



Avis de la CRSA sur le Projet régional de santé Décembre 2011



Avis de la CRSA sur le Projet régional de santé de Franche-Comté

Sommaire

- 1- Avis de la CRSA sur le Projet régional de santé
- 2- Avis et observations de la CRSA sur le PSRS
- 3- Avis de la commission spécialisée "Prévention" de la CRSA
- 4- Avis de la commission spécialisée "Soins" de la CRSA
- 5- Avis de la commission spécialisée "Médico-Social" de la CRSA
- 6- Avis de la Conférence de Territoire sur le SROS
- 7- Avis du groupe de travail sur le programme Télémédecine
- 8- Avis du groupe de travail sur le PRAPS
- 9- Observations des différents partenaires ou acteurs sur le Schéma Prévention
- 10- Observations des différents partenaires ou acteurs sur le Schéma Soins
- 11- Observations des différents partenaires ou acteurs sur le Schéma Médico-social



1- Avis de la CRSA sur le Projet régional de santé



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05

Madame Sylvie MANSION

Directrice Générale
Agence Régionale de Santé
de Franche-Comté

le 15 décembre 2011

Objet : Avis de la CRSA sur le Projet régional de santé de Franche-Comté

Madame la Directrice Générale,

Par courrier du 10 octobre dernier, vous m'avez saisi pour émettre l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), sur les trois schémas prévention (SRP), soins (SROS) et médico-social (SROMS) dans le cadre de l'élaboration de la seconde étape du Projet régional de santé (la première étape ayant été finalisée par l'avis rendu le 3 mai 2011 sur le Plan stratégique régional de santé (PSRS)).

J'ai immédiatement saisi les commissions spécialisées de la CRSA afin de pouvoir donner cet avis dans les délais requis.

De même, dès la consultation officielle le 2 novembre 2011 du PRS dans sa globalité, j'ai proposé aux membres de la CRSA de constituer 2 groupes de travail pour émettre un avis sur les 2 programmes gestion des risques (PRGDR) et accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Au terme de ce processus, la CRSA s'est réunie en plénière le 13 décembre 2011 et j'ai le plaisir de vous informer que la CRSA donne un avis favorable sur le Projet régional de santé, qu'elle accompagne cet avis d'observations ou de préconisations émises au cours des débats et concertations organisés durant la période de consultation.

Dans ce cadre, vous trouverez en annexe :

- l'avis et les observations de la CRSA sur le PSRS
- l'avis des commissions spécialisées de la CRSA sur les Schémas SRP, SROS et SROMS,
- l'avis de la Conférence de Territoire sur le SROS
- l'avis des groupes de travail sur les programmes Télémédecine et PRAPS
- les observations des différents partenaires ou acteurs sur les trois Schémas.

La qualité des échanges et le travail mené au cours de cette période de consultation ont été riches et je tiens d'une part à remercier les membres de la CRSA pour leur engagement et leur assiduité et d'autre part souligner l'appui du personnel de l'ARS pour la qualité de sa collaboration.

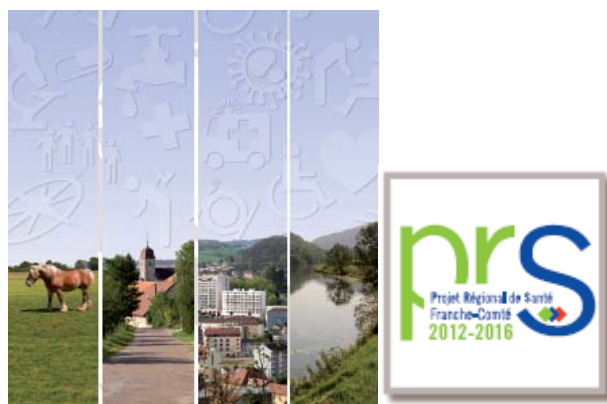
Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de ma considération distinguée.

Bruno HERRY
Président de la Conférence
régionale de la santé et de
l'autonomie de Franche-Comté





2 - Avis et observations de la CRSA sur le PSRS



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE REGION

crsa
de Franche-Comté
Conférence régionale de la santé
et de l'autonomie

Le Préfet
de la Région de Franche-Comté

Le Président de la Conférence régionale
de la santé et de l'autonomie

Aux membres:
du Conseil de surveillance de l'ARS
de la Conférence régionale de santé et de
l'autonomie
de la Conférence de territoire

Besançon, le 3 mai 2011

Madame, Monsieur,

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) inscrit le Projet régional de santé et le constitue d'un plan stratégique régional de santé, de schémas et de programmes régionaux.

S'agissant du Plan stratégique régional de santé, le Conseil de surveillance et la Conférence régionale de santé et de l'autonomie ont été consultés pour rendre leurs avis sur la proposition soumise par Madame la Directrice générale de l'Agence régionale de santé.

Dans ce cadre, nous avons le plaisir de vous adresser les avis rendus par ces deux instances et vous remercions du travail réalisé autour de ce dossier.

Nous vous prions, d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération.

Bruno HERRY
Président
de la Conférence régionale
de la santé et de l'autonomie

Christian DECHARRIERE
Préfet de Région
Préfet du Doubs
Président du Conseil de
surveillance de l'ARS



Plan stratégique régional de santé de Franche-Comté

2012

2016

2 enjeux, 5 priorités et 20 objectifs

- Proposition soumise pour avis à la CRSA le 10 mars 2011

- Avis de la CRSA remis en plénière le 19 avril 2011 (texte de couleur ■)*
- Avis du Conseil de surveillance du 26 avril 2011 (texte de couleur ■)*

SOMMAIRE

PREAMBULE

La santé : une ressource à promouvoir 5

INTRODUCTION

Une méthode de travail pour faciliter les contributions 6

ENJEU TRANSVERSAL 1 : Assurer à tous les Franch-Comtois une offre de santé de qualité répondant aux meilleures pratiques et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé 10

ENJEU TRANSVERSAL 2 : Veiller à ce que les personnes en situation de précarité et/ou vulnérables accèdent à tous les programmes et actions de santé mis en œuvre en Franche-Comté 12

PRIORITE 1 : Développer des environnements favorables à la santé pour tous et dès le plus jeune âge 14

Objectif 1.1 : Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur 15

Objectif 1.2 : Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun 16

Objectif 1.3 : Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination 18

Objectif 1.4 : Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception et à la grossesse 20

PRIORITE 2 : Renforcer la prévention dans ses différentes modalités et l'articuler avec les activités de soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte	22
<i>Objectif 2.1 : Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers</i>	<i>23</i>
<i>Objectif 2.2 : Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique et développer une prise en charge pluri professionnelle protocolisée pour les adultes</i>	<i>25</i>
<i>Objectif 2.3 : Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique</i>	<i>26</i>
<i>Objectif 2.4 : Dépister précocement les troubles des enfants et faciliter leur prise en charge</i>	<i>28</i>
<i>Objectif 2.5 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare</i>	<i>29</i>
PRIORITE 3 : Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels et autour de l'utilisateur	30
<i>Objectif général 3.1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé, notamment à travers des activités comme l'éducation thérapeutique du patient</i>	<i>31</i>
<i>Objectif général 3.2 : Développer la solidarité et la coopération entre établissements de santé en lien avec la médecine de ville</i>	<i>32</i>
<i>Objectif général 3.3 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (soins, médico-social et social)</i>	<i>34</i>
<i>Objectif général 3.4 : Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire</i>	<i>35</i>
<i>Objectif général 3.5 : Lutter contre la désinsertion professionnelle pour raisons de santé (y compris les risques psychosociaux) en développant la coordination entre les différents professionnels impliqués sur cette question</i>	<i>37</i>
PRIORITE 4 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge	38
<i>Objectif 4.1 : Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet</i>	<i>39</i>
<i>Objectif 4.2 : Développer l'aide aux aidants</i>	<i>40</i>
<i>Objectif 4.3 : Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile</i>	<i>41</i>
<i>Objectif 4.4 : Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes</i>	<i>43</i>

PRIORITE 5 : Promouvoir une observation et une information documentée sur la santé et l'autonomie pour améliorer le processus de décision ; rendre plus lisible l'organisation du parcours de santé de chaque Franc-Comtois	
<i>Objectif 5.1 : Développer l'observation et l'analyse afin d'aider à la décision dans les différents champs de la santé et du médicosocial</i>	45
<i>Objectif 5.2 : Faciliter l'accès à l'information des usagers mais également des professionnels sur l'offre en services de santé mise en place dans la région.....</i>	46
PREMIERS ELEMENTS DE CADRAGE POUR LE SUIVI ET L'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE	48
SIGLES UTILISES	50

PREAMBULE

La santé : une ressource à promouvoir

La santé est une préoccupation majeure de la population mais aussi une ressource essentielle des individus et de la collectivité. A ce titre, elle constitue un enjeu fondamental pour l'ensemble des décideurs et acteurs publics ou privés.

En 1986, à Ottawa¹, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini le concept de promotion de la santé qui consiste à permettre aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci et faire de la santé une ressource de la vie quotidienne (un moyen parmi d'autres pour le mieux être) et non un but dans la vie (une fin en soi).

Pour atteindre cet objectif ambitieux, cinq stratégies étaient proposées :

1. élaborer des politiques publiques favorables à la santé,
2. créer des milieux favorables,
3. renforcer l'action communautaire,
4. acquérir des aptitudes individuelles,
5. réorienter les services de santé.

Ce concept a largement inspiré la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)² et, a fortiori, les missions dévolues aux Agences régionales de santé (ARS). Le périmètre de compétences de ces dernières permet de conduire une politique de santé unifiée et ouverte. L'idée que la santé d'un individu dépend à la fois de caractéristiques qui lui sont propres (comme le genre ou l'âge) mais aussi d'autres déterminants notamment l'environnement, les modes de vie, la situation sociale ou les soins est maintenant définitivement admise. Ce modèle global de santé invite donc à la transversalité (prévention/soins/médicosociale) des programmes et actions conduits mais nécessite également des coopérations intersectorielles qui associent différents acteurs se situant, a priori, hors du champ de la santé.

La Franche-Comté a été une région pionnière dans sa volonté de relayer ce concept de promotion de la santé. Cela s'est concrètement traduit par la mise en place en 2003 d'une Université d'été francophone en santé publique qui se tient chaque année à Besançon et dont l'esprit est de transmettre à ses participants l'esprit d'Ottawa.

Au-delà de la diffusion de cette idée fédératrice, le challenge qui est devant nous est de la mettre en œuvre et de la faire vivre pour la santé et le bien-être de tous les Francs-Comtois !

¹ OMS, Charte d'Ottawa, 1986 : Glossaire de la promotion de la santé, Publication de l'OMS Genève, 1999, 39 p.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

² LOI du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

Proposition soumise pour avis le 10 mars 2011

INTRODUCTION

Une méthode de travail pour faciliter les contributions

Ce document présente une proposition de priorités et d'objectifs stratégiques de l'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté pour les cinq années à venir (2012-2016).

Ce travail s'inscrit dans un triple contexte :

1. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et ses orientations majeures en termes de santé et de nouvelles modalités d'organisation de l'offre.

Elle donne un cadre aux perspectives envisagées, autour de trois grands axes :

- transversalité pour favoriser le décloisonnement entre les secteurs de la promotion de la santé et de la prévention, de l'ambulatoire, du sanitaire et du médico-social,
- optimisation des pratiques professionnelles et des financements des professionnels, associations et établissements,
- territorialité des programmes et actions, support indispensable au développement pragmatique de la démocratie sanitaire.

2. L'établissement d'un Panorama de la santé et de l'autonomie des Franch-Comtois (état de santé et évaluation de l'offre) réalisé au cours de l'année 2010 et largement diffusé durant ces derniers mois³.

Il a permis de partager des constats communs et sera enrichi en 2011, année d'élaboration des plans, schémas et programmes, notamment par les éléments d'état des lieux relatifs au Schéma régional d'offre de soins (SROS-PRS) qui doivent obligatoirement figurer dans ce Plan stratégique (PSRS) mais qui sont indisponibles au moment de l'écriture du présent

Avis de la CRSA le 19 avril 2011 Avis du Conseil de surveillance du 26 avril 2011

Ce texte a été proposé à la CRSA en séance plénière du 19 avril 2011.

Il a été adopté à la majorité des voix :

pour : 56 voix
abstention : 5 voix
contre : 1 voix

Les membres de la CRSA de Franche-Comté ont examiné avec intérêt et attention le projet de PSRS, élément constitutif du futur Projet régional de santé (PRS).

Le document soumis à l'avis de la CRSA n'a pas fait l'objet d'une remise en cause globale tant au niveau des commissions que des groupes de travail. En effet, les grandes orientations proposées sont partagées par la Conférence.

Cependant, les membres de la CRSA souhaitent apporter leur contribution pour enrichir, compléter et amender ce document.

Deux approches ont été privilégiées pour favoriser ce processus contributif :

- la consultation des membres des différentes commissions, au regard de leurs prérogatives respectives (prévention, soins, médico-social et usagers),
- le travail, sous la forme de cinq ateliers (correspondant aux cinq priorités, tous les ateliers examinant les deux enjeux transversaux), associant l'ensemble des membres de la CRSA. Une procédure de hiérarchisation des objectifs de chaque priorité ainsi qu'un choix sur les 2 enjeux transversaux ont été proposés à chaque participant des ateliers.

³ ARS de Franche-Comté : Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté, Rapport complet, 126 p ;

http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/PanoramaSanteAutonomie2010_Rapport.pdf

⁴ ARS de Franche-Comté : Projet d'Agence 2010-2011, 32 p. :

http://www.ars.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/ProjetAgence2010-2011_nov2010.pdf

document.

De plus, il servira de base pour :

- d'une part, développer l'observation et l'analyse afin d'aider à la décision dans les différents champs de la santé et du médicosocial,
- d'autre part, permettre de suivre et d'évaluer le Projet régional de santé (PRS) au cours de sa mise en œuvre et procéder aux ajustements nécessaires.

3. Les dynamiques engagées dans la région pour répondre aux besoins spécifiques de la population, avec leurs dimensions prometteuses mais aussi leurs marges de progrès.

Elles permettent de :

- s'appuyer sur des pistes d'actions déjà en mouvement (Projet d'Agence)⁴,
- renforcer celles qui ont besoin de l'être.

Les propositions contenues dans ce document sont donc le résultat d'une démarche participative (élaborée avec des acteurs extérieurs à l'ARS, experts dans leur domaine) qui s'est construite en 3 temps :

1. la mise en place de 5 groupes de travail autour de 5 thématiques proposées par le Ministère :
 - périnatalité et petite enfance,
 - risques sanitaires,
 - santé mentale,
 - handicap et vieillissement,
 - maladies chroniques.

Ils se sont réunis chacun trois fois entre novembre 2010 et février 2011 et ils ont produit des priorités et objectifs autour de leur thématique.

2. la production de priorités spécifiques sur le volet "respect des droits des usagers" issues de la Commission spécialisée des usagers de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) du 7 février 2011.
3. un travail de synthèse de ces différentes productions réalisé au sein de l'Agence.

De façon à faciliter la communication de l'ARS sur ce Plan stratégique en direction des acteurs (dont les citoyens) de la région, il a été décidé de proposer un nombre limité d'enjeux et de priorités. Les objectifs quant à eux expriment les différentes idées qui ont émergé au sein des travaux précités.

Cet avis tente de rassembler ces différentes productions orales et écrites.

Néanmoins, plusieurs limites à ce travail doivent être d'emblée précisées :

- Dans le but de produire un avis le plus synthétique possible, il n'a été retenu que les grandes orientations émergentes ; cependant, afin de porter à la connaissance de Madame la Directrice générale et de son équipe, toutes les productions, souvent très riches, des membres de la CRSA, il a été retenu d'annexer à cet avis :

- . les synthèses des référents des différentes commissions spécialisées de la CRSA (*annexe 1*),
- . les rapports de chacun des cinq ateliers conduits lors de la séance plénière de la CRSA de ce jour (*annexe 2*).

Tous les documents transmis par les membres de la CRSA au Président de la CRSA au cours des dernières semaines sont en consultation sur le site de la CRSA :

<http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Travaux-de-la-CRSA.97259.0.html>

- Au sein du PSRS, soumis à la consultation, de nombreuses propositions nous semblent relevées spécifiquement des trois Schémas et des différents programmes à venir, en raison de leur caractère opérationnel ; c'est pourquoi, nous proposons que :
 - . dans le texte final du Plan stratégique, les parties intitulées "axes de développement et de progrès" soient retirées,
 - . ces "axes de développement et de progrès" soient transmis aux responsables des 3 Schémas et aux groupes de travail ad hoc de façon à enrichir leurs réflexions,

Dans un quatrième temps, toutes ces propositions feront l'objet (en mars et avril 2011) d'un avis de la part du Conseil de surveillance et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Ces enjeux, priorités et objectifs ne couvrent pas l'ensemble des missions de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social de l'Agence régionale de santé. Ces dernières seront notamment organisées dans le cadre des Schémas de prévention (SRP), d'organisation sanitaire (SROS-PRS) et d'organisation médico-sociale (SROMS). Les priorités et les objectifs retenus ne prétendent pas non plus décrire l'ensemble des évolutions dans l'organisation de la santé au cours des 5 prochaines années, qui seront pour certaines guidées par les progrès des techniques diagnostiques et des thérapeutiques. *Ils traduisent un choix stratégique d'engager l'action publique dans des domaines où elle peut être efficace à l'échelle de la région et où elle peut produire un bénéfice sanitaire ou social important.*

Au total, nous nous assignons trois ambitions pour améliorer l'état de santé de la population dans les années à venir :

1. l'ambition de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
2. l'ambition de faire reculer les facteurs aggravants de morbidité et de mortalité régionales qui placent la région dans une situation moyenne au regard de ses indicateurs sanitaires,
3. et enfin l'ambition d'efficacité du système de santé franc-comtois à la hauteur des atouts dont il dispose.

2 enjeux et 5 priorités sont proposés

Enjeu transversal 1 : Assurer à tous les Francs-Comtois une offre de santé de qualité répondant aux meilleures pratiques et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé.

Enjeu transversal 2 : Veiller à ce que les personnes en situation de précarité et/ou vulnérables accèdent à tous les programmes et actions de santé mis en œuvre en Franche-Comté.

Priorité 1 : Développer des environnements favorables à la santé pour tous et dès le plus jeune âge.

Avis du conseil de surveillance
sur le projet de plan stratégique régional de santé soumis à concertation par l'ARS de
Franche-Comté

Texte adopté le 26 avril

En préambule, les membres du conseil soulignent la qualité du travail et se félicitent de cette démarche qui donne du temps à la concertation.

Le groupe de travail a travaillé en deux temps :

- Une phase de proposition d'améliorations du PSRS
- Une phase de hiérarchisation des objectifs au sein de chaque priorité

Priorité 2 : Renforcer la prévention dans ses différentes modalités et l'articuler avec les activités de soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte

Priorité 3 : Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels et autour de l'utilisateur.

Priorité 4 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge.

Priorité 5 : Promouvoir une observation et une information documentée sur la santé et l'autonomie pour améliorer le processus de décision ; rendre plus lisible l'organisation du parcours de santé de chaque Franc-Comtois.

Dans la suite de ce document, chaque priorité sera présentée de la manière suivante :

1. un texte introductif qui justifie l'importance de cette priorité et qui pose des éléments d'enjeux,
2. les objectifs généraux justifiés par des constats nationaux et/ou locaux (notamment issus du Panorama de la santé et de l'autonomie).

Sont ensuite cités des axes de développement et de progrès élaborés à partir des propositions formulées par les 5 groupes précités. Ces axes seront pris en compte dans les différents schémas et programmes à venir

ENJEU TRANSVERSAL 1 : ASSURER A TOUS LES FRANCS-COMTOIS UNE OFFRE DE SANTE DE QUALITE REpondANT AUX MEILLEURES PRATIQUES ET IMPULSER LES REORGANISATIONS NECESSAIRES DANS UN CADRE BUDGETAIRE SOLIDAIRE ET MAITRISE

L'exigence d'une offre de santé de qualité et accessible à tous passe par :

- des pratiques professionnelles qui répondent aux recommandations promues par des instances telles que la Haute autorité de santé (HAS), au regard des progrès de la science,
- des organisations performantes.

Dans ces domaines, des évolutions importantes se sont amorcées au cours des dernières années en France, en général, et en Franche-Comté, en particulier.

Ces changements doivent se poursuivre et s'amplifier pour plusieurs raisons :

- les besoins ont évolué de façon significative, comme le montrent les données du Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté,
- les réponses à ces besoins bénéficient à la fois des progrès de la science médicale mais aussi de technologies nouvelles, notamment au niveau des systèmes d'information (télémédecine, dossier médical personnel...),
- les usagers ont le souhait de disposer d'une offre qui leur permettent de garder des services de santé et médico-sociaux au plus près de leur domicile, en réduisant les temps de séjours en établissements,
- les professionnels de santé, quant à eux, désirent des modes d'exercice différents qui leur permettent de maintenir la qualité de leur service tout en préservant leur propre qualité de vie.

Ce contexte nouveau et ces évolutions nécessaires s'inscrivent dans des contraintes financières fortes. Elles imposent, si l'on souhaite maintenir la solidarité et l'équité, des exigences importantes en termes de qualité des pratiques et des organisations.

Dans cette perspective, l'Agence régionale de santé, les institutions partenaires, les professionnels et les usagers doivent non seulement accompagner le changement mais l'anticiper dans une démarche d'efficacité et de performance.

