformer. Les professionnels ont repensé leurs rythmes professionnels et la conciliation avec leur vie personnelle. Cet aspect des conditions de travail devient un attrait fort pour une structure, et le secteur de la santé manque d'argument de vente sur ce point puisque l'hôpital restera un lieu où les postes de travail sont exigés jours et nuits, en semaine comme en week-end.
Face à ces contraintes incompressibles, les directions des établissements sont en perpétuelles quêtes de leviers d'actions concernant les conditions de travail qui n'annihileront pas les difficultés du quotidien de soignants mais pourront le soulager. L'amélioration des conditions de travail, de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) constitue un vecteur d'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé. La QVCT influence directement la qualité des soins et aide à lutter contre l'absentéisme et la pénurie de personnel. Face aux réformes et aux exigences accrues du secteur (sécurité, nouvelles technologies, soins de qualité…), il est primordial de redonner du sens aux métiers de la santé.

Le diagnostic réalisé par l'ARS met en évidence plusieurs défis spécifiques à la région :

- **Vieillissement de la population** : La région est confrontée à un vieillissement notable de sa population, augmentant la demande en soins et en accompagnement médico-social.
- **Inégalités territoriales et sociales de santé** : Des disparités significatives existent entre les territoires, tant sur le plan de l'offre de soins que des déterminants sociaux de la santé.
- **Un déséquilibre évolutif** : La région dispose d'une densité élevée en professions médicales et paramédicales, marquée par une baisse générale pour les professions médicales et une augmentation pour les paramédicaux.

- **Des métiers à fort niveau de contraintes** :
  - Des métiers facteurs de stress et de risques professionnels,
  - Difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels
  - Augmentation des besoins en personnel du fait des caractéristiques démographiques de la population et des professionnels de santé
  - Des mesures de revalorisations et des actions de communication entreprises mais jugées insuffisantes
  - Un virage domiciliaire, priorisé par le Gouvernement, à fort impact sur l'organisation du travail.

Le développement d'actions concourant à la QVCT est porté comme un des leviers incontournables de l'attractivité des métiers reconnu par l'ensemble des 50 partenaires du projet OMéGA (Occitanie Métiers Grand Age).

2. Description de l'objectif stratégique

Cet objectif stratégique vise à créer un environnement de travail propice à l'épanouissement et à la performance des professionnels de santé au sein de l'établissement. Face aux défis croissants du secteur, tels que le vieillissement de la population, les inégalités d'accès aux soins et les tensions sur le marché du travail, il est essentiel de renforcer l'attractivité des métiers de santé tout en garantissant une qualité de vie au travail satisfaisante.
Cet objectif stratégique répond à des enjeux cruciaux pour l'établissement, notamment la nécessité de réduire le turnover et l'absentéisme, d'améliorer la satisfaction des employés, et de garantir la continuité et la qualité des soins. En optimisant l'attractivité, la qualité de vie au travail, et le développement des compétences, l'établissement se positionne comme un acteur responsable et engagé, capable d'attirer et de retenir les talents nécessaires pour faire face aux défis du secteur de la santé.
Enfin cet objectif stratégique est une réponse proactive aux défis contemporains du secteur de la santé, visant à bâtir un environnement de travail durable et motivant qui favorise le bien-être des professionnels de santé tout en garantissant un haut niveau de qualité dans les soins fournis aux patients.

Composantes et dimensions de l'objectif :

- Améliorer les conditions de travail pour un meilleur équilibre vie professionnelle/personnelle.
- Sensibiliser les professionnels à leur propre santé.
- Instaurer un management bienveillant pour prévenir l'épuisement et valoriser les parcours.
- Optimiser l'organisation du travail en favorisant la collaboration en équipe.
- Réguler le recours à l'intérim médical.
- La fidélisation repose aussi sur l'accompagnement des professionnels via l'exercice médical partagé, l'évolution des pratiques et la coordination pluriprofessionnelle, abordés dans les engagements 3 et 4 du PRS.