Deux enjeux transversaux qui méritent d'être distingués

Le résultat de la consultation individuelle conduite au sein des différents ateliers a abouti au maintien de deux enjeux transversaux (maintien des 2 enjeux : 25 voix ; fusion des 2 enjeux : 23 voix ; autres : 12 voix). Le maintien de l'enjeu 2 est argumenté par l'importance d'établir une veille et un accompagnement de ces publics ainsi que par la nécessité d'aller au devant de ces personnes.

Cependant de nombreux souhaits de reformulation ont été évoqués, notamment concernant les inégalités territoriales, le parcours de vie et les liens entre le sanitaire, le social et le médico social ainsi que la synergie entre la prévention et le soin.

Le souhait d'introduire la notion de proximité (en plus de la qualité) dans l'enjeu 1 a également été évoqué. De même qu'à été souhaitée la notion d'accès à l'innovation pour les personnes vulnérables, en plus de la réduction des inégalités sociales et territoriales dans l'enjeu 2.

Si la majorité des membres de la CRSA souligne l'importance et la pertinence de ces deux enjeux, plusieurs membres proposent qu'ils n'en fassent plus qu'un. Il pourrait être formulé autour de la qualité de l'offre de santé pour tous les Francs-Comtois, y compris (et prioritairement) pour les plus précaires et/ou vulnérables d'entre eux.

Plusieurs arguments viennent étayer cette proposition, notamment :

- les risques de stigmatisation de la population des personnes précaires et/ou vulnérables, avec un caractère potentiellement discriminatoire de la séparation de ces deux enjeux,
- la notion de solidarité, d'accès égal à des soins de qualité pour tous et la nécessité impérieuse de l'application du droit commun,
- le renoncement aux soins qui ne concerne plus uniquement aujourd'hui les personnes fragiles, en raison d'une progression de plus en plus importante du "reste à charge" à payer en matière de soins,

c'est pourquoi, il est important de veiller à maîtriser le "reste à charge" de l'ensemble de la population.

C'est la raison pour laquelle le Plan stratégique régional de santé met en avant ce premier enjeu et que l'Agence régionale de santé de Franche-Comté souhaite se donner les moyens de cette ambition.

L'amélioration de la qualité des pratiques et des organisations passe notamment par :

- la poursuite des démarches d'accréditation de la Haute autorité de santé pour les établissements de santé mais aussi la mise en place d'un processus similaire concernant le champ médico-social avec l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM),
- la politique de gestion du risque menée avec l'Assurance maladie aussi bien dans le champ ambulatoire qu'hospitalier, avec une place importante faite au bon usage du médicament et au développement de pratiques innovantes ayant fait la preuve de leur efficacité,
- le renforcement des activités de l'Observatoire du médicament associant, professionnels, institutions ainsi qu'universitaires et chercheurs,
- l'évaluation de pratiques professionnelles dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC),
- le dispositif consolidé de veille/gestion des alertes/sécurité sanitaire,
- les missions d'inspection/contrôle,
- la prévention des infections associées aux soins tant en établissements de santé que médico-sociaux.

Ces évolutions s'établiront dans un nouvel équilibre et une architecture renouvelée entre l'hospitalier, l'ambulatoire et le médico-social. Si l'offre de proximité est souhaitée, elle doit être organisée. Pour y parvenir, il faut surmonter les cloisonnements actuels, construire des filières de prise en charge coordonnées pour chaque patient, trouver des modes de financements adaptés et maîtrisés.

Par ailleurs, certains membres de la CRSA insistent sur les nouvelles formes de précarité. Elles concernent des sujets "hors droits", qui du fait d'une précarité temporaire ou brutale (rupture du parcours de vie, troubles invalidants...), entrent dans une spirale de difficultés. Elle les marginalise par rapport au système de santé et de soins. Dans cette perspective, des interventions précoces des services sociaux sont nécessaires et doivent être organisées en lien avec les acteurs du système de santé en général et le médecin traitant en particulier.

Enfin, l'utilisation du terme de budget "contraint" est proposée dans le premier enjeu afin de donner un message clair aux acteurs de la santé.

Un groupe de travail a souligné la nécessité de **rendre attractive la région pour les professionnels de santé** et considère que cette orientation pourrait faire l'objet d'un 3ème enjeu transversal.

Conseil de surveillance

Modifier le libellé de l'enjeu transversal n°1 en ajoutant la notion de proximité.

"Assurer à tous les Francs-Comtois une offre de santé de qualité et de proximité répondant aux meilleures pratiques et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé."

Intégrer la notion de proximité dans la partie "constats et problématiques" de l'enjeu transversal n°1 :

"Si l'offre de proximité est souhaitée, elle doit être organisée et cela est notamment vrai pour les soins de premiers recours."

La proposition d'un troisième enjeu : rendre plus attractive la région pour les professionnels de santé"

Les problématiques de démographie médicale et d'accès aux soins et son corollaire de rendre la région attractive pour les médecins (...) ont un caractère prioritaire.

ENJEU TRANSVERSAL 2 : VEILLER A CE QUE LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET/OU VULNERABLES ACCEDENT A TOUS LES PROGRAMMES ET ACTIONS DE SANTE MIS EN ŒUVRE EN FRANCHE-COMTE.

Si les inégalités sociales face à la santé perdurent dans notre pays (voire s'aggravent), ce constat concerne plus globalement toutes les populations en situation de fragilité, précarité ou vulnérabilité⁵. Elles sont le plus souvent liées à des événements entraînant une rupture dans un parcours de vie. Les raisons en sont économiques mais aussi familiales, professionnelles, sociétales...

Ces inégalités commencent dès l'enfance, ce qui explique pour partie leur reproductibilité d'une génération à l'autre. En effet, les difficultés accumulées se traduisent par des trajectoires de vie rendant plus difficile l'accès à un niveau d'études satisfaisant, à un emploi qualifié, à des revenus suffisants... et à la santé.

Dans cette perspective, l'ensemble des priorités proposées au sein de ce document doit concourir à une réduction des inégalités de santé, notamment sociales, et à un continuum de prise en charge, surtout aux épisodes, plus ou moins durables, de forte fragilité personnelle.

Il s'agira notamment de renforcer et d'améliorer l'information auprès des publics en situation de précarité ainsi que de faciliter leur accès au système de santé.

Une attention particulière sera portée à trois dimensions de l'organisation de la santé :

1. la promotion de mesures agissant sur la qualité de l'environnement, qui sont en principe universelles et donc susceptibles de s'appliquer à tous, notamment en terme d'habitat, d'eau, d'air... ;
2. la prévention et l'éducation pour la santé, dont l'efficacité est plus grande auprès des populations favorisées et peuvent, si elles sont mises en œuvre de façon isolée, ponctuelle et non structurée, renforcer les inégalités ;
3. l'organisation de l'offre de soins (y compris le dépistage) qui doit répondre au principe de solidarité et donc assurer des modalités de prise en charge, en particulier financières, soutenables par tous (risque de renoncement aux soins)⁶ et de qualité.

Résultat de la consultation au sein des ateliers de la CRSA :

Total
Maintien : 25
Fusion : 23
Autre : 12

Atelier 1 = Maintien : 6 - Fusion : 1 - Autre : 2
Atelier 2 = Maintien : 0 - Fusion : 8 - Autre : 0
Atelier 3 = Maintien : 0 - Fusion : 8 - Autre : 8
Atelier 4 = Maintien : 10 - Fusion : 6 - Autre : 0
Atelier 5 = Maintien : 9 - Fusion : 0 - Autre :

Conseil de surveillance :

Maintien de l'enjeu transversal n°2 pour afficher politiquement la volonté de l'agence d'agir en faveur vis à vis des personnes en situation de précarité et/ou vulnérables.

⁵ Lang T. : Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Rapport du Haut Conseil de la santé Publique, décembre 2009, 100 p. ; http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

⁶ Kambia-Chopin B., Perronnin M. : Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? Questions d'économie de la santé Irdes n° 158. Octobre 2010 :

L'un des enjeux fondamentaux sur ce sujet est de conduire l'ensemble des acteurs de santé de Franche-Comté à s'interroger systématiquement sur les programmes et actions qu'ils pilotent pour s'assurer que ces dispositifs bénéficient de façon équitable aux personnes les plus vulnérables.

Un second enjeu est de mettre en place des actions qui touchent l'ensemble des catégories de personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité, tout en garantissant une réponse à leurs besoins immédiats. Dans cette perspective, le raisonnement attendu de la part de chacun des acteurs de santé pourrait se résumer en 3 propositions :

1. soit l'action ou le dispositif préconisé relève du droit commun et ne demande aucune attention particulière, les personnes les plus fragiles pouvant y accéder sans freins notables et identifiables : le projet peut être continué ou proposé en l'état ;
2. soit l'action ou le dispositif se veut « universel » mais montre ses limites à atteindre les personnes les plus vulnérables du fait d'une accessibilité géographique, culturelle, financière moindre : le projet ou l'action en cours doivent être repensés et réorientés pour prendre en compte ces écueils ;
3. soit l'action est directement ciblée sur les personnes vulnérables : l'attention des acteurs doit se porter alors sur l'assurance de la non stigmatisation de la proposition.

Cette préoccupation constante de la place des personnes les plus fragiles dans nos dispositifs conduira l'ARS à assurer la continuité d'expériences antérieures :

- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS),
- Permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
- Ateliers santé ville (ASV).

Ces programmes actuels ou à venir devront s'organiser autour des 3 principes suivants :

- une déclinaison à un niveau territorial de proximité, par des actions d'accompagnement, de médiation et de promotion de la santé au sein du cadre de vie et associant l'ensemble des acteurs (dont la population)
- l'établissement de liens forts et formalisés avec d'autres politiques publiques : sociale, environnementale, migratoire mais aussi politique de la ville, des collectivités territoriales,
- faire l'objet de spécifications précises dans tous les outils de contractualisation prévus par la loi entre l'ARS et les différents acteurs de la santé :
 - . Contrats locaux de santé (CLS),
 - . Chartes,
 - . Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM),
 - . autorisations...

PRIORITE 1 : DEVELOPPER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES A LA SANTE POUR TOUS ET DES LE PLUS JEUNE AGE

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population. Il est donc indispensable de promouvoir des environnements sains, générateurs de bien être. Parmi eux, la protection des milieux naturels et artificiels ainsi que la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention particulière.

Par ailleurs, dans la vie des individus, c'est au moment de la conception et au cours de l'enfance que les facteurs de protection et de risque (déterminants) ont le plus de probabilité d'exercer une influence durable (positive ou négative) sur la santé de chacun. Au-delà de la responsabilité individuelle et des actions visant à influencer des comportements favorables à la santé, il revient aux autorités de santé d'organiser les conditions nécessaires à l'adhésion à ces comportements favorables.

L'alimentation, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, les conditions de travail sont susceptibles de protéger ou de favoriser la survenue plus ou moins précoce de maladies chroniques.

Les objectifs correspondant à cette priorité inscrivent donc les questions de la promotion de la santé dans un continuum entre :

- des programmes très en amont s'exerçant sur les déterminants de santé (notamment environnementaux),
- une organisation régionale ayant pour but de prévenir des risques sanitaires,
- des actions visant prioritairement les enfants et les adolescents (vaccination, sexualité/contraception, troubles précoces).

Hiérarchisation des objectifs proposés

N°1 : objectif 1.4 Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception et à la grossesse

N°2 : objectif 1.3 Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination

N°3 : objectif 1.2 Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun

N°4 : objectif 1.1 Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur

Conseil de surveillance

N°1 Objectif 1.3 Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination

N°2 Objectif 1.4 Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception et à la grossesse

N°3 Objectif 1.1 Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur

N°4 Objectif 1.2 Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun

Objectif 1.1 : Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur

Constats et problématiques

Concernant l'eau

En Franche-Comté, les situations de non-conformité de l'eau potable sont plus fréquentes qu'au niveau national. En 2008, le pourcentage de la population alimentée par une eau conforme était de 93% par rapport aux paramètres microbiologiques (France : 96%) et de 87% pour les pesticides (France : 93%).

Notre région présente des spécificités qui peuvent expliquer cette situation : un réseau de type karstique qui le rend vulnérable, des Unités de distribution (UDI) de petite taille, un nombre de captages insuffisamment protégé...

Pour le risque "légionelle", la Franche-Comté se distingue par une sur-incidence du taux de légionellose depuis 5 ans comme l'ensemble du Grand Est de la France.

Concernant les polluants en milieux clos à fort impact sur la santé

On dénombre en France aujourd'hui 600 000 logements indignes occupés à titre de résidence principale et relevant du parc privé. Sont considérés comme habitats indignes les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage ainsi que les logements dont l'état expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique et à leur santé. De nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par des désordres présents dans l'habitat : saturnisme, maladies respiratoires (asthme, allergies), maladies infectieuses favorisées par des équipements sanitaires insuffisants et par l'humidité, accidents domestiques accrus....

De plus, la région Franche-Comté est une zone à risque radon, gaz radioactif naturel qui est un agent cancérigène pulmonaire reconnu depuis 1987 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Du fait de ses propriétés physico-chimiques, le radon s'accumule dans les milieux clos (habitations et établissements recevant du public), conduisant à une durée d'exposition importante des populations. En France, la fraction de cancer du poumon attribuable au radon est estimée de 5 à 12%. En Franche-Comté, cette fraction est plus importante : de 14 à 27%.

Par ailleurs, la réduction des expositions aux nuisances sonores des populations sensibles, en particulier des jeunes enfants et des adolescents, constitue également un enjeu de santé publique fort.

Concernant les expositions aux polluants de l'air extérieur à fort impact sur la santé

15 à 20% de la population française est allergique aux pollens. Si les premiers symptômes de la pollinose sont une rhino-conjonctivite, très rapidement elle entraîne fatigue, problèmes de concentration, absentéisme à l'école ou au travail et peut évoluer vers un asthme. De plus, il est constaté que l'augmentation des allergies alimentaires est parallèle et certainement liée au développement des allergies respiratoires dues aux pollens des végétaux. Parmi les espèces végétales allergisantes, l'ambroisie est une plante à fort pouvoir allergisant. Elle est présente sur tout le territoire franc-comtois et de façon plus importante dans la plaine jurassienne et la région Doloise.

Axes de développement et de progrès

- Améliorer la qualité de l'eau potable
- Prévenir l'exposition aux légionelles
- Réduire les risques sanitaires liés à la qualité de l'habitat et de l'air intérieur
- Réduire les risques sanitaires liés aux bruits auprès des populations sensibles
- Réduire les expositions aux pollens et aux polluants chimiques

Objectif 1.2 : Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun

Constats et problématiques

La sécurité sanitaire est devenue un enjeu sociétal. Le risque sanitaire fait, désormais, partie de l'environnement de chacun.

En effet, les évolutions de mode de vie, l'augmentation de la circulation des personnes à travers le monde, les changements climatiques, l'apparition de résistances à certains antibiotiques, les pollutions aiguës ou chroniques résultant des activités humaines, l'émergence de nouveaux agents pathogènes pour l'homme et son environnement... sont autant de dangers auxquels chacun peut être exposé, avec un risque pour sa santé. De plus, le ressenti de la population et la médiatisation d'événements perçus comme insuffisamment gérés, par manque de coordination ou retard au traitement, peuvent amplifier l'impact d'une alerte sanitaire. Le niveau d'exigence attendu en termes de réponse adaptée et rapide de la part des autorités sanitaires s'est légitimement élevé.

Le souhait d'ajout de deux idées :

1- celle de prendre en compte les retours d'expérience en matière d'alertes sanitaires...

Afin de mieux adapter les réponses à venir tant dans la prévention que dans l'intervention (veille et sécurité sanitaire), il semble indispensable de mieux analyser les événements passés.

Les systèmes de surveillance déjà existants (pharmacovigilance, infectiovigilance, hématovigilance, dispositif de déclaration obligatoire de certaines maladies, réseaux de médecins sentinelles, surveillance des indicateurs de qualité environnementale...) se sont mis en place par strates successives. Ces systèmes ne sont pas forcément « lisibles » et connus par la population et les professionnels de santé, comme les actions menées pour maîtriser les situations pouvant impacter la santé publique.

L'ARS avec la mise en place d'une plate-forme régionale de veille et d'alerte sanitaires a pour ambition d'améliorer l'exhaustivité de la veille sanitaire et de renforcer la qualité de réception, d'analyse et de gestion des signaux et alertes sanitaires, contribuant ainsi au développement de la sécurité sanitaire.

Axes de développement et de progrès

Optimiser le signalement et le recueil de tous les signaux :

- structurer au niveau régional les dispositifs de veille sanitaire et de vigilances, avec les professionnels de santé et l'ensemble des partenaires concernés,
- promouvoir de nouveaux outils d'information et de signalement (point focal régional unique de réception des signaux, télé-déclaration, mise en ligne de documents d'information, Service d'information du gouvernement...)

Harmoniser les pratiques d'investigation des signaux et de réponse aux alertes sanitaires :

- élaborer et mettre en œuvre des procédures régionales d'investigation et de gestion
- promouvoir et partager ces bonnes pratiques avec les professionnels et partenaires concernés
- réviser et harmoniser les volets sanitaires des différents plans de réponse aux situations exceptionnelles

Développer l'information et la communication sur les risques sanitaires auprès des professionnels de santé et de la population :

- associer les établissements et professionnels de santé aux objectifs de gestion des risques sanitaire
- promouvoir des actions d'information et de formation initiale/continue sur ces thèmes auprès des professionnels
- améliorer les connaissances du grand public sur les risques sanitaires et les moyens mis en œuvre pour les prévenir et les gérer

Objectif 1.3 : Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination

Constats et problématiques

La transition épidémiologique est souvent évoquée pour mettre en exergue les maladies chroniques (maladies de civilisation) par rapport aux pathologies infectieuses. En effet, ces dernières ont constitué (et constituent toujours dans les pays en développement) des problèmes importants de santé publique. L'amélioration de l'hygiène de vie, le développement de programmes systématisés de vaccination, la mise à disposition de thérapeutiques adaptées (principalement les antibiotiques et antiviraux) ont permis d'éloigner en grande partie le péril infectieux.

Cependant, la maîtrise de ce danger est aujourd'hui loin d'être totale et reste très instable. Des événements récents montrent :

- la difficulté de contrôler le risque infectieux,
- les formes souvent imprévisibles de son émergence,
- ses conséquences de grande ampleur, à l'échelle d'une communauté, d'une région, d'un pays, d'un continent ou de la planète entière.

La propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales, le retour de la tuberculose, des cas groupés de rougeole, les pandémies grippales, les infections associées aux soins et la résistance aux antibiotiques rappellent la prégnance de ces sujets.

De plus, ces questions suscitent de nombreux débats sociétaux. Ils rendent donc ces maladies très actuelles et font l'objet d'interrogations, de doutes et de remises en cause sur les solutions apportées, notamment par les autorités sanitaires.

Certaines maladies infectieuses sont persistantes du fait de l'amélioration incomplète de leur traitement. Leur prise en charge au long court ainsi que de leurs complications s'apparentent à celles des autres maladies chroniques. De plus, leur prise en charge permet de diminuer les risques de transmission dans l'entourage des personnes atteintes.

Dans ce paysage complexe, il est donc nécessaire d'apporter des réponses claires. L'incidence et la prévalence actuelle de ces pathologies infectieuses ainsi que les risques d'évolution non maîtrisés rendent la vigilance essentielle et la prévention indispensable.

2- celle de développer des stratégies favorables au geste vaccinal entre levant les freins à cette pratique tant auprès des professionnels que de la population en général.

S'appuyer sur les regroupements de professionnels de santé

En matière de prévention, le caractère pluri professionnel des maisons, pôles ou centres de santé permettent le développement d'actions innovantes, notamment par rapport aux maladies infectieuses (vaccination), au diabète de type 1 et 2 (éducation thérapeutique), aux cancers (dépistages)...

Parmi les stratégies les plus adaptées, la vaccination apparaît comme un des moyens majeurs car le plus efficace. Si cette approche est globalement acceptée par la population, l'environnement lié au geste vaccinal a tendance à devenir plus incertain et s'effrite au fil des années.

Dans notre région, a été menée une politique de soutien aux villes de Besançon et Montbéliard qui assurent un suivi du calendrier vaccinal de leurs habitants et proposent des séances de vaccination gratuite, ouvertes à tous, mais pouvant aussi cibler des populations spécifiques.

Par ailleurs, la Franche-Comté a engagé une politique volontariste depuis quelques années en organisant localement une semaine de la vaccination, reprise ensuite au niveau national et européen.

Elle a donné des premiers résultats encourageants en termes de couverture vaccinale. La mobilisation des professionnels de santé francs-comtois a été forte : ils sont les acteurs pivots de la vaccination. Cette démarche doit être encore amplifiée, systématisée et organisée pour assurer une couverture répondant aux recommandations nationales et internationales. C'est là un objectif prioritaire pour la Franche-Comté.

Il devra être complété par :

- une forte (re)mobilisation autour des infections associées aux soins ainsi qu'aux questions de maîtrise des résistances en rapport avec une utilisation trop large des antibiotiques ; elles ont déjà fait l'objet de campagnes importantes ("les antibiotiques, c'est pas automatique") mais leur efficacité a tendance à s'émousser au fil des ans ; ces programmes devront s'exercer tant en ambulatoire que dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, avec en perspective la vigilance, la qualité des soins et la prévention du risque infectieux avec le respect des référentiels et la vaccination des professionnels de santé ;
- un renforcement des mesures préventives en cas d'exposition à un risque de transmission dans l'entourage d'une personne atteinte (méningite, tuberculose, rougeole, VIH, hépatite B (expositions sexuelles ou par partage de matériel, ...) incluant les expositions professionnelles ;
- la nécessité de dépister et de traiter le plus précocement possible les maladies infectieuses, afin d'une part de diminuer le risque de transmission à d'autres personnes et d'autre part, d'améliorer les chances de stabilisation ou de guérison de la personne atteinte (VIH, hépatites, infections sexuellement transmissibles (IST), tuberculose ...) ;
- une prise en charge des patients dont la pathologie infectieuse est aujourd'hui à un stade de chronicité

Axes de développement et de progrès

- Promouvoir l'information sur les vaccinations auprès des professionnels de santé et du grand public
- Renforcer le dispositif de vaccination gratuite en lien notamment avec les collectivités territoriales
- Promouvoir l'information sur les maladies infectieuses auprès de la population (familles) et parmi les professionnels (médecins généralistes, pédiatres, sages femmes, puéricultrices)

- Développer la prévention du risque infectieux, tant au sein du grand public par les mesures d'hygiène standard (lavage des mains en période d'épidémie de grippe ou de gastroentérites) que dans les structures de soins ambulatoires, dans les établissements de santé et les établissements médicosociaux

- Réduire les risques de transmission des maladies infectieuses auprès des personnes contacts ou en cas d'exposition à un risque (tuberculose, méningites, VIH, hépatite B...)

- Renforcer le dépistage des maladies infectieuses (VIH, hépatites, Infections sexuellement transmissibles - IST, tuberculose) en lien avec les professionnels de santé de proximité, les conseils généraux et structures de dépistage :

. spécialisées : Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) / Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), Centres de lutte antituberculeux (CLAT),

. non spécialisés : Protection maternelle et infantile (PMI), Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ...

Objectif 1.4 : Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception et à la grossesse

Constats et problématiques

Organiser, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés est un enjeu fondamental. Le réseau périnatalité de Franche-Comté est un des acteurs qui s'attache à développer cette organisation. Elle doit permettre d'assurer le suivi médical de la mère et de l'enfant ainsi que l'identification des facteurs de risques éventuels

afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée. Elle doit également permettre d'évaluer les fragilités psychosociales et l'accompagnement s'y rapportant.

En parallèle et en amont de la grossesse, il est indispensable de conduire des actions d'information auprès des jeunes en matière d'éducation à la sexualité et de contraception ainsi qu'en matière de prévention des grossesses non désirées. Un programme régional interinstitutionnel d'éducation à la sexualité a été mis en place en 2007 à l'initiative de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), du Rectorat et de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS). Il a pour objectif la diminution du nombre de grossesses non désirées et d'IVG, notamment chez les mineures.

En effet, la progression du taux de recours à l'IVG est préoccupante en Franche-Comté. Bien qu'inférieur à la moyenne nationale (14,7/1000 en 2007), ce taux a augmenté passant de 9,5/1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 1995 à 12,2/1000 en 2007. Mais c'est pour la tranche d'âge des 15 à 17 ans que le taux a progressé le plus passant de 9,1/1000 en 2001 à 11,1 /1000 en 2007 (moyenne nationale à 12,5/1000 en 2007).

La Franche-Comté est également caractérisée par une proportion d'IVG par voie médicamenteuse moins importante qu'au niveau national même si elle progresse régulièrement : 17,9 % en 2001 et 32,7 % en 2006 (la moyenne nationale est de 45,7 %).

La pratique des IVG par voie médicamenteuse en libéral est encore peu répandue dans notre région, à la fois en nombre d'établissements (3) et de praticiens concernés (9). Au total, le nombre d'actes réalisés par ces professionnels reste limité malgré plusieurs tentatives d'information de la part des établissements auprès des praticiens libéraux de leur secteur et l'envoi de documentation.

Axes de développement et de progrès

- *Promouvoir l'information, le conseil et l'orientation en matière de contraception y compris de contraception d'urgence et d'éducation à la sexualité sur tout le territoire*
- *Promouvoir l'accès aux IVG médicamenteuses*
- *Promouvoir l'entretien prénatal précoce dit du 4^{ème} mois auprès des familles et des professionnels sur tout le territoire*

Donner encore plus d'importance à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à la prévention du sida

Si ces thématiques sont déjà abordées dans le plan stratégique, il serait souhaitable d'apporter des solutions concrètes, pérennes et rapidement opérationnelles dans ce champ avec une communication adaptée aux populations concernées (personnes handicapées, âgées...)

Ajouter dans les axes de développement et de progrès de l'objectif 1.4
"Promouvoir l'éducation au respect, à la communication et à la gestion non violente"

PRIORITE 2 : RENFORCER LA PREVENTION DANS SES DIFFERENTES MODALITES ET L'ARTICULER AVEC LES ACTIVITES DE SOINS POUR CERTAINES PATHOLOGIES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

Les maladies chroniques sont des pathologies de longue durée, évolutives, souvent associées à la menace de complications graves. Elles comprennent des maladies somatiques (diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires, pulmonaires, neurologiques, rhumatologiques, maladies infectieuses persistantes, maladies rares ...) ou des troubles mentaux de longue durée. Ces pathologies progressent en France comme dans la plupart des pays développés. Elles concernent près de 15 % de la population Française et on peut estimer qu'en Franche-Comté, environ 300 000 patients souffrent de ce type de pathologies.

Le levier de la prévention est essentiel dans la problématique de ces maladies. Il peut s'exercer de différente façon :

- la prévention primaire vise à empêcher la survenue des maladies par des activités d'information et d'éducation pour la santé,
- la prévention secondaire a pour objet de repérer les maladies avant qu'elles ne se manifestent par des activités de dépistage,
- et la prévention tertiaire consiste à éviter les complications des maladies par des activités d'éducation thérapeutique et de soutien.

Si l'on adopte une approche populationnelle, elle peut être également être qualifiée de "universelle" (prévention primaire), "orientée" (prévention secondaire) ou "ciblée" (prévention tertiaire).

Quelle que soit la définition retenue, elle doit être développée et davantage structurée dans notre région. Les gains de santé pour les individus et les économies potentiellement attendues pour le système de santé, issus de ce champ, constituent un enjeu considérable.

En Franche-Comté, la prévention primaire est actuellement largement investie par de multiples acteurs associatifs. Il en est de même pour le dépistage (prévention secondaire) et l'éducation thérapeutique (prévention tertiaire) même si cette offre doit être mieux organisée par souci d'efficacité et d'accessibilité.

L'accent sera mis dans ce Plan stratégique sur quatre pathologies : cancer, surpoids et obésité,

Hiérarchisation des objectifs proposés

N°1 : objectif 2-3 : Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique

N°2 : objectif 2-1 : Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers

N°3 : objectif 2-4 : Dépister précocement les troubles des enfants et faciliter leur prise en charge

N°4 : objectif 2-6 : Addiction (nouvel objectif)

N°5 : objectif 2-2 : Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique et développer une prise en charge pluri professionnelle protocolisée pour les adultes

N°6 : objectif 2-5 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare

Conseil de surveillance

N°1 Objectif 2.1 Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers

N°2 Objectif 2.3 Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique

N°3 Objectif 2.2 Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique et développer une prise en charge pluri professionnelle protocolisée pour les adultes

N°4 Objectif 2.4 Dépister précocement les troubles des enfants et faciliter leur prise en charge

N°5 Objectif 2.5 Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare

⁷ Cancérologie en Franche-Comté : une organisation régionale pour une meilleure prise en charge des patients, Les Dossier de l'ARS, février 2011.

http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/LettreInfo/DossierARS_Cancerologie_fevrier_2011.pdf

⁸ http://ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/ObesiteRecommandationsSeminaireFC_05.12.08.pdf

souffrances psychiques et troubles précoces de l'enfant ainsi que sur la qualité de vie de l'ensemble des malades chroniques.

Ce choix repose sur :

- l'importance de leur incidence et de leur prévalence tant au niveau national que régional (notamment, pour le cancer et l'obésité),
- la difficulté d'accessibilité à des soins de proximité et d'organisation d'une prise en charge adaptée (notamment, pour ce qui concerne la santé mentale),
- la difficulté persistante, d'une part, en matière de dépistage et de prise en charge des troubles du langage, et d'autre part, des apprentissages et des troubles sensoriels chez les enfants ; ces difficultés obèrent directement et inéluctablement la vie future de ces personnes.

La volonté est d'aborder ces problématiques de façon transversale : prévention / soin / médicosocial / insertion-réinsertion / qualité de vie.

Objectif 2.1 : Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers

Constats et problématiques

Les cancers constituent la seconde cause des décès survenus en Franche-Comté entre 2004 et 2006 (29% : environ 2800 personnes), juste après les maladies de l'appareil circulatoire (30%). En revanche, le nombre de décès prématurés, c'est-à-dire qui se produisent avant 65 ans, est 3 fois supérieur pour le cancer que pour les maladies cardiovasculaires.

Si la Franche-Comté (215,2) ne se distingue pas de la France métropolitaine (217,4) sur le taux standardisé de mortalité par cancers, il existe en revanche, des disparités départementales : sur la période 2003-2005, les départements du Territoire-de-Belfort et de la Haute-Saône présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale, pour les deux sexes, de respectivement 227,0 et 225,5 pour 100 000 habitants, le Jura et le Doubs (212,1 et 208,2) présentant des taux inférieurs à la moyenne régionale et nationale. Par ailleurs, la Franche-Comté possède un registre départemental (dans le Doubs) qui recueille également depuis peu les données du Territoire de Belfort.

L'absence de continuum entre les différents niveaux de prévention a été soulignée.

Les différents niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire) doivent pouvoir être organisés de façon cohérente pour toutes les thématiques et/ou population concernées (notamment en ce qui concerne les financements et les acteurs).

L'articulation entre le national (campagne de communication) et le local (actions de proximité) en matière de prévention

Pour plus d'efficacité, les campagnes nationales et les actions locales doivent être mises en cohérence.

Le nombre de nouveaux cas de cancers (l'incidence) est inférieur à la moyenne nationale. Cependant, il existe une exception pour le cancer du poumon chez les hommes de la région dont l'incidence est supérieure de 7% à la moyenne nationale.

Les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal sont mis en œuvre par une structure régionale unique, l'ADECA (Association interdépartementale de dépistage des cancers) depuis 2003 pour le cancer du sein et 2008 pour le cancer colorectal. Le taux de participation moyen au dépistage du cancer du sein (57%) se situe au dessus de la moyenne nationale. Pourtant, il subsiste des différences territoriales entre départements (participation plus faible en Haute-Saône) et entre cantons (notamment en zones rurales où l'offre en radiologie est pauvre voire inexistante et où la précarité est plus importante). Il est en de même pour le dépistage du cancer colorectal où la première campagne a mobilisé 38% des Francs-Comtois concernés.

L'objectif est de réduire les inégalités d'accès aux dépistages organisés et les délais de traitement.

Enfin, et de façon plus globale, la prise en charge des cancers constituera un axe important de la politique de l'Agence et de ses partenaires, notamment à travers le déploiement des activités de l'Institut régional fédératif du cancer (IRFC)⁷, dont les deux principales missions sont :

- d'améliorer la qualité des soins,
- de développer une offre équitable quelque soit le lieu de prise en charge des patients.

Axes de développement et de progrès

- Renforcer l'information des patients et des médecins dans les cantons présentant une participation aux deux dépistages organisés inférieure à la moyenne régionale
- Réduire les délais de réalisation des mammographies de dépistage
- Etudier les délais entre diagnostic et traitement et leurs déterminants pour les cancers du poumon, du sein, de la prostate et du colon
- Permettre l'égalité d'accès à l'information sur les soins en cancérologie, aux innovations thérapeutiques et à une prise en charge globale personnalisée,
- Renforcer l'organisation pluridisciplinaire des soins autour du patient (réunion de concertation pluridisciplinaire et dossier communiquant de cancérologie),
- Répondre au niveau régional, aux besoins en soins psychologiques des personnes atteintes d'un cancer en développant le réseau psycho-oncologie

Objectif 2.2 : Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique, et développer une prise en charge pluri professionnelle protocolisée pour les adultes

Constats et problématiques

Si les données de surpoids et d'obésité ne diffèrent pas de façon significative entre notre région et le reste du pays, il n'en reste pas moins que 43.3% des adultes francs-comtois sont en surpoids (dont 10.5% en situation d'obésité).

La situation des enfants est un peu plus favorable dans notre région qu'à l'échelle nationale : en 2006, 11.4 % des enfants francs-comtois de 6 ans étaient en surpoids, et 2.4 % obèses (contre 12.1% et 3.1% en France). Ces chiffres diminuent depuis dix ans dans notre région, du fait de l'engagement des professionnels médicaux et para médicaux (libéraux, hospitaliers, PMI, médecins scolaires...) et de la mobilisation d'autres acteurs tels que les enseignants, les éducateurs. Cependant, le maintien d'un investissement fort dans ce domaine reste essentiel pour les enfants mais également dans le but de prévenir l'obésité adulte.

Le développement d'environnements / milieux favorables (portant à la fois sur l'alimentation et l'activité physique) doit donc être poursuivi et amplifié par :

- le renforcement du mouvement de signature de Chartes entre les collectivités territoriales actives et le Ministère de la santé,
- le développement d'action d'encouragement à l'activité physique des bien-portants comme de certains patients atteints de maladies chroniques (initiatives du Réseau sport santé de Franche-Comté).

Cette action conjointe sur l'alimentation et l'activité physique permettra (par l'action sur des déterminants communs) d'envisager des effets positifs préventifs sur l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque, les dyslipidémies et certains cancers.

Pour ce qui concerne la prise en charge, celle des enfants et adolescents obèses est assurée dans la région par le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) créé en 2004. Elle est pluri professionnelle et complétée par des activités d'éducation thérapeutique. En revanche, celle des adultes obèses n'est pas aussi satisfaisante et organisée. L'objectif est donc de mettre en place pour cette population une prise en charge protocolisée, comme cela avait été recommandé lors d'un séminaire qui s'est déroulé à Besançon en décembre 2008⁸.

Axes de développement et de progrès

- Favoriser une offre alimentaire et en matière d'activité physique dans différents lieux de vie (dont le milieu du travail) permettant à l'ensemble de la population (jeunes, adultes, personnes âgées) d'adopter des habitudes s'approchant des recommandations du Programme national nutrition santé
- Promouvoir l'allaitement maternel
- Faciliter l'accès de tous les publics et des professionnels à une information et une formation nutritionnelle de qualité
- Impliquer les associations sportives pour qu'elles développent le concept d'activité physique pour tous
- Mettre en place les recommandations de l'HAS sur la prise en charge de l'obésité de l'enfant

Objectif 2.3 : Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique

Constats et problématiques

Les troubles mentaux et les souffrances psychiques, conséquences de la rupture d'un état d'équilibre, sont souvent mal nommés, mal connus, mal acceptés et parfois niés.

En 2009, plus de 21 000 Francs-Comtois, affiliés au régime général, étaient en Affection de longue durée (ALD) pour psychoses (46 % d'hommes). L'âge moyen d'admission en ALD est de 57 ans pour les hommes et 61 pour les femmes. Les taux les plus élevés sont observés dans le Jura et les plus bas dans le Territoire de Belfort.

Entre 2003 et 2005, 222 décès annuels par suicide ont été recensés en Franche-Comté. Comparé au taux national, la région enregistre une surmortalité par suicide (+10%). Ce sont les hommes âgés de 45 à 49 ans et les plus de 85 ans qui présentent les taux de décès par suicide les plus hauts. Au niveau départemental, le Territoire de Belfort se distingue par une surmortalité par suicide de 34% par rapport au taux national.

Les familles, aussi bien que les professionnels du social, du médico-social et du soin, s'accordent à considérer que cette difficulté à aborder les questions relatives au champ de la

Ajouter dans les axes de développement et de progrès de l'objectif 2.2 :
"Promouvoir une bonne hygiène alimentaire."

Santé mentale, souffrance psychique et troubles mentaux : des précisions à apporter et une place à conforter

Certains membres de la CRSA insistent sur la nécessité d'une distinction entre :

- les maladies mentales qui correspondent à des pathologies lourdes, souvent chroniques (inscription en Affection de longue durée), entraînant une reconnaissance de handicap psychique et bénéficiant, lorsque c'est nécessaire, de plusieurs protections juridiques prévues par le législateur,
- la souffrance psychique souvent réactive à un événement de vie défavorable (deuil, divorce, déception, perte d'un travail ou difficultés financières).

Dans les deux cas, la prise en charge se fera de façon très différenciée et sur des périodes de temps souvent variables, même si les conséquences peuvent parfois être identiques, comme la désocialisation, le suicide, les conduites suicidaires ou les risques d'addiction.

Par ailleurs, le domaine de la psychiatrie du sujet âgé devrait être priorisé, compte-tenu des besoins croissants dans ce champ (et qui ne vont pas faiblir au cours des prochaines années).

Enfin, la situation de l'offre, très tendue en Franche-Comté, demande des réponses précises et urgentes. L'articulation avec le médico-social et le social est aussi une préoccupation.

santé mentale, constitue un obstacle préalable qu'il est nécessaire de lever, pour permettre ensuite le développement d'actions de prévention des troubles mentaux et de la souffrance psychique, et en favoriser le repérage.

L'acceptation par la société de l'existence des troubles mentaux et de souffrances psychiques passe donc par un changement du regard, aussi bien du grand public, que des familles ou des proches des personnes affectées par ces troubles, et des professionnels.

Le repérage précoce de troubles mentaux et des souffrances psychiques, constitue à tous les âges de la vie, un enjeu important, qui conditionne ensuite l'efficacité des prises en charge.

Dans un contexte démographique et géographique qui impose de tenir compte de certaines contraintes, il est important d'optimiser l'intervention des différents professionnels, en développant les collaborations, les échanges d'information, et leur exploitation.

Axes de développement et de progrès

- Favoriser le repérage et la prise en charge des difficultés psychologiques des femmes en "ante" comme en "post" partum
- Mettre en place des structures de pilotage coordonnées par territoire pour prévenir, dépister et prendre en charge des problématiques de santé mentale, intégrant l'addictologie
- Développer des structures relais adaptées permettant aux personnes en difficultés de préparer leur réinsertion sociale
- Développer l'accompagnement des personnes vivant en milieu "ordinaire"
- Développer une politique de communication et d'échanges en direction du grand public
- Reconnaître la place des familles et des aidants en les informant et les associant aux actions
- Asseoir un socle de connaissance commun aux différents professionnels au-delà du strict champ sanitaire (social, médico-social)

Les addictions et les problèmes liés à l'alcool : deux sujets rarement évoqués

L'alcool et le tabac restent deux déterminants ayant une influence majeure sur la santé des Français et des Francs-Comtois. Le nombre de décès pouvant leur être rapporté est encore très élevé, même si la consommation de ces produits a diminué au cours des dernières années.

Par ailleurs, la prise de certains produits illicites, ainsi que l'absorption massive d'alcool, notamment dans la population jeune ("binge drinking") est préoccupante. Elle peut aussi avoir des conséquences pour les femmes enceintes (alcool et tabac).

Enfin, la structuration de l'organisation de l'offre de santé en matière d'addictions est en pleine évolution. Elle nécessitera une attention particulière, notamment pour :

- mieux répondre aux besoins de soins sur tout le territoire franc-comtois (lisibilité et accessibilité),
- maintenir une approche éducative auprès de la population des plus jeunes.

Aussi, est-il souhaité que l'addictologie apparaisse dans une priorité ou comme un objectif à part entière.

Conseil de surveillance

Renforcer la problématique de l'addiction en ajoutant dans les axes de développement et de progrès de l'objectif 2.1:

"Favoriser les actions de prévention visant à réduire la consommation du tabac et de l'alcool"

et dans les axes de développement et de progrès de l'objectif 2.3

"Mettre en place des structures de pilotage coordonnées par territoire pour prévenir, dépister et prendre en charge des problématiques de santé mentale, et les problématiques d'addiction"

De plus ajouter également dans les axes de développement du 2.3

"Développer les espaces de parole et d'écoute, favoriser l'apprentissage de la communication non violente, et la pratique de la médiation."

Les problématiques (...) ainsi que le suicide ont un caractère prioritaire.

Objectif 2.4 : Dépister précocement les troubles des enfants et faciliter leur prise en charge

Constats et problématiques

S'agissant de la santé de l'enfant, il est essentiel de développer les dépistages précoces et de faire en sorte que les troubles diagnostiqués puissent être traités le plus tôt possible. La prévention des conséquences (incapacité, limitation ou séquelles fonctionnelles, complications...) liées à des troubles sensoriels, langagiers ou autres est indispensable.

En effet, les atteintes sensorielles de l'enfant (troubles de l'audition et visuels) vont avoir un impact sur les capacités d'apprentissage, la vie quotidienne, la scolarisation... Un diagnostic et une prise en charge adaptés précoces permettent de corriger certaines anomalies visuelles ou auditives ou en limiter les conséquences.

De la même façon, les enfants atteints d'un trouble du langage oral (dysphasies ou troubles du développement du langage oral) et/ou écrit (dyslexies, dysorthographies ou troubles du langage écrit) ainsi que de troubles de l'apprentissage souvent associés (dysgraphie, dyscalculie) sont confrontés à des difficultés de degrés divers débutant dès les premiers apprentissages scolaires. En l'absence de diagnostic ou en cas de prise en charge tardive ou inadaptée, le risque est celui d'échecs scolaires massifs posant problème à toutes les étapes des apprentissages et de la vie scolaire, hypothéquant l'accès aux études et à l'insertion professionnelle.