3. Description de l'indicateur

- **Définition de l'indicateur :** *Nombres d'actions mises en œuvre par l'établissement dans le champ de la QVCT :*
  - *Promotion des démarches d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) sur les territoires et dans les établissements de santé et médico-sociaux*
  - *Actions en faveur de la santé des professionnels de santé*

- **Durée de la mesure :** *2025-2029*
- **Partenaires** *: Etablissements (services RH, social, médecine du travail), professionnels de santé (médecins ,infirmiers, paramédicaux, personnels administratifs et logistiques ,…), représentant du personnels, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (C.S.I.R.M.T), experts en santé au travail (médecins du travail, ergonomes ou psychologues du travail,..), patients et usagers, partenaires institutionnels et associatifs, acteurs de la formation et du développement personnel, CARSAT LR et MP, ARACT, Haute Autorité de Santé (HAS), ...*

4. Source des données : outils ou bases de données utilisées

- Suivi des achats
- Envoi des factures à l'ARS
- Suivi des financements accordés et de leur consommation

Actions de promotion de démarches QVCT / Actions en faveur de la santé des professionnels de santé :

- Mise à jour du DUERP
- Bilan social
- Etudes sur la santé et le bien-être au travail comme celle fournies par l'INRS ou OMS
- Système de Gestion des Ressources Humaines (SGRH)
- Plateforme de gestion de la formation, plateforme d'enquêtes
- Livrables relatifs aux programmes, campagne de sensibilisation et projet mis en place pour promouvoir la QVCT

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total 2025-2029
Pour tous les établissements	/	1 action	1 action	2 actions	3 actions	3 actions	10

6. Référentiel de bonnes pratiques – Exemple d'action à mettre en œuvre

- *Accompagnement financier :* le crédit FIR, CNR médico-sociaux

7. Modalités de suivi et évaluation eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** annuelle
- **Modalité et suivi évaluation : Suivi d'un corpus d'indicateurs**

Evaluation des actions de promotion de démarches QVCT :

- Recenser les initiatives et les programmes mis en place pour promouvoir la QVCT, y compris les formations, les campagnes de sensibilisation et les projets d'amélioration des conditions de travail.
- Mesurer le nombre d'initiatives lancées, le taux de participation des employés, la fréquence des actions réalisées, et le budget alloué aux projets de QVCT.

Exemple d'indicateurs permettant l'évaluation : Nbre d'initiatives menées / Nbre de professionnels impliqués/ Taux de participation des employés / fréquence des actions réalisées/ Budget alloué aux projets de QVCT/ Nombre de sessions de formation sur la QVCT proposées/ Nombre d'actions spécifiques mises en œuvre par établissement

Evaluation actions en faveur de la santé des professionnels de santé :

- Évaluer l'impact des démarches de QVCT sur la santé des professionnels de santé

Exemple d'indicateurs permettant l'évaluation : taux d'absentéisme, le turnover, Taux de satisfaction à l'égard des actions de santé (formations, programmes de bien être, …), taux de satisfaction vis-à-vis de l'équilibre travail-vie personnelle, taux de participations aux formations…

FICHE METHODOLOGIQUE – ANNEXE STRATEGIQUE

N° et libellé Indicateur	*CPOM_OS_22 : Nombre de projets de recherche auxquels l'établissement participe chaque année*
Objectif stratégique	*Encourager la participation des établissements de santé aux projets de recherche et promouvoir leur universitarisation*

1. Contexte et justification

L'universitarisation des formations soignantes (médicales et paramédicales), est engagée depuis plusieurs années mais restent à développer (par exemple pour les formations paramédicales : intégration dans le système Licence-Master-Doctorat).

Un rapport récent dresse un état des lieux des formateurs et enseignants-chercheurs, soulignant un manque d'harmonisation des statuts, une recherche paramédicale encore peu développée et des freins aux collaborations entre universités et instituts de formation. **Les 24 recommandations du rapport :**

Pour améliorer l'attractivité des formations et accompagner la transformation des métiers, le rapport préconise :

- **Créer un statut bi-appartenant** pour les enseignants-chercheurs paramédicaux (hospitalier et universitaire).
- **Instaurer un statut d'enseignant clinique universitaire**, similaire aux chefs de clinique médicaux.
- **Faciliter l'accès au doctorat** et mettre en place des contrats doctoraux dédiés.
- **Étendre le statut d'étudiant hospitalier** aux étudiants paramédicaux en second cycle.
- **Renforcer la formation des encadrants**, en généralisant le master 2.
- **Clarifier les statuts et rémunérations**, notamment pour les enseignants en institut de formation intégrés à l'université.