En Franche-Comté, le réseau régional DysEPI s'adresse aux enfants et adolescents âgés de 0 à 16 ans présentant des troubles spécifiques du développement du langage oral, écrit et des apprentissages. Malgré son activité importante, les délais de prise en charge sont encore trop longs.

Axes de développement et de progrès

- Renforcer l'articulation entre les professionnels d'institutions différentes : PMI, éducation nationale, médecine de ville et établissements de santé
- Mettre en place une meilleure gradation des soins chez les enfants entre l'offre de 1^{er} recours et la pédiatrie spécialisée (3^{ème} recours)
- Développer la filière de pédopsychiatrie de liaison dans les maternités
- Permettre à tous les enfants de bénéficier d'un bilan de santé en maternelle

Les troubles de l'enfant : une approche trop floue

Il est fait référence dans le Plan stratégique à cette notion. Elle paraît relativement imprécise. Il serait donc important de la spécifier, car le document semble faire référence uniquement aux troubles sensoriels et de l'apprentissage, alors que le champ pourrait être beaucoup plus large : diabète, épilepsie, asthme, déficits immunitaires, pathologies néphrologiques, ...

Enfin, pour d'autres pathologies, comme les maladies rares de l'enfant, un plateau technique très spécialisé serait nécessaire, à la fois pour le diagnostic et la prise en charge.

- Effectuer, pour les enfants prématurés de moins de 33 semaines, un bilan spécifique relatif aux troubles des apprentissages et de motricité à 5-6 ans en mutualisant un plateau technique existant
- Mutualiser les équipements permettant de réaliser des bilans de santé à 6 ans
- Réduire les délais d'attente pour les consultations et les examens spécialisés concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles et déficiences sensorielles cognitifs, psychiques et psychomoteurs
- S'assurer de la bonne articulation entre les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) les Centres médico psychopédagogique (CMPP) pour permettre un accompagnement de qualité

Objectif 2.5 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare

Constats et problématiques

Une maladie chronique, quelle qu'elle soit, a un fort retentissement sur la vie quotidienne et détériore la qualité de vie de la personne atteinte. Elle peut entraîner des contraintes occasionnées par le traitement, des difficultés à suivre une formation, un risque de perte d'emploi lié à une inadaptation au poste de travail, une limitation des activités personnelles et de la participation sociale.

Dans bien des cas, il est possible de réduire considérablement les effets négatifs des maladies chroniques sur la vie des patients, les incapacités qu'elles engendrent, les contraintes qu'occasionne leur traitement. Il s'agit de combattre toute forme d'exclusion de la vie sociale liée à la maladie. Cette exclusion pourrait être majorée chez les personnes qui étaient déjà en situation de précarité.

Les différents moyens d'amélioration sont :

- l'éducation thérapeutique qui permet au patient d'apprendre à gérer au quotidien les conséquences de sa pathologie et son traitement (traité par ailleurs)
- le développement d'un accompagnement personnalisé des malades (coordination médicale et médico-sociale)
- l'augmentation des possibilités de prise en charge à domicile et en appartements de coordination thérapeutique
- un meilleur accompagnement pour favoriser l'inclusion scolaire, la formation et l'insertion professionnelle
- donner une information de qualité et faciliter l'accès aux droits liés au handicap.

Malades chroniques et personnes handicapées : l'accès à des prestations identiques

Un certain nombre de handicaps bénéficie de Prestations ou Appui Ponctuels spécifiques (PPS ou APS) financés par l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH).

Il est proposé de l'étendre à des patients ayant des pathologies chroniques particulièrement handicapantes (par exemple, pour certains troubles cognitifs).

Axes de développement et de progrès

- Améliorer la qualité de vie des patients atteints des maladies infectieuses chroniques en particulier des personnes précaires (insertion, logement, soutien social)
- Mettre en place des conditions favorables à la bonne insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la société
- Améliorer l'inclusion scolaire des enfants et adolescents ayant une maladie chronique dans le cadre des projets d'accueil individualisé

PRIORITE 3 : DEVELOPPER DE NOUVELLES FORMES DE COORDINATION DE L'OFFRE DE SANTE ENTRE LES PROFESSIONNELS ET AUTOUR DE L'USAGER

Plusieurs éléments conduisent à considérer cette priorité comme fondamentale :

- les évolutions récentes des problèmes de santé (transition épidémiologique),
- les progrès des techniques médicales (qui permettent par exemple de développer la chirurgie ambulatoire ou des diagnostics par télémedecine),
- les difficultés en matière de démographie médicale et de répartition territoriale des professionnels de santé,
- les nouvelles modalités d'organisation de l'offre de santé (notamment suite aux lois de 2002⁹, 2004^{10 11} et 2010),
- les tensions économiques et la nécessité de l'efficience.

Dans ce paysage en pleine évolution, la conduite du changement nécessite de :

- promouvoir de nouvelles formes d'organisation,
- conjuguer la qualité de l'offre et la maîtrise des coûts,
- mieux associer le soin à une prise en charge médico-sociale, ainsi qu'à une approche sociale consolidée.

La CRSA propose la fusion des objectifs 3-2 et 3-3.

Il est également proposé de retirer l'objectif 3-5 de cette priorité et de la réintroduire dans la priorité 2 relative à la prévention.

Hiérarchisation des objectifs proposés

N°1 : objectif 3-2 Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (soins, médico-social et social)

N°2 : objectif 3-1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé, notamment à travers des activités comme l'éducation thérapeutique du patient

N°3 : objectif 3-4 : Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire

⁹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<http://admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>

¹⁰ Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite_legislative/decrets_application/2004-810.htm

¹¹ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=>

¹² La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé N°9, DREES 2009.

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

¹³ Eurogip, Prévention de la désinsertion professionnelle, l'expérience de 6 pays, juin 2010

En conséquence, il faut :

- s'appuyer sur les dynamiques existantes en Franche-Comté,
- saisir les opportunités et les outils offerts par la loi HPST (définition de l'offre de 1^{er} recours, coopération entre professionnels...).

Objectif 3.1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé, notamment à travers des activités comme l'éducation thérapeutique du patient.

Constats et problématiques

La profession médicale vit depuis quelques années des changements sociologiques qui se traduisent par :

- une baisse de l'attrait pour l'exercice libéral,
- une moindre attirance vers le milieu rural,
- une féminisation de la profession,
- le souhait de travailler en équipe pluridisciplinaire et de s'organiser entre professionnels de santé afin de concilier au mieux vie professionnelle et vie personnelle.

Une étude récente¹² révèle qu'au cours des prochaines années, la Franche-Comté ne se situera pas dans les régions les plus "sinistrées" en termes de démographie médicale. En revanche, l'attrait pour les zones rurales sera de plus en plus faible : en 2030, moins de 6% des médecins (toutes spécialités confondues) exerceraient dans ce secteur. Ces dernières verraient ainsi leur nombre de médecins diminuer de 27 %. Il est donc crucial d'anticiper cette tendance en construisant des projets de santé attractifs avec tous les acteurs concernés.

Les évolutions constatées concourent donc à une répartition inégale de l'offre de santé, en particulier au profit d'un exercice en milieu urbain favorisé au détriment des zones rurales ou urbaines défavorisées, progressivement désertées.

Il est donc essentiel de répondre aux attentes des professionnels de santé en encourageant les regroupements des professionnels de santé dans le cadre de maisons de santé, pôles ou centres de santé, réparties sur l'ensemble du territoire.

N°1 Objectif 3.2 Développer la solidarité et la coopération entre établissements de santé en lien avec la médecine de ville

N°2 Objectif 3.1 Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé, notamment à travers des activités comme l'éducation thérapeutique du patient

N°3 Objectif 3.3 Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (soins, médico-social et social)

N°4 Objectif 3.5 Lutter contre la désinsertion professionnelle pour raisons de santé (y compris les risques psychosociaux) en développant la coordination entre les différents professionnels impliqués sur cette question

N°5 Objectif 3.4 Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire

N°6 Objectif 3.6 new Faciliter l'accès à l'information des usagers mais également des professionnels sur l'offre en services de santé mise en place dans la région

Les hôpitaux peuvent aussi jouer un rôle en matière de 1^{er} recours

La place donnée au 1^{er} recours et donc à l'offre de santé organisée autour du généraliste (associant les professions paramédicales exerçant dans le champ ambulatoire) ne doit pas faire oublier :

- l'importance de l'articulation ville/hôpital,
- la place des hôpitaux de proximité (ex hôpitaux locaux) qui ne peuvent être ignorés en 1^{ère} intention, notamment en lien avec des regroupements comme les maisons de santé.

Par ailleurs, le volet hospitalier du SROS étant opposable, l'hôpital pourra assurer au-delà de son rôle de recours, sa mission de garant de l'accès aux soins pour tous.

Les soins de suite : mieux les positionner

Ils sont peu mis en évidence dans le Plan stratégique alors qu'ils ont un rôle essentiel dans le parcours de nombreux patients.

L'ARS se propose également en s'appuyant sur les maisons, pôles et centres de santé d'améliorer l'accès de proximité à l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) qui permet à chacun de devenir acteur de sa propre santé et non prioritairement consommateur.

L'existence de systèmes d'information partagés entre les professionnels de santé, et notamment le Dossier médical personnel (DMP), sera un atout pour favoriser les coopérations, faire un recueil épidémiologique et analyser l'efficacité.

L'objectif est finalement de rendre le métier des professionnels de santé de premier recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de premier recours.

Axes de développement et de progrès

- Favoriser le regroupement des professionnels de santé pluridisciplinaires à travers les maisons, pôles ou centres de santé
- Développer la coopération entre professionnels de santé et le partage des tâches en s'appuyant sur les protocoles pluridisciplinaires et les outils disponibles (logiciel métier) ou en cours de déploiement (dossier médical personnel)
- Renforcer l'éducation thérapeutique du patient en ville, en lien avec l'hôpital
- Mettre en place une plate-forme d'appui unique pour les professionnels de santé
- Rendre la région attractive pour les professionnels de santé

Objectif 3.2 : Développer la solidarité et la coopération entre établissements de santé, en lien avec la médecine de ville

Constats et problématiques

Pour l'offre de deuxième recours, il est évident que tous les équipements et toutes les spécialités professionnelles ne peuvent pas être présents partout. Les plateaux techniques et l'expertise sont souvent concentrés autour des établissements de soins les plus importants.

Depuis plusieurs années, la Franche-Comté a ainsi créé un socle technologique solide pour faciliter le déploiement de la télémédecine. Sur ces fondations, ont été développés les dossiers

partagés entre professionnels de santé, l'infrastructure réseau régional avec deux opérateurs qui permettent un maillage important de la région dans un environnement sécurisé et toute une série d'outils collaboratifs qui permettent aux professionnels de la région de mieux communiquer en limitant les distances à parcourir.

Plusieurs dispositifs dans notre région permettent aujourd'hui d'aller plus loin, en particulier sur la mise en œuvre d'indicateurs volumétriques, financiers et qualitatifs, dont :

- la prise en charge, organisée régionalement, de la chimiothérapie
- la prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux (AVC),
- le télédiagnostic et la télé-expertise,
- la prise en charge du cancer dans le cadre des réunions pluridisciplinaires (RCP).

Ce qui est actuellement mis en place dans le domaine de l'oncologie notamment, doit s'amplifier demain :

- en cancérologie (dont la radiothérapie) avec le déploiement des activités de l'Institut Régional Fédératif du Cancer (coordination des structures de soins en lien avec les acteurs du 1^{er} recours),
- dans d'autres spécialités, notamment la périnatalité.

En effet, le télédiagnostic et la télé-expertise (télé-médecine) sont des outils qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients francs-comtois qui résident loin des établissements, en leur évitant des déplacements trop fréquents, en offrant un appui technique aux professionnels de proximité qui souffrent parfois de leur isolement.

Axes de développement et de progrès

- *Organiser des filières de prise en charge spécialisées (2^{ème} et 3^{ème} recours) qui consolident, voire renforcent l'offre de proximité sur les territoires, en tissant des liens entre les professionnels de santé dans chacune de ces spécialités (organisation facilitée par l'existence d'un seul territoire de santé pour toute la Franche-Comté).*
- *Mettre en place des consultations spécialisées avancées*
- *Développer la télé-médecine*

Objectif 3.3 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (soins, médico-social et social)

Constats et problématiques :

Le décloisonnement des interventions, dans le respect des compétences de chacun, est un impératif, afin :

- d'optimiser l'efficacité globale des actions à mener,
- d'assurer à la personne un parcours sans rupture et adapté à ses besoins.

Compte-tenu du nombre important des dispositifs de collaboration à mettre en œuvre et à faire vivre, offrir sur un territoire, une réponse graduée et coordonnée des prises en charge, constitue un enjeu fort.

Ceci est vrai en particulier dans le domaine des maladies chroniques où il est nécessaire de définir une prise en charge graduée entre professionnels hospitaliers et professionnels de ville, notamment le médecin traitant. Ce dernier coordonne les différents intervenants auprès du patient.

La structuration du secteur ambulatoire implique de renforcer non seulement la coopération entre les professionnels du secteur ambulatoire, mais aussi l'articulation avec l'hospitalier et le médico-social. Cette structuration est un préalable nécessaire à la prise en charge par l'ambulatoire de certaines activités aujourd'hui réalisées à l'hôpital, afin d'avoir « le bon patient au bon endroit ».

L'articulation entre le sanitaire et le médico-social doit se faire en amont et en aval ; l'insuffisance d'une réponse médico-sociale quantitativement et qualitativement adaptée génère probablement des coûts en amont dans le secteur sanitaire (lorsque les séjours doivent se prolonger à l'hôpital faute de solution d'aval) et à l'inverse, l'insuffisance ou l'indisponibilité d'une offre de soins adaptée peut contraindre le médico-social à suppléer le secteur sanitaire dans de moins bonnes conditions.

Ainsi des fonctionnements trop cloisonnés entre les différents secteurs, entre les institutions et entre professionnels nuisent à la prise en charge globale des usagers et à la continuité des interventions.

La fonction de coordination : une compétence à développer

Dans le Plan stratégique, il est plusieurs fois mis l'accent sur l'importance du décloisonnement et de la coordination.

Dans cette perspective, la notion de coordination territoriale de proximité entre les différents professionnels (santé, médicosocial, social) a été mise en avant.

La formation à la fonction de coordination et de management interdisciplinaire doit donc être renforcée auprès des professionnels de santé, du médico-social, du social et des futurs cadres dirigeant de ces champs.

Le souhait d'expérimenter des dispositifs de coordination en ambulatoire pour des prises en charge complexes de patients (afin de recentrer les professionnels sur leurs compétences spécifiques) a été évoqué.

Axes de développement et de progrès

- Créer des structures alternatives à l'hospitalisation complète en néonatalogie, en pédiatrie et pour l'accueil mères-bébés
- Accompagner le parcours de soins des enfants de 0 à 6 ans à risque de handicap
- Améliorer l'articulation entre la psychiatrie et le médico-social, notamment dans le domaine de l'autisme en confortant le rôle du Centre de ressources de l'autisme (CRA).
- Organiser la permanence et la continuité des soins ambulatoires en lien avec les urgences hospitalières
- Organiser les filières de prise en charge ville-hôpital des maladies chroniques
- Développer la chirurgie et la chimiothérapie ambulatoires
- Organiser les sorties d'hospitalisation, en particulier pour les personnes âgées dépendantes
- Améliorer la filière de soins gériatriques (court séjour, équipe mobile de gériatrie, unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, équipe mobile de soins palliatifs, professionnels intervenant à domicile, et les Etablissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes - EHPAD)
- Adapter les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement pour répondre au projet de vie de l'usager âgé ou handicapé

Objectif 3.4 : Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire

Constats et problématiques

Les enjeux autour de la formation initiale des professions médicales et paramédicales relèvent principalement de trois dimensions :

- le niveau de qualité de l'offre de santé proposée à la population dans les prochaines années (cf. l'enjeu transversal n°1),
- les modalités de son organisation, en tenant compte notamment de la structuration de l'offre de 1er recours et des nouvelles formes de coopération possibles, telles que prévues par la loi HPST,
- les tensions liées à la démographie des professions de santé sur les territoires ruraux comme urbains.

L'approche développée dans ce champ par les ARS reposera donc sur deux leviers principaux :

- Le rôle conforté et étendu confié par la loi aux ARS en matière de formation initiale (médicale et paramédicale) et de démographie,

L'importance des systèmes d'information : une composante de l'organisation de l'offre faiblement mise en avant

L'existence de systèmes d'informations partagés doit être promue dans le Plan stratégique. C'est une réponse adaptée au suivi du parcours de santé et à la coordination au sein de nombreux champs de compétences de l'Agence.

Deux exemples peuvent illustrer ce sujet :

- Le Comité régional de l'observatoire national des professions de santé (ONDPS) qui constitue un outil précieux pour conduire de façon adaptée et prospective la politique de l'ARS dans ce domaine.

Autour de ces trois enjeux et à l'aide de ces deux leviers, l'ensemble de la politique de formation initiale et continue des futurs professionnels de santé sera à mettre en place en Franche-Comté en lien étroit avec le Conseil régional, pour adapter au mieux l'offre aux besoins de santé de la population, dans le cadre notamment du Projet régional de santé et plus largement du contrat de plan Etat/Région en matière de formation, tous deux devant être arrêtés au plus tard au 31 décembre 2011.

Dans cette perspective, quatre dynamiques seront à impulser :

- Le développement de l'attractivité de la région en termes de formation et d'installation des médecins,
- le renforcement de la filière de spécialité en médecine générale, avec notamment la multiplication des stages en ambulatoire et le développement de la recherche dans ce champ,
- l'organisation des filières de formation au sein des autres spécialités médicales, pour que l'offre de 2^{ème} et de 3^{ème} recours soit à la fois de qualité et accessible sur l'ensemble du territoire franc-comtois,
- des formations croisées et concertées entre professions médicales et paramédicales, afin de favoriser les coopérations et le respect de protocoles partagés.

Concernant, la formation continue des professionnels de santé, la loi HPST instaure le Développement professionnel continu (DPC).

Il prend en compte plusieurs composantes :

- l'identification d'objectifs obligatoires, notamment pour les médecins,
- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- le perfectionnement des connaissances,
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dans cette perspective, la promotion et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques sont essentiels, notamment ceux de la HAS.

Par ailleurs, le développement des maisons, pôles et centres de santé favorise des formations continues pluri-professionnelles.

- en matière de prévention (vaccination, dépistage), pour effectuer un suivi adapté, il est important de pouvoir suivre sur la durée le statut vaccinal de chaque usager ainsi que la périodicité de certains actes de dépistages (notamment pour plusieurs cancers).
- l'interconnexion entre les Dossiers médicaux "généralistes" et de spécialités (meilleure articulation entre les différents niveaux de recours).

Seule la mise en place de systèmes d'informations simples, universelles et performantes permettra de répondre à ces exigences.

Axes de développement et de progrès

- Développer une culture commune, notamment relative à la prévention et de la promotion de la santé, lors de la formation initiale des futurs professionnels et tout au long de la vie des acteurs du soin, du médico-social et du social
- Améliorer l'information, la formation et l'échange des bonnes pratiques entre les soins et le médico-social
- Renforcer la formation pluri-professionnelle initiale et continue (par exemple pour la prise en charge des maladies chroniques, la périnatalité, les risques sanitaires...)
- Déterminer les thèmes prioritaires régionaux du dispositif de DPC afin qu'ils contribuent au développement du Projet régional de santé

Objectif 3.5 : Lutter contre la désinsertion professionnelle pour raisons de santé (y compris les risques psychosociaux) en développant la coordination entre les différents professionnels impliqués sur cette question

Constats et problématiques

« Toutes les expériences montrent que plus les arrêts de travail se prolongent, plus le risque de perdre son emploi est important. Il apparaît qu'une action précoce et considérant l'individu dans sa globalité – sous l'angle de la santé mais aussi de la vie professionnelle, familiale et sociale – augmente sensiblement les chances de retour durable et réussi à l'emploi. »¹³.

La prévention de la désinsertion professionnelle vise donc à prévenir la sortie du monde du travail, dans les situations d'arrêts de travail longs ou répétitifs, d'inaptitude au travail ou au poste de travail, d'incapacité suite à AT/MP (Accidents du travail/Maladies professionnelles), ALD (Affection de longue durée) ou autres. Elle concerne les personnes titulaires d'un contrat de travail, confrontées, ou qui risquent de l'être, à la perte de leur emploi en raison de leur état de santé. Elle est un des volets de la prévention de la précarisation et donc un enjeu social et financier important.

La prévention de la désinsertion professionnelle pour raison de santé ou de handicap est une préoccupation de la région Franche-Comté et à ce titre fait partie de la Convention d'objectif et de gestion (COG) de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et de la Mutualité sociale agricole (MSA). Elle implique les médecins du travail, les médecins généralistes, la Caisse primaire d'assurance maladie et la CARSAT, la société civile, le domaine social afin de proposer la solution la mieux adaptée à la situation individuelle du salarié.

La santé au travail et les risques professionnels : un sujet effleuré

Si un des objectifs traite des risques psycho-sociaux et de l'amélioration de la coordination entre le médecin du travail et le médecin traitant, ce sujet aurait mérité des développements plus importants compte tenu de sa place comme déterminant clef en matière de santé globale et de bien-être.

Un focus pourrait être fait sur la précarisation des emplois, notamment chez les jeunes. Elle modifie les comportements en matière de santé et influe sur la capacité d'accès aux soins.

Concernant les troubles musculo squelettiques, cette problématique devrait être mieux prise en compte notamment pour l'aide à domicile et les aidants familiaux.

De façon plus globale, la dimension travail comme déterminant de santé pourrait être prise en compte dès l'introduction du plan.

Outre une étude sur les indicateurs pertinents dans ce domaine, une action de sensibilisation et de coordination des professionnels concernés doit être entreprise.

Axes de développement et de progrès

- Contribuer à la promotion de la santé au travail dans le périmètre sanitaire et médico-social
- Sensibiliser les médecins généralistes aux risques psychosociaux
- Remettre en place un Centre de consultation de pathologie professionnelle (CCPP)
- Faire connaître la CCPP aux médecins généralistes et développer la coordination entre médecin généraliste, médecin du travail, CCPP et monde associatif
- Développer un projet de maintien et retour à l'emploi en particulier au regard des troubles musculosquelettiques (TMS)

PRIORITE 4 : FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES DANS LE RESPECT DES CHOIX DE VIE DE CHACUN ET RENFORCER LA QUALITE DE LEUR PRISE EN CHARGE

L'amélioration des conditions de vie et de soins a favorisé une meilleure prise en charge de nombreuses pathologies et de multiples handicaps. L'espérance de vie sans incapacité a donc progressé mais les conditions de vie des patients âgés et/ou handicapés entrant en dépendance nécessitent l'organisation d'une réponse adaptée :

- quantitativement (importance numérique de la population concernée),
- qualitativement (se conformant à des critères de bienveillance et de choix de vie).

Les progrès médicaux mais aussi l'évolution des modalités de solidarités familiales et sociales rendent ce champ d'intervention très évolutif.

Il y a donc nécessité non seulement d'une réponse aux besoins immédiats mais aussi une anticipation sur les évolutions à venir.

Hiérarchisation des objectifs proposés

N°1 : objectif 4-1 Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet

N°2 : objectif 4.4 Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes

N°3 : objectif 4.2 Développer l'aide aux aidants

N°4 : objectif 4-3 Promouvoir la bienveillance en institution et à domicile

¹⁴ Enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2006

¹⁵ Evaluation quantitative et qualitative du réseau ALMA (allô maltraitance) en 2007

¹⁶ Plan Alzheimer 2008-2012

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

¹⁷ Plan autisme 2008-2010

www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_autisme_2008-2010.pdf

¹⁸ Enquête HID (Handicap-Incapacité-Dépendance) de l'INSEE en 2002

Le respect de l'autonomie des personnes, l'accompagnement des aidants, l'importance d'approches intersectorielles (santé, médico-social, social) posent des critères d'exigences forts.

Les objectifs prioritaires retenus dans ce plan stratégique s'inscrivent dans cette dynamique et concernent :

- le maintien à domicile et ses exigences organisationnelles,
- l'aide aux aidants,
- la bientraitance afin d'anticiper sur les risques de violence de toute nature (psychique, physique, institutionnelle, médicales ou médicamenteuses, les négligences...),
- les pathologies (Alzheimer et autres déficiences dégénératives, l'autisme...) ou situations particulières.

Objectif 4.1 : Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet

Constats et problématiques :

La proportion de la population régionale âgée de plus de 60 ans est similaire aujourd'hui à celle de la population nationale (21 % en 2007). La Franche-Comté ne fera pas exception au vieillissement de la population attendu au niveau national, conséquence de l'arrivée aux grands âges des générations nées après 1945.

Vivre à la fois plus longtemps et en bonne santé est un nouveau défi social puisque les aînés manifestent le désir de continuer à rester chez eux le plus longtemps possible.

Il nous appartient alors de faire en sorte que cette liberté de choix puisse s'exercer dans les meilleures conditions selon l'autonomie de la personne âgée. Il convient de retarder l'entrée en dépendance le plus longtemps possible et donc, de différer l'entrée en institution (en 2006, 8,6 % des personnes âgées de plus de 75 ans résidaient en institution).

De la même manière, toutes les politiques convergent pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle donc le maintien en milieu de vie ordinaire des personnes handicapées et plus particulièrement des adultes handicapés. Cela passe notamment par l'élaboration d'un projet de vie où la personne handicapée, en lien avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), peut exprimer ses besoins et ses aspirations.

Conseil de surveillance

N°1 Objectif 4.1 Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur état de santé le permet

N°2 Objectif 4.4 Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes

N°3 Objectif 4.2 Développer l'aide aux aidants

N°4 Objectif 4.3 Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile

Trois propositions de modifications sémantiques ont été faites :

- la notion de "soutien à domicile" pourrait remplacer à celle de "maintien ...",
- les notions de "prise en soins" et "d'accompagnement" pourraient se substituer dans l'intitulé de la priorité à celle de "prise en charge",
- la notion d'aidants "naturels" pourrait être élargie aux aidants proches et familiaux ainsi qu'aux professionnels et bénévoles.

Personnes âgées et personnes handicapées : les limites d'une approche commune

Dans le Plan stratégique, il est souvent évoqué des priorités et des objectifs communs pour ces deux populations. Cette assimilation peut être réductrice, ces deux populations ayant sur certains sujets des besoins spécifiques : c'est notamment pour l'autisme dont les réponses apparaissent actuellement comme sous dimensionnées..

Le médico-social : une articulation déjà existante entre le médical et le social

Si le décroisement entre la prévention, le soin, le médico-social et le social est important, il faut sans doute rappeler que le "médico-social" fait déjà un trait d'union entre "le médical" et "le social".

Promouvoir le maintien à domicile comme alternative aux séjours en établissement : un souhait qui demande des moyens et comporte des limites

Que l'on parle des malades atteints de pathologies lourdes, chroniques ou complexes, de sujets âgés dépendants ou de personnes handicapées, les propositions faites dans le Plan stratégique vont toutes dans le sens du maintien à domicile.

La politique médico-sociale repose sur le principe d'égal accès de tous à la santé et vise à assurer aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie l'accès en priorité aux dispositifs de droit commun dans tous les domaines avant d'envisager :

- la mobilisation de moyens de compensation (individuels ou collectifs),
- le recours aux dispositifs spécifiques (avec ou sans hébergement),

lorsque les actions de compensation s'avèrent insuffisantes.

Axes de développement et de progrès

- Favoriser les actions de prévention des chutes, des accidents de la vie courante, de la prise en charge de la dénutrition, des conduites addictives, des troubles mnésiques
- Disposer sur un territoire de proximité d'une offre multiple (accessibilité aux soins de 1^{er} recours et développement des services d'accompagnement à domicile)
- Former les personnels au repérage des signes précurseurs de la dépendance ou au repérage de situations à risque dans le lieu d'habitation
- Développer les liens entre aide à domicile et services de soins à domicile (développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile –SPASAD-)
- Développer les réseaux gérontologiques
- Favoriser l'accès à la vie sociale (accès aux activités sportives, culturelles et de loisirs, adaptation de l'habitat)

Objectif 4.2 : Développer l'aide aux aidants

Constats et problématiques :

Dans les situations de handicap ou de perte d'autonomie, lorsque les personnes font le choix de rester à domicile, les familles (aidants naturels) sont très souvent mises à contribution.

Le maintien à domicile, la vie en milieu ordinaire aussi longtemps que possible répondent aux aspirations des personnes âgées, des personnes handicapées et se traduisent de plus en plus dans les orientations des pouvoirs publics. Cependant, ces objectifs ne sont envisageables que par une importante implication des aidants familiaux des personnes concernées. Il peut s'agir d'un besoin d'aide à la vie quotidienne, d'un soutien financier ou matériel, d'un soutien moral.

Si l'ensemble des membres de la CRSA partage cette orientation, deux limites sont posées :

- *la nécessité d'assurer les moyens organisationnels et financiers pour une prise en charge ambulatoire de qualité* ; aujourd'hui, elle est très insuffisante sur de nombreux territoires et son organisation est souvent mal gérée ; si la tendance proposée venait à se confirmer, elle exigerait de la part de l'Agence, un engagement extrêmement important ; une fongibilité des enveloppes, un accompagnement en termes de budget et de nouvelles compétences pour les acteurs concernés seraient alors à prévoir ; la question de l'organisation du retour à domicile se doit d'être traitée avec réactivité par les services concernés, notamment en ce qui concerne l'adaptation du logement.
- *l'attention qui doit être portée à des cas lourds (enfants handicapés ou personnes âgées très dépendantes) pour lesquels une prise en charge en établissement reste nécessaire* ; dans le cas contraire, le risque est de faire peser sur les familles une charge qui conduirait rapidement à l'épuisement des aidants, et à une dégradation de la qualité de vie des personnes concernées ; le "tout ambulatoire" ne peut en aucun cas être une réponse univoque.

Le souhait d'une complémentarité entre soutien à domicile et institutions est évoqué ainsi que l'adaptation des établissements à la grande dépendance.

Qualité de l'offre dans les établissements médico-sociaux : une exigence qui a un prix

Si l'efficacité doit être une volonté partagée entre les différents champs de la santé (prévention, soin, médico-social), certains établissements comme les EHPAD seront-ils en capacité de mener complètement leurs missions dans ce domaine ?

En effet, l'arrivée de plus en plus tardive des personnes âgées dans ces établissements entraîne une forte médicalisation pour maintenir une bonne prise en charge. Aujourd'hui, elle est complexe à mettre en œuvre pour des raisons organisationnelles et financières.

Cette qualité dépend des conditions de travail qui lorsqu'elles sont mauvaises peuvent générer de la maltraitance. Une démarche qualité pourrait être relayée par des référents désignés au sein de chaque établissement.

Dans le champ médicosocial, la formation initiale et continue tant des professionnels que des aidants et des bénévoles est une priorité.

L'évolution rapide des besoins et des organisations nécessitent qu'une attention particulière soit portée à ce point. L'amélioration de la pertinence de ces formations (initiales et continues) favorisera une progression de la qualité de l'offre de soins et de services pour les sujets âgés et/ou handicapés.

Les pourcentages des aidants rapportés sur les statistiques moyennes de l'INED (Institut National des études démographiques) font apparaître en 2011 qu'il y a 4,6 millions d'aidants et qu'il y en aura 5 millions en 2020 et plus de 9 millions à l'horizon 2050 (soit une personne sur 6 dans la population française qui sera aidant). Par ailleurs, une étude¹⁴ précise que 93 % des bénéficiaires âgés de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) reçoivent une aide informelle qui peut être évaluée à 5 h 30 par jour lorsqu'elle est apportée par l'entourage et à 8 h 30 par jour quand elle l'est par le conjoint.

Les familles qui aident quotidiennement ces personnes sont souvent en situation de tension, d'isolement et de fatigue : elles s'épuisent à leur tâche. Il est donc nécessaire de créer "un droit au répit" permettant aux aidants familiaux de "souffler". Par ailleurs, au-delà de temps libéré, les aidants peuvent avoir besoin de soutien moral et psychologique, de formation.

Axes de développement et de progrès

- *Développer les formules de répit (places d'accueil temporaire) et créer des solutions innovantes (accueil de jour itinérant, baluchon canadien...)*
- *Développer le soutien aux familles ou aidants naturels (espaces d'accueil, d'information, d'échanges animés par des professionnels formés (Bistrot Aidants" ou "Cercles des Aidants")*
- *Donner une meilleure information aux familles pour leur permettre de faire le choix le mieux adapté aux besoins de la personne*

Objectif 4.3 : Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile

Constats et problématiques :

La bientraitance est une démarche collective pour identifier le meilleur accompagnement possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation des besoins.

Si le législateur a développé une démarche de qualité avec des outils et des leviers, comme l'évaluation interne et externe, permettant d'améliorer la qualité de vie des usagers en institution, il est encore nécessaire de promouvoir certaines actions en faveur des personnes vulnérables que ce soit en institution ou à domicile.

En effet, on distingue :

- la maltraitance à domicile, dans laquelle les auteurs sont pour plus de la moitié les

L'inclusion professionnelle des personnes handicapées dans le cadre du travail adapté et protégé est une dimension qui devrait être prise en compte dans le Plan stratégique.

C'est une composante essentielle visant à une meilleure insertion de cette population.

Un objectif 4-4 qui devrait être élargi à l'ensemble des maladies neurodégénératives.

Dans cet objectif a été soulignée l'importance de l'accompagnement social qui ne doit pas être dissocié du parcours de vie et donc de la nécessité d'établir des liens avec les schémas médicosociaux des Conseils généraux. L'importance d'apporter plus de d'accompagnement et moins de médicaments a été soulignée.

familles, et qui est signalée en premier lieu par les professionnels de l'aide à domicile. Elle peut être psychologique (14 %), financière (22 %) et physique (14 %). Une enquête¹⁵ a permis de faire ressortir que 86 % des personnes âgées qui subissaient des maltraitances et négligences vivaient à leur domicile.

- la maltraitance en institution liée aux comportements adoptés par certains personnels. En institution les maltraitances ont pour cause principales les négligences (31 %) et les violences psychologiques (23 %). Il est important de noter que ce sont les personnels eux-mêmes qui sont majoritairement à l'origine de ces signalements.

Les divers acteurs doivent donc s'assurer que les dispositifs qu'ils mettent en œuvre pour accompagner une personne sont les plus adaptés à la singularité, aux aspirations de l'usager et permettent une lutte efficace contre la maltraitance à l'égard de ces publics vulnérables.

En matière de qualité de bâti, des efforts conséquents ont été faits au cours de ces dernières décennies. Néanmoins, certains établissements accueillants des personnes âgées sont encore vétustes et doivent faire l'objet de projets de restructuration et donc d'humanisation du cadre de vie pour permettre une prise en charge plus digne, plus respectueuse de l'intimité, de la sécurité et des attentes des résidents.

Ces travaux de rénovation permettront également d'améliorer les conditions de travail des personnels qui bénéficieront d'un cadre de travail adapté propice à une meilleure appréciation des besoins des usagers.

Axes de développement et de progrès

- *Développer une politique de contrôle dite préventive en institution qui permette d'identifier des risques de maltraitance et d'aider les structures à améliorer leurs pratiques*
- *Soutenir les professionnels dans leur démarche de bientraitance et en s'appuyant plus particulièrement sur les infirmières coordinatrices (programme MOBQUAL à étendre)*
- *Maîtriser le circuit du médicament pour éviter tous risques pour les résidents*
- *Améliorer, chaque fois que nécessaire, les conditions d'accueil et d'hébergement*
- *Former les personnels intervenant à domicile au repérage des signes de maltraitance*

Objectif 4.4 : Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes

Constats et problématiques :

Certains publics ou certaines pathologies revêtent une importance particulière compte tenu de la progression de la maladie, de ses conséquences, de la complexité de sa prise en charge et de la demande des familles. Ces affections ont fait l'objet d'une mobilisation nationale et doivent bénéficier, du fait de leurs caractéristiques, d'un accompagnement spécifique.

Le plan Alzheimer centré sur la personne malade et sa famille a pour objectif notamment de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants¹⁶. Ce plan doit permettre de progresser dans l'organisation des soins ainsi que dans l'accompagnement médico-social. Un de ses axes consiste à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants. Il doit donc apporter un soutien accru aux aidants, renforcer la coordination entre les intervenants, permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile, améliorer le recours aux soins, optimiser le parcours de soins et améliorer l'accueil en établissement. En France, on estime à plus de 800 000 les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et, en Franche-Comté, à environ 17 000 les personnes qui en souffrent (Insee 2007). A partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 seraient touchés.

Le plan autisme¹⁷, outre les aspects connaissance, formation, repérage des troubles, est axé sur la diversification des approches par le développement d'une offre de services et de soins cohérente et diversifiée. Pour les adolescents autistes, il convient d'avoir des réponses modulées qui répondent à leurs besoins spécifiques : internat souple, séjours temporaires, de rupture.

En ce qui concerne la prise en charge des adultes, l'offre médico-sociale nécessite d'une part un développement des Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) et d'autre part la création de places nouvelles en structures pour les personnes les plus dépendantes.

Par ailleurs, le vieillissement de la population des personnes handicapées suit le vieillissement de la population générale : les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions générales de vie favorisent une espérance de vie plus longue.

Avant l'âge adulte, 90 % des personnes handicapées¹⁸ sont atteintes d'une seule déficience mais en vieillissant leur état des santé se détériore du fait de déficiences associées. Ainsi, le vieillissement est ni linéaire, ni continu et il apparait beaucoup plus tôt que dans la population générale. Cette précocité nécessite de bien repérer les nouveaux besoins spécifiques à satisfaire, d'adapter régulièrement nos organisations tant en termes de diversification de l'offre, que d'évolution des pratiques professionnelles que de restructuration du bâti.

Axes de développement et de progrès

- *Développer les formules de répit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (accueil temporaire et plateforme de répit)*
- *Proposer les consultations mémoire pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans des zones non pourvues*
- *Créer les nouveaux dispositifs de prise en charge prévus par le plan Alzheimer (personnels spécialisés pour accompagner les malades à domicile, unités adaptées au sein des EHPAD, création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de suite et de réadaptation - SSR...)*
- *Garantir la continuité de l'accompagnement et de la prise en charge des enfants, adolescents et adultes autistes*
- *Adapter les établissements de santé et médicosociaux aux nouveaux besoins des personnes handicapées vieillissantes (médicalisation des foyers de vie existants, adaptation du temps de travail et des activités d'accompagnement...)*
- *Développer le partenariat avec le secteur gérontologique (création au sein des EHPAD de petites unités individualisées, spécifiquement adaptées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes ; intervention des services infirmiers de soins à domicile au sein des foyers de vie et d'hébergement*

PRIORITE 5 : PROMOUVOIR UNE OBSERVATION ET UNE INFORMATION DOCUMENTEE SUR LA SANTE ET L'AUTONOMIE POUR AMELIORER LE PROCESSUS DE DECISION ; RENDRE PLUS LISIBLE L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SANTE DE CHAQUE FRANC-COMTOIS

Depuis quelques années, deux évolutions concomitantes émergent en France :

- d'une part, le souhait des usagers, des patients, des assurés et de leurs représentants d'être mieux éclairés sur les décisions prises dans le champ de la santé et de participer concrètement aux débats sur ces sujets (*démocratie sanitaire*),
- d'autre part, la complexification de l'organisation de l'offre, avec parfois la perception qu'en santé comme dans d'autres domaines, les services sont de moins en moins accessibles.

Une des réponses à ces évolutions se trouvent certainement dans :

- un accès plus aisé à l'information,
- une plus grande transparence de la part de ceux qui détiennent cette information (autorités de santé, professionnels...).

Ce souhait est particulièrement exacerbé au moment de crises sanitaires : épidémies, problèmes de pharmacovigilance liés à des médicaments... (cf. *Objectif 1. 2*)

Deux orientations ont donc été retenues autour de cette priorité :

- améliorer la qualité et l'exhaustivité du dispositif d'observation et d'analyse dans le champ de la santé et du médico-social,
- mettre en œuvre des dispositifs d'information pérennes pour instaurer une communication et un débat au service d'une amélioration non discriminante de la santé des Frانس-Comtois.

Objectif 5.1 : Développer l'observation et l'analyse afin d'aider à la décision dans les différents champs de la santé et du médicosocial

Constats et problématiques

La promotion d'une culture de l'observation et de l'analyse régionale en santé est une étape indispensable pour conduire des programmes pertinents. Elle doit aussi s'accompagner d'une véritable évaluation des politiques publiques (nationales et régionales), peu faite en France.

De multiples observatoires ont été mis en place dans de nombreux domaines de la santé de manière générale en France, et en particulier en Franche-Comté : cancers, accidents de la route, suicides, urgences, médicaments, démographie des professionnels de santé...

Leur création répond :

- parfois, à un besoin ponctuel de connaissances, lié à l'actualité,
- souvent, à un nécessaire éclairage pour élaborer des programmes et disposer d'éléments (*indicateurs*) d'évaluation.

Hiérarchisation des objectifs proposés

N°1 : objectif 5-1 : Développer l'observation et l'analyse afin d'aider à la décision dans les différents champs de la santé et du médicosocial

N°2 : objectif 5-2 : Faciliter l'accès à l'information des usagers mais également des professionnels sur l'offre en services de santé mise en place dans la région

N°3 : objectif 5-3 : Documenter le débat public (nouveau)

La CRSA propose une reformulation des objectifs 5-1 et 5-2

5-1 Structurer l'observation et l'analyse afin d'aider à la décision, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes

5-2 Faciliter l'accès à l'information sur l'offre et donner une lisibilité au parcours de soins et la formulation d'un objectif 5-3 : Documenter le débat public.

La notion de structuration de l'observation (coordonnées par l'ARS) est préférée à celle de développement,

L'observation de la santé : donner plus de place au médico-social et à l'évaluation

L'objectif qui traite de ce sujet devrait afficher des priorités plus marquées autour :

- du médico-social pour lequel les informations disponibles sont insuffisantes, notamment dans le champ du handicap,
- l'évaluation qui reste souvent le parent pauvre du processus d'observation et surtout de suivi des politiques publiques.

Par ailleurs, il serait souhaitable que l'ARS publie l'ensemble des données recueillies et exploitées.

Enfin, il a été souligné la nécessité de l'indépendance des évaluateurs vis-à-vis des autorités sanitaires.