L'universitarisation des métiers médicaux prend son envol depuis quelques années par l'intermédiaire d'expérimentation de temps partagé CHU/CH/Universités.

2. Description de l'objectif stratégique

L'évolution des métiers hospitaliers exige pluridisciplinarité, technicité et cohérence territoriale entre soins et médico-social. Il est essentiel d'anticiper les compétences de demain en tenant compte des aspirations des professionnels. Le développement de la coopération interprofessionnelle, notamment via l'exercice mixte et les groupements hospitaliers, est clé. L'universitarisation des formations soignantes favorisera l'émergence de nouveaux métiers adaptés aux pathologies chroniques, au vieillissement et à des besoins spécifiques, en s'appuyant sur des compétences existantes ou en créant de nouvelles spécialisations. Par ailleurs, les jeunes diplômés s'engagent aujourd'hui dans des exercices de surspécialisation pour lesquels les CHU sont en position de force face à des établissements qui peinent à faire concurrence à leur niveau de recherche et de modernisation.

Les nombreux départs à la retraite de soignants nécessiteront de revaloriser les professions et de renforcer la formation universitaire et la recherche.

Le secteur hospitalier doit pour ce faire s'inscrire dans une démarche de transformation de son environnement, de ses partenaires et des techniques de prises en charge. Il devra se tourner vers de nouveau métier, comme les IPA, intégrer les innovations numériques dans son panel d'offre (IA en imagerie diagnostique par exemple), se doter d'équipements à la pointe de la technologie, revaloriser le rôle des PU-PH, ,….

Plusieurs objectifs peuvent répondre à l'attendu stratégique :

<u>Développement de la recherche en santé</u>

- *Augmenter le nombre de projets de recherche clinique et translationnelle*
- *Renforcer les coopérations avec les universités et organismes de recherche (INSERM, CNRS, etc.).*
- *Structurer une gouvernance de la recherche dans l'établissement*

<u>Augmentation des publications et de la valorisation</u>

- *Accroître la production scientifique des équipes hospitalières.*
- *Encourager la participation des professionnels à des congrès scientifiques nationaux et internationaux.*
- *Développer la recherche appliquée et l'innovation en santé (brevets, start-ups, dispositifs médicaux).*

<u>Renforcement du lien avec l'universitarisation</u>

- *Augmenter le nombre de médecins et soignants impliqués dans l'enseignement universitaire.*
- *Faciliter l'accueil des étudiants en santé et la mise en place de terrains de stage hospitalo-universitaires.*
- *Soutenir les démarches d'affiliation universitaire de l'établissement (CHU)*

<u>Structuration des ressources et financements dédiés</u>

- *Augmenter les financements obtenus pour la recherche hospitalière.:*
- *Améliorer l'attractivité pour les jeunes chercheurs et cliniciens-chercheurs (médecins et IPA)*

3. Description de l'indicateur

Définition de l'indicateur :
Nombre de projets de recherche actifs ou en cours de démarrage dans l'année civile (toutes disciplines confondues)

Élément de preuve : liste des projets, protocole, affiliation recherche, fiche de suivi DRCI, etc.

Durée de la mesure : *2025-2029*

Partenaires : Professionnels de l'établissement de soins, Universités, professionnels libéraux (maîtres de stage), CDOM/URPS

Pilotage et suivi de la mise en œuvre : *groupe de travail / équipe recherche / autre*

4. Type d'indicateur

Si l'indicateur est quantitatif :

Formule :
Nombre de projets de recherche actifs ou en cours de démarrage dans l'année civile (toutes disciplines confondues)

5. Cible générale (2025-2029)

Valeur à atteindre à la fin de la période :

Cible 2025-2029	2025	2026	2027	2028	2029
Pour l'ensemble des établissements concernés	/	Progression de 15 % par rapport à 2025	Progression de 15 % par rapport à 2026	Progression de 15% par rapport à 2027	Progression de 15 % par rapport à 2028 et Maintien et ancrage dans une gouvernance recherche

Les cibles peuvent intégrer des projets en partenariat, multicentriques, ou en lien avec un GHT

6. Modalités de suivi et évaluation dans eCARS

- **Fréquence de collecte de l'indicateur :** Annuelle
- **Modalité de suivi évaluation :** Eléments de preuve à fournir au moment de l'évaluation du CPOM