Ces observatoires doivent donc apporter de la connaissance (*constat et analyse*). Pour ce faire, ils doivent :

- répondre à des critères méthodologiques structurés avec des équipes compétentes et pérennes,
- disposer d'un champ de compétence suffisamment large pour envisager les questions de santé de façon non séquentielle, en y intégrant les dimensions médico-sociales, sociales mais aussi économiques,
- faire le lien entre le national, le régional et le local pour fournir des outils répondants aux besoins concrets (*être au service de*) des acteurs de terrain mais aussi des décideurs régionaux ou nationaux (*planification et programmation*),
- être, grâce à leurs travaux, dans une véritable logique d'aide à la décision.

Axes de développement et de progrès

- Donner au Département Observation, Statistiques et Analyses (DOSA) de l'ARS de Franche-Comté, un rôle d'animation et de garant méthodologique pour un certain nombre d'études, travaux et recherches conduites dans le champ de compétence de l'Agence (prévention, soins, médico-social)

- Remettre en place un groupe des producteurs de données régionales dans le domaine sanitaire et médicosocial pour faciliter l'échange d'informations (avec la perspective de développer un portail de données)

- Instaurer entre le DOSA, l'Observatoire régional de la santé (ORS) et la Cellule de l'Institut national de veille sanitaire en région (CIRE) des rencontres scientifiques et méthodologiques périodiques

- Renforcer et développer les observatoires régionaux sous la responsabilité de l'ARS (médicament, démographie des professions de santé, ...)

Objectif 5.2 : Faciliter l'accès à l'information des usagers mais également des professionnels sur l'offre en services de santé mise en place dans la région

Constats et problématiques

Nous sommes aujourd'hui dans une période de transition vers de nouvelles formes de participation des usagers/citoyens. En effet, le champ de la démocratie sanitaire bénéficie d'espaces d'expression nouveaux, notamment à travers la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), ses commissions et la Conférence de territoire. Par ailleurs les

Suppression de la priorité 5 "Promouvoir une observation et une information documentée sur la santé et l'autonomie pour améliorer le processus de décision ; rendre plus lisible l'organisation du parcours de santé de chaque Franc-Comtois" qui conduit :

- à la suppression de l'objectif 5.1 (qui relève plus d'une logique de moyens de l'agence),

- mais en conservant l'objectif 5.2 qui pourrait être intégré dans la priorité n°3 (Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels et autour de l'utilisateur) en objectif 3.6.

différents Conseils de surveillance de l'ARS, des établissements publics de santé ainsi que ceux de la vie sociale des services et établissements médicosociaux de la région sont aussi des instances d'expression et d'échanges.

Améliorer l'accès à l'information doit permettre de rendre l'utilisateur plus autonome dans la gestion de sa trajectoire de santé, en lui offrant d'abord une information descriptive sur le système et l'offre de service, de manière à lui en faciliter l'usage. Cela doit aboutir à une circulation de l'utilisateur dans le système et au sein des structures de santé qui soit plus fluide et plus adaptée à ses attentes. On peut alors espérer un fonctionnement plus efficace de l'offre de santé.

Par ailleurs, l'information doit donner les moyens aux utilisateurs d'effectuer des choix plus adéquats dans leurs recours aux prestataires de santé, tout en leur permettant de mieux faire entendre leurs préférences globales au sein du système.

Cette information « générique » sur l'offre de services en santé serait par ailleurs susceptible de favoriser une plus grande égalité dans l'accès au système de santé : diffuser largement de l'information sur le système d'offre serait alors l'un des moyens de permettre aux plus démunis de pouvoir accéder, eux aussi, à l'ensemble du système. Encore faut-il que cette information ait une forme appropriable par le public visé.

Axes de développement et de progrès

- *Former des utilisateurs, en particulier en santé publique,*
- *Mieux communiquer et élargir l'information aux utilisateurs sur la reconnaissance de leurs droits et des réseaux existants, en particulier dans les zones où l'offre est plus déficiente (équité territoriale),*
- *Intensifier la sensibilisation des professionnels (domaine de la santé et médico-social) pour une meilleure information aux patients et à leur famille.*

Cet effort devra se porter plus particulièrement autour de certaines activités en rapport avec :

- *la périnatalité et la petite enfance,*
 - *les personnes âgées et handicapées,*
- les pathologies dont l'organisation de la prise en charge se complexifie pour garantir sa qualité (comme le cancer) et/ou est actuellement peu lisible (santé mentale)*

Usagers et professionnels de santé : des formations croisées

Si la formation des utilisateurs est importante, il apparaît complémentaire et utile que les professionnels eux-mêmes soient formés ou informés sur le point de vue des utilisateurs.

PREMIERS ELEMENTS DE CADRAGE POUR LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS)

Les enjeux

La loi HPST et le décret d'application de mai 2010 définissent le cadre légal de l'évaluation du Projet régional de santé (PRS) en introduisant notamment l'obligation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé. Les enjeux et finalités de cette évaluation sont multiples. Ainsi, il existe une dimension démocratique à l'évaluation dont l'objet est la transparence permettant de rendre compte et d'instaurer le débat. Parallèlement, l'évaluation doit poursuivre un objectif d'aide à la décision, dimension managériale de la mise en œuvre de la politique de santé de l'ARS en fournissant l'information nécessaire à l'adaptation et à la réorientation de la stratégie (*cf. la Priorité 5*). Enfin, il s'agit d'une démarche participative et concertée à visée mobilisatrice de l'ensemble des acteurs.

Le cadre général

Le PRS comprend le Plan stratégique, les 3 Schémas ainsi que l'ensemble des Programmes. Par ailleurs, il s'articule avec d'autres politiques. Aussi, l'évaluation du PRS devra porter un jugement sur la mise en œuvre de l'ensemble des composantes du projet mais également sur l'articulation avec les autres politiques. De même, l'évaluation devra tenir compte du suivi et des résultats du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens -CPOM Etat / ARS.

L'évaluation du PRS pourrait donc se décliner à un double niveau :

- le suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique, des Schémas et Programmes sur la base, d'une part, d'indicateurs de résultats (travaux du Haut conseil de santé publique¹⁹ et CPOM Etat / ARS), et d'autre part, d'indicateurs de moyens,
- l'évaluation globale de la politique mise en œuvre à travers une évaluation intermédiaire (2014) et au terme du plan (2016) dont les axes et le questionnement doivent être définis sur la base d'un cahier des charges conçu en amont de la mise en œuvre du projet. Cette évaluation pourrait alors se présenter comme un bilan global du PRS qui croiserait des indicateurs de moyens et de résultats disponibles mais qui devra également mettre en œuvre des enquêtes complémentaires nécessaires à la compréhension de son impact.

Le cadre du suivi

Le suivi doit permettre d'analyser périodiquement l'avancement du processus « PRS ». Il consistera à apprécier le degré de déploiement des activités et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus. Il permettra de faire les réajustements pour le pilotage.

Le suivi s'appuiera sur un tableau de bord alimenté par une collecte régulière et organisée de données. Les indicateurs constituant ce tableau de bord devront être identifiés, de même que les sources d'information qui permettront de les produire. Le département DOSA (Département Observation, statistiques, analyses) de l'ARS FC apportera son appui pour la collecte et à la mise en forme des données nécessaires au suivi.

Les critères de suivi sont appelés à évoluer au fil du temps en fonction de l'avancée du PRS :

- en 2011 : le suivi s'intéressera essentiellement au processus d'élaboration du PRS, tels que la mise en place de ses différents éléments constitutifs (Plan stratégique, Schémas, Programmes) dans le respect du calendrier, ou encore l'implication des partenaires.

¹⁹ Haut Conseil de la Santé Publique : Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions ; Collections avis et rapports, avril 2010.

- à partir de 2012, le PRS entrera dans sa phase de mise en œuvre, nécessitant de définir d'autres critères de suivi.

Le cadre de l'évaluation

La démarche pour conduire l'évaluation du PRS requiert une organisation spécifique, dont la mise en place sera construite en s'appuyant sur le guide méthodologique réalisé par la Direction Générale de la Santé²⁰.

Une réflexion préalable sera conduite pour définir les éléments de l'évaluation. Devront ainsi être précisés :

- le champ de l'évaluation : tout le PRS, l'un ou l'autre schéma, tout ou partie des programmes...
- le calendrier, en fonction de la finalité assignée à l'évaluation :
 - Une évaluation intermédiaire à mi parcours, ce qui est utile pour réviser le contenu du plan, améliorer les procédures de mise en œuvre, la communication...
 - Une évaluation finale à 5 ans pour mesurer les résultats obtenus, produire des recommandations et orienter le PRS suivant,
- le dispositif mis en œuvre, notamment l'instance de pilotage, ainsi que la méthodologie pour conduire l'évaluation, en particulier l'organisation pratique, le recours à une évaluation externe ou évaluation menée en interne...

L'organisation mise en place pour le suivi et l'évaluation explicitera le rôle à donner aux instances de l'ARS, notamment à la CRSA et aux commissions de coordination des politiques de santé, dont les missions prévoient leur contribution à l'évaluation de la politique de santé.

Dans l'immédiat, pour ce qui concerne le Plan stratégique de Franche-Comté

Des indicateurs devront être définis pour chaque priorité et pour chaque objectif, une fois ces derniers arrêtés.

Cependant, l'ambition stratégique des priorités et objectifs du Plan stratégique rend difficile leur réduction à un seul indicateur : il s'agira plutôt de construire un faisceau d'indicateurs à partir de données déjà existantes, soit au niveau national, soit au niveau régional, notamment en réutilisant les indicateurs mis en place :

- pour le projet d'agence 2010 - 2011,
- pour le suivi du CPOM signé entre l'ARS de Franche-Comté et le Ministère,
- pour le suivi du Programme régional de gestion du risque (PRGDR).

Le "groupe indicateurs" mis en place au niveau de l'ARS de Franche-Comté pourrait être à l'initiative de ce premier travail en lien avec les 5 responsables de domaine.

²⁰ Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique : quelques repères pour les acteurs : ouvrage coordonné par C. GERHART - Ministère de la Santé et des sports, avril 2008.

SIGLES UTILISES

ADECA	Association pour le dépistage des cancers
ALD	Affection de longue durée
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCPP	Centre de consultation de pathologie professionnelle
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIRE	Cellule de l'InVS en région
CLAT	Centre de lutte antituberculeux
CLS	Contrats locaux de santé
CMPP	Centre médico psychopédagogique
COG	Convention d'objectif et de gestion
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
DPC	Développement professionnel continu
DMP	Dossier médical personnel
DOSA	Département observation statistiques analyses
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DysEPI	Réseau régional des troubles des apprentissages et/ou de l'épilepsie de l'enfant et de l'adolescent
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Education thérapeutique du patient
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
HAS	Haute autorité de santé
INED	Institut national des études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRFC	Institut régional fédératif du cancer
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
Loi HPST	Loi « Hôpital, patients, santé, territoires »
MAS	Maison d'accueil spécialisée

MSA	Mutualité santé agricole
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
ONCOLIE	Réseau de cancérologie de Franche-Comté
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national des professions de santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de l'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RAFT	Réseau d'allergologie de Franche-Comté
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RéPPOP	Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SIG	Système d'information du gouvernement
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SROMS	Schéma régional d'organisation médicosociale
SRP	Schéma régional de prévention
TMS	Troubles musculo-squelettiques
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

- Observations des membres des commissions spécialisées sur : <http://www.ars.franche-comte.sante.fr/Travaux-de-la-CRSA.97259.0.html>
- Annexe 1 : synthèses des présidents et référents des commissions spécialisées de la CRSA présentées en séance plénière le 19 avril 2011
- Annexe 2: fiches des rapporteurs des 5 ateliers organisés en séance plénière de la CRSA le 19 avril 2011

Annexe 1

CRSA – Séance plénière du 19/04/11 Intervention de Christophe MADIKA - Président de la commission spécialisée "Prévention" Retour des observations des membres de la commission sur le PSRS soumis pour avis

Les observations sur le PSRS sont nombreuses et les contributions pourront nourrir les étapes ultérieures pour les schémas et plans d'actions. Globalement, pas de remise en cause des grandes orientations et un relatif consensus avec quelques propositions d'enrichissement.

Introduction :

Prendre en compte la dimension travail comme déterminant de santé ; la précarisation de l'emploi peut en effet engendrer un certain nombre de troubles de santé

Enjeux :

Pas de remise en cause sur les 2 enjeux.

Précisions sur l'enjeu 2 :

Un membre de la commission souhaiterait voir modifier "les inégalités sociales face à la santé "s'aggravent" plutôt que "perdurent" car les inégalités sociales sont de nos jours de plus en plus fréquentes.

Si on mentionne "s'aggravent", on justifie l'enjeu 2 car effectivement oui pour adapter les actions en fonction des publics, mais non à la stigmatisation ; l'enjeu 2 étant d'adapter les actions du PSRS en fonction des publics et notamment en matière de prévention, nous constatons que les messages de prévention sont plus ou moins bien perçus selon les difficultés sociales des publics.

Derrière cet enjeu qui doit permettre de couvrir des inégalités sociales et territoriales, il faudra veiller à ce que les zones blanches en Franche-Comté soient couvertes et veiller à ce que les restes à charge soient limités pour l'ensemble des assurés.

Objectif :

2.2 : ajouter des données relatives à l'allaitement.

4.1 : ajouter "soutenir et" développer les réseaux gérontologiques

5.1 : ajouter un axe de développement : "publier les données recueillies par l'ARS"

Programme d'actions, à titre d'exemple :

- Prévention de l'alcoolisme massif et brutal des jeunes (binge drinking).
- Information des seniors sur la sexualité et la contraception.
- Troubles musculo squelettiques : action de prévention dans le secteur de l'aide à domicile et pour les proches aidants.

Pas de remise en cause du PSRS mais des propositions pour le plan lui-même et pour les programmes d'actions à venir.

CRSA – Séance plénière du 19/04/11

Intervention de Denis VALZER, Référent de la commission spécialisée "Soins" pour le retour des observations des membres de la commission sur le PSRS soumis pour avis

Remarques transmises : Ordre Régional des Médecins (Dr CHAUPUIS), Fédération des Réseaux (M. PITARD), ASSAD 25 (Mme BELOT), Fédération Addiction (Mme JEANBLANC), Maisons de Santé (M. VUATTOUX), FC Parkinson (Mme AUGÉ), FHF (D. VALZER) et également Mutualité 25 (M. BEUGIN) mais au titre de la commission MS.

Des difficultés à faire la synthèse ont été rencontrées compte tenu du fait que la commission ne s'est pas réunie.

❖ Remarques sur le PSRS dans son ensemble :

- Ordre des Médecins : contenu du PSRS conforme à la déontologie
- FHF : difficulté d'examiner le PSRS indépendamment des schémas
- FHF : problématique des « axes de développement et de progrès » qui rentrent dans un cadre opérationnel et ne sont pas exhaustifs.
- Fédération Addiction : imprécisions dans le domaine des addictions : proposition d'une 6^{ème} priorité stratégique pour prendre en compte les addictions de manière transversale et intersectorielle (prévention, accompagnement, soins...)

❖ Enjeux transversaux

- Fédération des Réseaux : opportun de créer un 3^{ème} enjeu sur la nécessité d' « impulser les réorganisations régionales dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé », car cette contrainte n'apparaît que pour le premier enjeu (la « mise en œuvre d'une offre de santé de qualité ») et pas pour le second (l'offre en direction des personnes vulnérables et précaires)
- Fédération des Réseaux : sur l'enjeu 2, problématique de la précarisation rapide de personnes atteints de troubles invalidants en cours de diagnostic, de cas particuliers (démences précoces, affections rares). Nécessité d'un dispositif (« case manager ») de réponse rapide.

❖ Priorité 1 : développer des environnements favorables à la santé pour tous et dès le plus jeune âge

- Fédération des réseaux : « dès le plus jeune âge » redondant avec le début de la phrase
- Objectif 1.3. « renforcer la prévention des maladies infectieuses » : Maisons de Santé : s'appuyer sur les regroupements de professionnels pour la mise en œuvre des vaccinations

❖ Priorité 2 : Renforcer la prévention...

- Fédération des réseaux : modifier l'ordre des objectifs en allant de la prévention primaire vers le dépistage, soit 2.3/2.2/2.4/2.1/2.5
- Fédération des réseaux : introduire la problématique du diabète de type 1 chez l'enfant et de type 2 chez l'adulte
- Objectif 2.1 (cancers) : Maisons de santé : s'appuyer sur les regroupements de professionnels
- Objectif 2.3 (santé mentale) Fédération Réseaux : ajouter la problématique de la psychiatrie du sujet âgé. Dans axes de développement ajouter la nécessité de développer les consultations interdisciplinaires, d'améliorer la filière de soins pour cette population.
- Objectif 2.3. F.H.F. : la santé mentale ne doit pas apparaître uniquement dans le champ de la prévention. Compte tenu des difficultés dans le dispositif de soins, nécessité d'insister sur les problématiques d'accessibilité, la prise en charge aux urgences et les besoins dans le social et médicosocial.
- Objectif 2.4 (dépistage des troubles des enfants) : Fédération des réseaux : le terme « troubles des enfants » est flou. Par ailleurs, prise en compte nécessaire du diabète T1, et des pathologies néphrologiques. Souhaite que le paragraphe « constat et problématique soit élargi et réécrit.

- Objectif 2.5 (maladies chroniques ou rares) Fédération des réseaux : dans le titre préciser « enfants et adultes ». Pas de lien entre les « constats et problématiques » et les « axes de développement et de progrès ». Ajouter dans les « axes de progrès » : permettre à tous les types de handicaps, dont les handicaps cognitifs, de bénéficier de PPS ou d'APS
- Objectif 2.5 F.C. Parkinson : l'éducation thérapeutique permet au patient et aidants d'améliorer leur qualité de vie (plus large que « gérer les conséquences de leur pathologie et traitement »)
- ❖ **Priorité 3 : Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé..**
 - Fédération des réseaux : ajouter à la fin de l'introduction : « valoriser les nouvelles formes de coordination, notamment administratives, organisationnelles et structurelles
 - Fédération des réseaux : reformuler la priorité : « développer le travail en réseau des professionnels en s'appuyant sur les nouvelles formes de coordination de l'offre.. »
 - 3.1 (Organisation des soins de premier recours) F.H.F. : les établissements de santé sont présents dans le premier recours. Nécessité d'ajouter les hôpitaux de proximité (ex-hôpitaux locaux) à ce niveau. Par ailleurs insiste sur la présence des hôpitaux de second recours à ce niveau (notamment urgences) compte tenu de l'organisation actuelle du système.
 - 3.1 Fédération des réseaux : objecte que l'éducation thérapeutique ne permet pas d'organiser des soins mais est un outil pour l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge
 - 3.2. (Développer la solidarité et coopération entre établissements de santé, en lien avec la médecine de ville) Fédération des réseaux : ajouter dans les « axes de progrès » : « renforcer les interfaces entre le DMP et les applications de dossiers informatisés existant dans la région
 - 3.3. (Améliorer l'interface entre les différents niveaux de soins et le sanitaire social et médico-social) F.H.F. : nécessité de mettre en évidence le rôle des services de soins de suite et de réadaptation, qui sont un élément essentiel du chaînage sanitaire/médico-social/domicile
 - 3.4. (Améliorer la formation médicale et continue pluridisciplinaire) Fédération des réseaux : ajouter dans les « axes de progrès » un axe sur le « renforcement de la formation aux fonctions de coordination et de management pluridisciplinaire auprès des professionnels » et un axe sur la nécessité de « développement d'une culture commune de prévention et d'évaluation »
- ❖ **Priorité 4 : favoriser l'autonomie des personnes âgées et handicapées**
 - Objectif 4.1 (Permettre le maintien à domicile) : F.H.F. : priorité non contestable, mais nécessité de renforcer parallèlement les établissements qui de facto prendront en charge les personnes les plus dépendantes. Problématique notamment des U.S.L.D.
 - Objectif 4.2 (Développer l'aide aux aidants) : ASSAD25 : ajouter « proposer des formations aux familles pour les aider à continuer à aider leur parent âgé »
 - Objectif 4.3 (Promouvoir la bientraitance) ASSAD25 : ajouter après « former les professionnels intervenant à domicile au repérage des signes de maltraitance », « et à la mise en œuvre de comportements de bientraitance dans leurs propres interventions » SCHEMAS
 - Objectif 4.3 F.H.F. : insister sur la nécessité d'une qualification initiale adaptée des professionnels, et sur la nécessité en établissement de se rapprocher des ratios de personnels/personnes âgées conformes aux préconisations du plan « grand âge ».
 - Objectif 4.4 (Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour les publics spécifiques) :ASSAD25 : ajouter « développer des formules de répit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », création au sein des EHPAD d'unités pour les personnes handicapées vieillissantes, intervention des SSIAD et soins à domicile en foyer de vie et d'hébergement
 - Objectif 4.4 / Fédération des réseaux : dans le cadre du réseau Rapid : soutien au réseau Rapid pour son application informatique, développer des postes de gestionnaires de cas, développer avec le secteur gériatrique des places dédiées à la psychogériatrie
- ❖ **Priorité 5 : promouvoir une observation ou une information documentée sur la santé et sur l'autonomie**
Fédération des réseaux : les missions du DOSA et de l'ORS semblent identiques

CRSA – Séance plénière du 19/04/11
Intervention de Nathalie BERTIN, Présidente de la commission spécialisée "Médico-Social"
Retour des observations des membres de la commission sur le PSRS soumis pour avis

Madame la Directrice de l'ARS,
Monsieur le Président de la CRSA,
Monsieur le Président de la Conférence de territoire,
Mesdames et Messieurs,

Je vais rendre compte des avis formulés par la commission spécialisée "Médico-sociale" sur le PSRS.

Je souhaite au préalable, témoigner de l'activité de cette commission depuis son installation et remercier sincèrement ses membres tous experts dans ce domaine ainsi que les "grands témoins", que nous avons audités pendant nos travaux, sur les problématiques du handicap, des personnes âgées, de l'addictologie.

Je veux revenir aussi parfaitement consciente de ne pas être originale sur le rythme qui est celui de la CRSA depuis sa mise en place et qui me donne le sentiment que ici à Besançon, capitale du temps, nous courons après le temps depuis le début.

C'est tout à la fois une course d'endurance et une course de vitesse et il faut être très bon et très fort.

C'est vrai encore avec l'avis sur le PSRS : 3 semaines pour faire remonter les remarques sur un plan stratégique. Ce plan est un document d'enjeux et d'objectifs qui doit être l'expression de la cohérence, de la gouvernance, de la priorisation mais aussi qui doit relever le défi de la transversalité des réponses à l'échelle de territoires de proximité et de leur efficacité, même si j'ai bien compris que le financement n'est pas abordé dans le PSRS.

Les remarques formulées par la commission sont au nombre de 4, elles sont pertinentes et sont fondées et ne remettent pas en cause l'architecture même du Plan. Elles sont à votre disposition et seront annexées au compte rendu de notre journée de travail.

La première remarque concerne le choix d'élaborer le PSRS autour de 2 enjeux transversaux.

Pourquoi 2 enjeux ? Pourquoi cette formulation qui différencie les franc-comtois et comtoises vulnérables ?

La lecture attentive du PSRS ne m'a en tout cas apporté aucune réponse. J'espère que le débat en atelier apportera une réponse. Peut-être faudra-t-il s'interroger sur la démarche d'élaboration de ce plan peut y répondre ?

La seconde remarque est une demande pour la prise en charge de l'autisme. C'est une thématique importante pour laquelle les réponses sont aujourd'hui sous dimensionnées dans notre région et qui demandent un travail de fond sur l'offre et en profondeur.

Une troisième remarque porte sur l'absence de différenciation entre la souffrance psychique liée à une maladie mentale et la souffrance psychique déclenchée par les accidents de la vie et rejoint une de mes préoccupations. Il me semble indispensable d'envisager la santé mentale non pas comme une seule prise en charge des maladies psychiatriques mais dans une acceptation la plus large possible avec différents niveaux comme par exemple :

- La relation avec le monde du travail et l'entreprise,
- Le problème du suicide ou des conduites suicidaires chez les jeunes
- L'interaction des pathologies mentales et la grande précarité

- La dépression et l'isolement de la personne âgée
- la prise en charge dans le cadre du 1^{er} recours des personnes âgées en difficulté

La liste n'est pas exhaustive, mais il faut en avoir conscience pour mesurer les enjeux spécifiques de la santé mentale, afin de déstigmatiser, de lutter contre la discrimination des malades mentaux, de tous les malades mentaux. Il faut en avoir conscience pour organiser une prise en charge particulière dans les soins, dans l'accompagnement social des malades dans la cité et dans le soutien et la formation des aidants et ce de façon égalitaire sur tout le territoire de franc-comtois.

Je souhaite que les modifications proposées dans l'objectif 2.3 "changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique" soient étudiées prises en compte.

La quatrième remarque qui concerne l'objectif 3.1 sur "l'amélioration de l'organisation des soins de 1^{er} recours en développant les regroupements et les coopérations entre professionnels de santé" et qui préconise de ne pas "sanitariser" la prise en charge des résidents en établissement. Je souhaite que l'auteur de cette proposition puisse expliquer sa réflexion en atelier. Ma modeste connaissance du fonctionnement des EHPAD me laissait croire que les établissements avaient en leur sein un médecin coordonnateur. Le débat pourra avoir au sein de l'atelier 4.

Pour conclure, je veux réaffirmer les attentes des malades et de leur entourage, qui craignent la rupture dans le parcours de santé. Le respect de l'autonomie, des droits des usagers franc-comtois doit être au cœur de nos priorités et de ce PSRS.

Je pense que le défi pour le PSRS est bien de développer des prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital.

Il faut éviter les soins inutiles, cela passe par la prévention. Il faut mobiliser tous les acteurs pour réduire les inégalités sociales et territoriales.

Il faut intégrer dans une même et seule approche coordonnée la prévention, le soin, et la prise en charge médico-sociale pour prendre en compte l'intégralité de la personne, que ce soit entre le préventif, le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social.

Je souhaite enfin que ce PSRS, très général, débouche sur des programmes d'actions intégrés dans les 3 futurs schémas d'organisation mais élaborés, abordés avec une autre méthodologie qui laisse du temps pour la concertation, la réflexion et les choix. Même, si je sais bien, comme vous tous, que l'élaboration des ces 3 schémas a déjà commencé.

CRSA – Séance plénière du 19/04/11
Intervention de Cécile PETIT DESPREZ, Présidente de la commission spécialisée "Usagers"
Retour des observations des membres de la commission sur le PSRS soumis pour avis

Madame la Directrice générale,
Monsieur le Président de la CRSA,
Mesdames, Messieurs,

7 remarques ont été adressées et je les ai répertoriés par rapport aux priorités et aux objectifs.

Priorité 1 : Développer des environnements favorables à la santé pour tous et dès le plus jeune âge.

Objectif 1.4 : Promouvoir l'information et l'éducation relative à la sexualité, à la contraception et à la grossesse.

Dans les constats de cet objectif, nous déplorons le manque d'information sur les **droits sexuels et la contraception** qui se traduit par une progression des grossesses non désirées. Les réponses existent certainement sur le terrain. Le **planning familial** est un de ces acteurs de terrain vers lequel nous pourrions établir des liens de partenariat afin d'évaluer la situation actuelle et d'établir des perspectives actualisées aux attentes des jeunes filles et des jeunes femmes d'aujourd'hui. Si nous prenons le problème en amont, des choses simples pourraient être mises en place dans les lieux obligatoires, fréquentés par les jeunes filles et les jeunes hommes, comme les collèges, les lycées, les facultés, les IUT., en concertation avec les différents acteurs, le CPE (conseiller principal d'éducation), l'infirmière et les autres personnels. Nous devrions réfléchir à la mise en place, dans des lieux discrets, de **distributeurs de préservatifs**, dont une des fonctions premières est d'être un moyen contraceptif, mais aussi un moyen de prévention contre le VIH et les MST accompagnés de petits livrets pour contrer des idées toutes faites comme par exemple « la première fois tu ne risques rien.. ». Cette action pourrait s'étendre dans les lieux de loisirs.

La transition avec le troisième point est aisée : relancer une campagne de sensibilisation pour **ne pas banaliser le SIDA** et expliquer ce que c'est que de **vivre avec une trithérapie**. Ces avis seront à relayer dans les schémas.

Priorité 2 : Renforcer la prévention dans ses différentes modalités et l'articuler avec les activités de soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte.

Objectif 2.2 : Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique,...

L'implication et la mobilisation de tous les acteurs doit rester forte et surtout s'étaler sur plusieurs années si nous voulons que les enfants en aient un réel bénéfice lorsqu'ils seront adultes. Ainsi nous devons favoriser et **soutenir les partenariats** avec les acteurs de terrain sur **du long terme**. (Exemple : action entre le RéPPOP et la MJC des Clairs-Soleils sur l'année scolaire 2009-2010).

Objectif 2.5 : Améliorer la qualité de vie dans patients atteints d'une maladie chronique ou rare.

Nous pourrions ajouter dans les différents moyens d'amélioration cet item :

"Pour ce qui concerne les maladies rares qui sont bien plus spécifiques, il s'agit d'appliquer le **Plan National Maladies Rares** du 28 février 2011, « A1 - Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge des patients atteints de maladie rare », par une attention particulière **aux centres de référence** et **aux centres de compétence locaux**.

Cet avis sera à relayer dans les schémas.

Priorité 4 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge

Objectif 4.1 : permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées des lors que leur état leur de santé le permet.

Nous pourrions ajouter dans les axes de développement et de progrès cet item :

"Favoriser l'adaptation du logement des personnes âgées ou handicapées" et insister sur le fait que les délais pour les autorisations de réhabilitation des logements sont trop longs. Le logement adapté garantit un accès à la vie sociale.

Priorité 5 : Promouvoir une observation et une information documentée sur la santé et l'autonomie pour améliorer le processus de décision ; rendre plus lisible l'organisation du parcours de santé de chaque franc-comtois.

Objectif 5.2 : Faciliter l'accès à l'information des usagers mais également des professionnels sur l'offre en services de santé mise en place dans la région

Nous insistons sur **la formation des usagers en Santé Publique** mais aussi sur **la formation pour mieux comprendre le parcours des usagers du système de santé** dans les axes de développement. En Franche Comté, les actions de formation sont portées par l'ARUCAH et le Collectif Interassociatif Sur la Santé (le CISS-fc).

Aujourd'hui les personnes atteintes de cancer ont de grandes chances de guérison mais il arrive que les phases de récurrence deviennent fréquentes alors les personnes rentrent dans la chronicité de la maladie. La lourdeur des traitements entraîne souvent des multipathologies que le patient doit apprendre à gérer car cela a **une incidence certaine sur sa qualité de vie**. Le rôle des professionnels **sur l'information aux patients** est une garantie.

Je conclurai en nous posant la question : « Comment sensibiliser le citoyen qu'il a été et qu'il sera un usager de santé publique à un moment donné de son existence ? »

Annexe 2



Rapport ATELIER 1

Principaux points abordés lors du débat

- La précarité est à considérer au sens large de vulnérabilité, pas uniquement sociale. La prise en compte sans stigmatisation du handicap sous toutes ses formes (*dont lié à l'âge, à des difficultés ponctuelles de la vie comme une perte d'emploi, un accident*) est souhaité, en privilégiant à chaque fois que cela est possible les dispositifs de droit commun. Pour la majorité des membres de l'atelier 1, supprimer la prise en compte de la vulnérabilité (fusion des deux enjeux transversaux) au motif de ne pas stigmatiser, aurait l'effet inverse, et aggraverait encore la difficulté d'accès au système de santé des plus vulnérables : des dispositifs spécifiquement conçus, en particulier en y associant le public concerné (prévention et santé communautaire), restent indispensables à soutenir (PRAPS, PASS,...).

- La priorité n°1 a une formulation très large : trop large ? En effet les environnements favorables à la santé pourraient inclure le logement, l'emploi, l'éducation, ..., politiques qui sortent en grande partie du champ de compétences de l'ARS (en dehors pour partie de la lutte contre l'habitat dégradé/insalubre, et de la santé au travail). Le groupe a bien entendu que cette priorité était centrée sur les domaines du champ de compétence de l'ARS et de ses partenaires. Une formulation alternative n'est finalement pas proposée.

- Dans l'objectif 1-2, il est suggéré de bien inscrire la prise en compte de la nécessaire dimension de retour d'expérience dans la gestion des alertes sanitaires pour adapter nos dispositifs de gestion des situations d'urgence sanitaire, mais aussi de prévention (cf lien entre la gestion de l'épidémie de rougeole arrivée en Franche Comté en septembre 2010 et la thématique prioritaire de la semaine de la vaccination en avril 2011).

- Dans l'objectif 1-3, il est pointé la nécessité de travailler sur la levée des freins à la vaccination tant auprès des professionnels de santé qu'auprès de la population en général

- De manière générale, il est demandé d'associer le public le plus précocement possible à l'élaboration des dispositifs de santé. Nécessité d'adapter les discours de prévention et la forme de la communication/langage à tous les types de handicap pour l'objectif 1-4 (sexualité-contraception-grossesse)

Deux interrogations, voire inquiétudes du groupe : comment l'enjeu n°2 (vulnérabilité) sera décliné dans les schémas ?
Et pourquoi la thématique « addictions » n'apparaît pas dans les objectifs du PSRS, en particulier dans la priorité 2 ?

Principales propositions de l'atelier

- Inscrire la thématique « addictions » dans le PSRS

- Adapter le langage des professionnels à chacune des situations de handicap

Décision sur les 2 enjeux transversaux (cf la synthèse des débats)

Maintien des 2 enjeux en précisant la formulation de l'enjeu n°2 « S'engager plus particulièrement à ce que les personnes en situation de précarité et / ou de vulnérabilité... »

Classement des objectifs dans la priorité

Inversion de l'ordre actuel des objectifs : 4, 3, 2, 1

Avis sur la priorité n° 1 et ses objectifs

La priorité n°1 a une formulation très large : trop large ? En effet les environnements favorables à la santé pourraient inclure le logement, l'emploi, l'éducation, ..., politiques qui sortent en grande partie du champ de compétences de l'ARS (en dehors pour partie de la lutte contre l'habitat dégradé/insalubre, et de la santé au travail). Le groupe a bien entendu que cette priorité était centrée sur les domaines du champ de compétence de l'ARS et de ses partenaires. Une formulation alternative n'est finalement pas proposée.

Rapport ATELIER 2

Principaux points abordés lors du débat

Sur les enjeux :

- Notion de territoire pour permettre l'accessibilité à la prévention et aux soins
- Un seul enjeu pour éviter une hiérarchisation de ceux-ci qui se décline sur trois dimensions :
qualité, proximité et efficacité
- Fusion des 2 enjeux avec reformulation

Sur les objectifs de la priorité 2 :

- Absence de continuum entre les 3 niveaux de prévention (financements et acteurs différents)
- Articulation du national et du local en matière de prévention (ex : cohérence entre campagnes nationales et actions locales)
- Consensus sur la nécessité que l'addictologie apparaisse dans la priorité ou les objectifs

Principales propositions de l'atelier

Cf décision et avis

Décision sur les 2 enjeux transversaux

Fusion des 2 enjeux avec reformulation :

Assurer à tous les francs-comtois une offre de santé de qualité répondant, dans chacun des territoires de proximité, aux meilleures pratiques et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire national solidaire et maîtrisé.

Classement des objectifs dans la priorité

2.3 ; 2.1 ; 2.4 ; 2.6 (nouvel objectif "addictions") ; 2.2 ; 2.5

Avis sur la priorité n° 2 et ses objectifs

Rajouter l'addictologie soit :

- comme 6ème priorité
- comme objectif à part entière de la priorité 2 (objectif 2.6)

Si nécessité de supprimer un autre objectif, plusieurs propositions :

- fusion de 2.1 et 2.5 : 6 voix sur 11
- soit intégration addictologie dans 2.2 : 3 voix sur 11
- soit hiérarchisation des objectifs en intégrant l'addictologie

En premier : troubles mentaux

En deux : cancer

En trois : troubles chez les enfants

En trois ex-æquo : addictologie

En cinq : obésité

En six : qualité de vie

Rapport ATELIER 3

Principaux points abordés lors du débat

Enjeu n°2 : ne pas stigmatiser les personnes vulnérables et/ou précaires – Notion anti-démocratique mais pour d'autres personnes, il est important de l'individualiser afin de ne pas les oublier.

Toutefois, si cet objectif n'est pas maintenu, il est impératif que cet enjeu soit décliné au niveau de chacune des priorités.

Priorité 3 : Importance de la coordination territoriale de proximité entre professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux : proposition d'une cellule de coordination basée sur l'existant afin de mutualiser les moyens et de les optimiser. Cela permettrait de libérer du temps aux PS, de se centrer sur leur cœur de métier, d'améliorer l'accompagnement du patient et de favoriser la concertation entre les différentes structures.

Engager une réflexion sur l'exercice partagé entre l'hospitalier et le médico-social/ambulatoire.

Importance de développer l'attractivité de la région auprès des professionnels à travers des dispositifs innovants. C'est la pierre angulaire, base du PSRS qui permettra sa mise en œuvre, d'où la décision de le placer en enjeu transversal.

Principales propositions de l'atelier

(cf avis)

Les membres de l'atelier souhaitent que les propositions soient prises en compte et soulignent leur satisfaction quand à la possibilité qui leur a été offerte d'exprimer leurs avis.

Décision sur les 2 enjeux transversaux

Fusion des enjeux n°1 et n°2 avec la formulation suivante :

Améliorer la santé de l'ensemble de Franche-Comté, **notamment des plus précaires et /ou vulnérables** et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire **contraint** et maîtrisé.

Proposition d'un nouvel enjeu :

Rendre la région attractive pour les professionnels du champ ambulatoire, sanitaire, médico-social et social.

Avis sur la priorité n° 3 et ses objectifs

Objectif 3.1 : Supprimer « notamment à travers des activités comme l'éducation thérapeutique du patients » pour ne garder que : **Améliorer l'organisation des soins de premiers recours en développant les regroupements et les coopérations entre professionnels de santé.**

Fusion des objectifs 3.2 et 3.3 mais maintien de l'intitulé 3.3 qui englobe, de l'avis du groupe, l'objectif 3.2 : **Améliorer l'interface et la complémentarité entre d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part les différents champs d'intervention.**

Les axes de développement et de progrès de l'objectif 3.3 sont enrichis de ceux de l'objectif 3.2 et complétés par :

- **Créer une cellule de coordination par territoire de proximité (sanitaire, médico-social, justice, police, service de secours, CCAS ...)**
- **Favoriser l'expérimentation de nouveaux modes de coopération entre les structures.**

Objectif 3.4 : Ajouter un axe de développement et de progrès supplémentaire :

- **Créer des ponts entre la formation académique et professionnelle**

Objectif 3.5 : de l'avis du groupe, la désinsertion professionnelle est une problématique importante mais qui ne relève pas de cette priorité. Elle relève davantage du domaine de la prévention tertiaire et pourrait s'intégrer au sein de la priorité 2.

Rapport ATELIER 4

Principaux points abordés lors du débat

Avec : « Tous les Francs-Comtois, tout est dit »

Des populations vulnérables, précaires, fragiles, démunies bien identifiées dans les objectifs et pas forcément dans les enjeux

Importance de la veille et de l'accompagnement en direction de ces populations précaires car 25% de la population sera confronté à une maladie psychique (selon l'OMS)

Enjeu n°1 : les personnes vont d'emblée vers les soins, en enjeu médical, notion d'offre de soins

Enjeu n°2 : il faut aller chercher les populations pour leur permettre d'accéder aux soins, enjeu sociétal, prévention, accès aux soins

Il faut éviter la stigmatisation

Il faut repérer ces populations et leur apporter des réponses adaptées

Principales propositions de l'atelier

Proposition d'une phrase introductive aux deux enjeux mettant en évidence le parcours de vie, la synergie entre le sanitaire, le social et le médico-social, entre la prévention et le soin.

Enjeu 1 : Assurer à tous les Francs-Comtois une offre de santé de qualité et de proximité répondant aux meilleurs pratiques et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé

Décision sur les 2 enjeux transversaux

Maintien des deux enjeux à la majorité
10/16 pour le maintien
6/16 pour la fusion

Classement des objectifs dans la priorité

4.1 ; 4.4 ; 4.2 ; 4.3

Avis sur la priorité n° 4 et ses objectifs

Priorité 4 :

Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge.

Une remarque est faite sur le terme de prise en charge, avec la proposition d'utiliser les termes de prise en soins et d'accompagnement.

La nécessité de formation tant des aidants proches ou familiaux que des bénévoles et que des professionnels a été rappelée dans chacun des objectifs.
A visée des professionnels, la formation initiale doit être suffisante sur le plan qualitatif et quantitatif, suivie de la formation continue régulière et qualifiante.

Il a été regretté de ne pas voir apparaître dans cette priorité l'importance de l'inclusion professionnelle et de favoriser le travail adapté et protégé des personnes handicapées.

Objectif 4.1

Proposition de parler plutôt de soutien que de maintien à domicile et par conséquent de modifier l'intitulé de cet objectif.

Ne pas opposer le soutien à domicile et l'institution, prévoir l'adaptation des établissements à la grande dépendance.

Il faut soutenir la complémentarité (mise en place de passerelles et /ou de conventionnements) et la meilleure connaissance réciproque des services du soutien à domicile et des établissements.

Renforcement des réseaux, diversification de l'offre pour faciliter les parcours

L'accessibilité, élément majeur du soutien à domicile doit s'entendre beaucoup plus largement que l'accessibilité physique : habitat, transport ...

Objectif 4.2

Il est proposé de plus généralement parler d'aide aux aidants proches et familiaux plutôt que naturels et d'élargir aux bénévoles et aux professionnels.

La formation des aidants ne doit pas rester au simple statut d'information (exemple : gestes, postures)

Un axe de développement supplémentaire pourrait être : développer la gestion non violente des conflits à l'intérieur des familles, réelle problématique du vieillissement, en sollicitant des médiateurs familiaux.

Objectif 4.3

La maltraitance est parfois à lier aux conditions de travail (exemple : manque de personnel, organisation du temps de travail et de l'espace, soins d'hygiène à 4 heures du matin ..., des établissements dimensionnés de façon à ne pas faciliter le travail des salariés, des secteurs géographiques important en ambulatoire)

Développement de responsable qualité dans les structures (Mutualisation de postes interinstitutionnels)
« Des personnels de qualité au service de la qualité »

Objectif 4.4

L'ensemble du groupe a souhaité que cet objectif prenne en compte plus généralement l'ensemble des pathologies neuro-dégénératives.

L'accompagnement social semble être déterminant et ne doit pas être dissocié du parcours de vie. Lien avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale des conseils généraux.

Nouvelle façon d'être des professionnels en matière d'écoute.

« Apporter plus d'accompagnement pour moins de médicaments »

Rapport ATELIER 5

Principaux points abordés lors du débat

Enjeu n°1 :

« Garantir sur l'ensemble du territoire une offre de santé de qualité, efficiente et efficace répondant aux meilleures pratiques, compatible avec un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé (ou solidaire et responsable) »

A subsisté une divergence au sein du groupe sur la qualification du cadre budgétaire, entre maîtrisé et responsable.

Pour les uns, ce cadre ne dépend pas de l'ARS et il faut donc conserver la notion de maîtrise et non de responsabilité.

Pour les autres, les choix possibles de l'ARS appellent ce terme de responsabilité.

Remarque concernant le corps du texte :

- hétérogénéité des actions citées, qui sont à reformuler de manière plus stratégique,
- la démarche qualité doit également être développée pour le monde libéral,
- renforcer la logique de l'observation mais pas uniquement sur le médicament.

Enjeu n°2 :

Deux propositions un peu distinctes, et une reformulation nécessaire

1. Réduire les inégalités sociales et territoriales et d'accès à l'innovation, notamment, à destination des personnes vulnérables et en situation de précarité
2. Favoriser l'accès aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire

Concernant le corps du texte :

- conserver cette idée de se poser la question à chaque programme ou action
- pas stigmatiser les populations spécifiques
- attention : pas uniquement une question d'accès aux soins : problématique du "reste à charge"

Principales propositions de l'atelier

Maintien des deux enjeux reformulés
Reformulation des objectifs 5.1 et 5.2
et formulation d'un objectif 5.3 correspondant à la deuxième partie de la priorité 5

Décision sur les 2 enjeux transversaux

Maintien des deux enjeux mieux différenciés et reformulés

Classement des objectifs dans la priorité

5.1 ; 5.2 ; 5.3 nouveau

Avis sur la priorité n° 5 et ses objectifs

Trois objectifs dans la priorité 5 reformulés :

5.1 Développer ou structurer l'observation et l'analyse afin d'aider à la décision, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes...

Corps du texte :

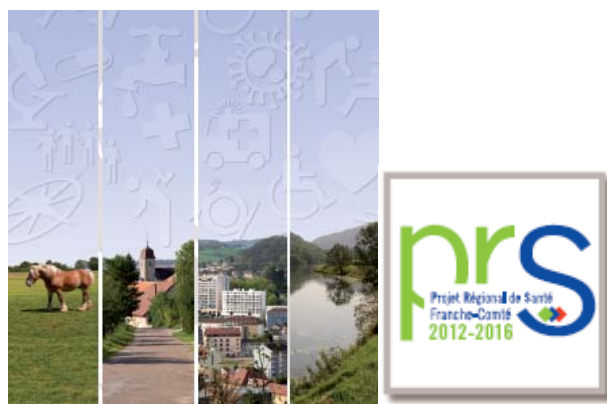
- manque d'enjeux stratégiques dans la formulation,
- structurer l'observation en santé et médico-social dans la région, coordonnée par l'ARS,
- question de l'indépendance en particulier financière des observatoires et particulièrement sur la problématique de l'évaluation
- publication et mise à disposition de données et transparence (moyen évoqué : plateforme de partage)

5.2 Faciliter l'accès à l'information sur l'offre et donner une lisibilité au parcours de soins...

5.3 Documenter le débat public (information en santé publique)



3 – Avis de la commission spécialisée "Prévention"



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05

Objet : avis sur le Schéma régional prévention

Date : 21 novembre 2011

Monsieur le Président,

Lors de sa réunion du 14 novembre 2011, la Commission spécialisée Prévention de la CRSA de Franche-Comté a émis un avis sur le Schéma régional de prévention constitutif du Projet régional de santé.

J'ai le plaisir de vous communiquer cet avis, qui est favorable à l'unanimité.

La commission a d'ailleurs souligné la qualité du projet de document réalisé par les services de l'ARS.

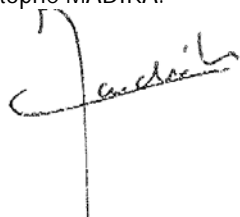
Lors des groupes de travail, des observations ont été formulées et sont jointes au présent avis. Ces observations permettront aux services de modifier la rédaction du SRP pour intégrer ces remarques dans sa version définitive.

Un seul point a fait l'objet d'une réserve particulière ; il s'agit de la fiche relative à la santé au travail. La Commission spécialisée prévention souhaite que la présentation soit harmonisée avec la présentation des autres fiches, que sa rédaction soit coordonnée avec la Direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), les caisses de Sécurité sociale (CARSAT, MSA, RSI) et le PRST (Plan régional de santé au travail).

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma parfaite considération.

Le Président de la Commission spécialisée Prévention,

Christophe MADIKA.



Remarques formulées par la Commission

Les observations sont décrites fiche par fiche.

- En noir figurent les modifications portant sur les objectifs et qui impactent directement le schéma et les futures actions.

- En bleu, les observations qui relèvent des éléments de contexte ou de diagnostic.

Partie introductive

Un paragraphe devrait évoquer la nécessité de consentir à la prévention des moyens en adéquation avec les ambitions du schéma.

Fiche « Addictions »

Concernant les objectifs

Le souhait est de ne pas cibler certaines associations au risque d'en oublier d'autres et de supprimer les objectifs qui font référence à des actes administratifs (ex signature de convention) qui ne sont pas de même niveau que les autres objectifs. La commission propose de réunir les objectifs 1.3.2 et 1.3.3

Le souhait est de parler des toutes les addictions qu'elles soient licites ou illicites. La commission propose de remplacer le terme « *drogues illicites* » par « *addictions* » dans le 1.3.3.

Il a été noté que la notion de parentalité dans l'accompagnement des adolescents face aux addictions était très peu abordée.

Observations sur le contexte et le diagnostic

Dans les actions engagées, dans le département du Doubs, l'ANPAA n'apparaît pas alors qu'elle a mené plusieurs actions.

Dans les actions engagées en Région, l'ANPAA souhaiterait être identifiée avec leurs numéros départementaux.

Dans les acteurs impliqués, l'ANPAA souhaiterait que « *Les associations locales, départementales et nationales de l'ANPAA* » soient remplacées par « *Le comité régional et les comités départementaux de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de Franche-Comté* ».

Dans la partie « transversalité interinstitutionnelle », du fait de leur implication et de leur responsabilité en direction des jeunes, ajouter « *Avec les collectivités territoriales* ».

Dans la partie acteurs remplacer « *médecine scolaire* » par « *santé scolaire* ».

Dans pistes d'orientation noter 4 réseaux à la place de 5.

Fiche « Cancer »

Concernant les objectifs

Idem fiche précédente : supprimer les objectifs qui font référence à des actes administratifs : ex renforcer les liens entre structures qui ne sont pas de même niveau que les autres objectifs. D'autre part, le lien à établir concerne le registre et ses deux entités (25 et 90) avec l'ADECA.

La commission propose donc de **supprimer de l'objectif n° 1.**

L'objectif n° 2 devient l'objectif n° 1.

La notion de réduction des inégalités ne concernent que les dépistages organisés (2.1.1 et 2.1.2) : or cette préoccupation concerne tous les niveaux de prévention.

Aussi, la commission propose d'**ajouter un 1.1 « Réduire les inégalités territoriales en matière de prévention »** qui apparaît comme prioritaire au groupe.

L'objectif n° 2 deviendrait **« Adapter l'organisation du dépistage aux réalités territoriales »**

Ajouter un 2.1 « Renforcer la coordination et la communication entre les acteurs concernés dans les zones dont le taux de participation est inférieur au taux recommandé par l'INVS »

Objectif n° 4 : remplacer les « aux facteurs de risque » par « à certains facteurs de risque »

Dans le 4.1 : remplacer la « Poursuite de la lutte contre le tabac et l'alcool » par « Poursuivre la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme »

Observations sur le contexte et le diagnostic

Dans les actions déjà engagées, sur Octobre Rose, ajouter la présence de la Mutualité française Franche-Comté (MFFC).

Fiche « Education thérapeutique du patient »

Concernant les objectifs

Pas de demande de modification

Observations sur le contexte et le diagnostic

La Mutualité française (MFFC) observe qu'il n'est pas fait mention de la participation des mutuelles au financement des nouveaux modes de rémunération alors que fixé en objectif.

Dans « Faiblesses » du paragraphe « diagnostic », remplacer « accompagnant » par « accompagnement »

Mentionner que l'ETP a un rôle très important et spécifique à jouer auprès des personnes atteintes de maladies rares.

Fiche « Environnement - Santé »

Concernant les objectifs

Ajouter à l'objectif 2.1.3 la notion de limitation des nuisances visuelles. Cet objectif pourrait alors être ainsi libellé : *"Améliorer l'acoustique et l'éclairage des locaux accueillant des enfants"*.

Ajouter deux objectifs :

- *"Assurer l'information des promoteurs/concepteurs de bâtiment sur les risques environnementaux afin qu'ils soient pris en compte dès la conception des projets immobiliers"*
- *"Informers les intervenants dans les bâtiments (société de nettoyage. ...), sur les risques environnementaux afin qu'ils les détectent et contribuent à leur prévention"*

Fiche « Maladies chroniques »

Concernant les objectifs

Pour une question d'importance et de progressivité des objectifs, la commission propose d'inverser le 2.4 et le 2.5

De façon à préciser l'aide à apporter aux aidants dans ce nouveau 2.5, remplacer « *Soutenir les aidants* » par « *Soutenir et valoriser le rôle des aidants non-professionnels en matière de prévention* »

Observations sur le contexte et le diagnostic

Souhait de distinguer les maladies rares des maladies chroniques

Fiche « Maladies infectieuses dont maladies à prévention vaccinale »

Concernant les objectifs

Du fait des épisodes récents de rougeole qui se sont produits en Franche-Comté et de la gravité de ses complications, la commission propose d'ajouter un objectif 10.4 « *Surveiller et améliorer la couverture vaccinale de la rougeole* »

Observations sur le contexte et le diagnostic

La Mutualité française fait observer qu'elle a participé à l'amélioration du taux de couverture vaccinal par la diffusion sur le réseau mutualiste des documents.

Fiche « Nutrition »

Le sous-groupe n'a pas eu le temps d'explorer cette fiche.

Observations sur le contexte et le diagnostic

Observations de la Mutualité française (MFFC) : centrage important sur l'obésité, peut-être au détriment de la prévention primaire. Ne faudrait-il pas insister sur le rituel du repas, de la convivialité ?

Concernant la contractualisation avec les EHPAD, la Mutualité s'interroge sur le type de contractualisation et demande si des études de prévalence ont été menées en EHPAD.

Concernant la déclinaison du PNNS en Région, malgré la mention de la Mutualité dans le plan obésité national, pas de reprise dans le schéma de prévention.

Fiche « Périnatalité, éducation à la sexualité, contraception, IVG »

Concernant les objectifs

La commission insiste sur la nécessité de considérer les IVG pour l'ensemble des femmes et d'être vigilant sur le suivi du nombre de femmes recourant plusieurs fois à l'IVG dont la proportion ne cesse d'augmenter, pour des raisons multifactorielles et qui nécessite une prévention et un accompagnement adapté. Elle propose dans l'objectif 1, d'ajouter un objectif visant une prise en charge globale et psycho-sociale des femmes en amont ou en aval de l'IVG.

Retirer de l'objectif 1.3, le qualificatif « jeunes » devant le groupe de mots « femmes en âge de procréer ».

Les problèmes des parents déficients intellectuels ne sont pas abordés dans cette fiche. La commission propose d'ajouter dans l'objectif 4 plusieurs sous-objectifs axés sur parentalité et déficience intellectuelle des parents :

- 4-1 Structurer et renforcer le dépistage et la prise en charge périnatale dès lors que les parents sont déficients intellectuels ;

- 4-2 Assurer une coordination de professionnels destinée à soutenir la parentalité de personne en situation de déficience intellectuelle et de prévenir précocement l'apparition de troubles ou de retard de développement chez leurs enfants ;

- 4-3 Faire le lien avec l'organisation des soins par ex en créant un lieu par bassin de naissance (1 à 2 places) d'évaluation et de prise en charge avant orientation définitive des situations de périnatalité chez des parents porteurs de déficience intellectuelle (adossement hôpital, établissement médico-social).

Dans transversalité interinstitutionnelle de cette fiche, ajouter la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

L'exploitation régionale de l'enquête ELFE n'étant pas actuellement prévue enlever « *et exploitation régionale* » dans la rubrique « évaluation/Indicateurs de suivi » concernant l'enquête Elfe.

Observations sur le contexte et le diagnostic

La Mutualité (MFFC) fait observer que la formation et l'information des professionnels libéraux auprès du public occupent une place très importante dans cette fiche. Elle suggère d'insister également sur le besoin d'outils pédagogiques de ces mêmes professionnels.

Dans les pistes d'orientation relatives aux parents déficients intellectuels sont proposés les ajouts suivants :

- « *Coordination professionnelle autour de ces situations sur le modèle de la COPA de Besançon (ADAPEI, CG25 et CAMSP) à laquelle on pourrait ajouter les services hospitaliers (maternité, pédopsychiatrie, pédiatrie, réseau périnatal) dans les bassins de naissance qui en sont dépourvus* ».

- « *Lieu d'évaluation pluri partenarial et/ou pluri-professionnel avec hébergement (adossé à l'hôpital, à un établissement médico-social...) permettant la prise de décision pour une orientation adéquate* ».

Fiche «Personnes âgées»

Concernant les objectifs

Ajouter deux objectifs :

- *"Prévoir la possibilité d'une prestation « activation du lien social/lutte contre l'isolement » réalisable par les services d'aide à domicile -SAAD "*
- *"Ancrer les modalités d'une collaboration interinstitutionnelle efficace pour la lutte contre l'isolement "*

Observations sur le contexte et le diagnostic

Les liens de la fiche avec les autres schémas identifient le SROS et le SROMS mais ne font pas apparaître de lien avec la fiche HAD du SROS. Il est proposé d'y ajouter cette fiche "HAD"

Fiche «Personnes en situation de handicap»

Concernant les objectifs

Il serait pertinent de rappeler dans le schéma régional prévention un objectif qui figure déjà dans le SROMS : « *développer la formation, l'aide aux aidants et la mise en place de structures de répit* »

Fiche «Petite enfance de 1 mois à 6 ans »

Le sous-groupe n'a pas eu le temps d'explorer cette fiche.

Fiche «Personnes en situation de précarité / vulnérabilité»

Concernant les objectifs

Ajouter un objectif :

- *"Faire connaître et promouvoir les droits ou les aides à une couverture « maladie » de base et complémentaire (CMU/CMU-C/ACS)"*

Fiche «Personnes placées sous main de justice»

Concernant les objectifs

Ajouter dans l'objectif 1.1.3 la participation de la PJJ aux réunions CPU

Observations sur le contexte et le diagnostic

Dans le tableau "Actions déjà engagées" du diagnostic régional, il faut noter :

- que parmi les différents intervenants, il y a une présence en continue d'éducateur de la PJJ au quartier mineurs. Ces 3 éducateurs qui s'y relayent, le responsable d'Unité éducative en charge du quartier mineur ainsi que la psychologue du Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert et d'Insertion (SREMOI) de Besançon participent à la CPU Mineurs.
- que la prévention et le repérage du risque suicidaire chez les mineurs sont également activés à la CPU
- qu'il existe également au quartier mineurs de la maison d'arrêt de Besançon une action d'éducation à la santé autour des consommations de substances psycho actives et des conduites à risque menée conjointement avec l'ANPAA et les éducateurs PJJ présents en Maison d'Arrêt, de manière pérenne.

Dans la partie "Acteurs", il conviendrait de préciser la participation des éducateurs PJJ référents quartier mineurs

Fiche «Santé mentale»

Concernant les objectifs

Ajouter un objectif :

- *"Développer des actions de prévention vis à vis de populations spécifiques et à risque de souffrances psychiques"*

Compléter l'objectif 1.2.4 en précisant que les EMPI doivent être développées pour aller également au devant des publics mineurs adolescents en souffrance ou en errance.

Observations sur le contexte et le diagnostic

Dans le diagnostic régional, partie "faiblesses", il faut noter :

- les EMPI ne viennent pas au devant des publics mineurs
- il y a une difficulté de couverture égale du territoire malgré l'implantation de la MDA de Besançon (public adolescents Besançon et grande couronne) et les projets de MDA sur Dole et l'Aire Urbaine

Dans le chapitre "Acteurs", il conviendrait d'ajouter le personnel pénitentiaire et le personnel PJJ

Dans la transversalité, il convient de préciser la coopération des acteurs DISP de Strasbourg et DIRPJJ Grand Est.

Fiche «Santé au travail»

Observations sur le contexte et le diagnostic

Un souhait est porté sur la présentation de cette fiche de façon à être harmonisée par rapport aux autres fiches du schéma. Par ailleurs, compte tenu des champs de compétences de la DIRECCTE et de la CARSAT, et des objectifs proposés, il serait souhaitable que soit précisé pour chacun d'entre eux en lien avec la DIRECCTE, la CARSAT et la MSA si ces structures y sont favorables. Dans le cas contraire, il conviendrait pour ces objectifs de s'interroger sur l'opportunité et la capacité pour les acteurs évoqués dans le schéma de les réaliser seuls.

Dans la partie "Acteurs", il convient d'ajouter les organisations syndicales et patronales.

Fiche «VAGUSAN»

Le groupe ne s'estime pas compétent pour faire des remarques sur cette fiche.

4 – Avis de la commission spécialisée "soins"



Objet : avis sur le Schéma régional organisation des soins (SROS)

Date : 21 novembre 2011

Monsieur le Président,

Selon les textes, la Commission spécialisée Organisation des Soins a préparé l'avis rendu par la CRSA sur le Schéma régional d'organisation des soins.

1- La méthodologie

4 rapporteurs ont recueilli les avis et commentaires sur les volets suivants :

- Médecine – Chirurgie – Psychiatrie – Périnatalité – Cancérologie – Imagerie médicale et équipements matériels lourds – Cardiologie interventionnelle
- Soins de suite et de réadaptation - Soins de longue durée – Insuffisance rénale chronique – Soins palliatifs – Soins aux détenus – Hospitalisation à domicile - Cérébro-lésés
- Ambulatoire – biologie
- Missions de service public – Réanimation, soins intensifs, surveillance continue - Urgences – Assistance médicale à la procréation - Diagnostic prénatal – Examen des caractéristiques génétiques – Organisation de la transfusion sanguine

La Commission s'est réunie à 3 reprises :

- 1ere réunion : présentation et débat général
- 2eme réunion : remontée des avis du rapporteur MCO et discussion
- 3eme réunion : remontée des autres rapports, discussion

A chaque réunion, l'activité "ordinaire" de la CSOS était inscrite à l'ordre du jour, à savoir l'examen des autorisations.

2- Les commentaires et remarques

Ils sont de 2 ordres :

- Techniques : ils émanent de responsables de groupes de travail à l'origine de l'élaboration du schéma
- Généraux : ils proviennent essentiellement de la représentation institutionnelle

3- Construction de l'avis

- Fallait-il voter sur le SROS en Commission spécialisée ?
- Fallait-il voter sur l'avis à proposer à la CRSA?

Sur ces 2 points, il n'y a pas eu de vote mais il a été proposé de :

- Définir en séance des grandes lignes qui sous tendent l'avis de la CSOS
- Rendre un document de synthèse en miroir proposant à la CRSA un rendu positif ou négatif argumenté

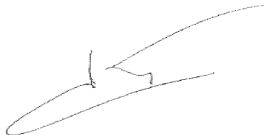
Une première proposition a été adressée aux référents ARS du Schéma Soins, et une rencontre a été fixée avec la Directrice générale de l'ARS.

3- L'avis de la Commission sur le Schéma régional d'organisation des soins

- La commission souhaite confirmer le niveau élevé de concertation dans l'élaboration du schéma et sa discussion
- La commission souhaite rappeler le caractère contraint de constitution et d'examen de ce document malgré des aménagements mis en place par l'ARS
- La commission spécialisée Organisation des Soins invite la CRSA à donner un avis favorable au volet SROS du PRS sous réserve que:
 - o Les commentaires et remarques soient ou inclus dans la rédaction définitive du document, ou adossés en annexe,
 - o Les volets chirurgie et permanence des soins en établissement de santé viennent compléter le document après concertation et avis de la CSOS,
 - o La démographie médicale soit replacée plus fortement au cœur du schéma et les actions entreprises pour en améliorer les perspectives définies et engagées,
 - o La commission spécialisée de l'offre de soins demande à Madame la Directrice de l'ARS que la mise en œuvre du schéma fasse l'objet d'un chiffrage précis, permettant de concerter avec l'agence les priorités de réalisation.

Le Président de la Commission spécialisée Soins,

Jean Michel BADET.



5 – Avis de la commission spécialisée "Médico-social"



Objet : avis sur le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

Date : 21 novembre 2011

Monsieur le Président,

Le SROMS a été examiné et débattu par la commission spécialisée médico-sociale de la CRSA au cours de 5 séances de travail entre le 22 septembre et le 23 novembre.

Je souhaite remercier l'ensemble des membres pour leurs contributions ainsi que les services de l'ARS pour leur disponibilité.

La commission spécialisée médico-sociale est en quelque sorte le porte-parole, si possible entendu, des besoins non couverts à ce jour dans notre Région, et des attentes de terrain exprimées par les professionnels.

La commission donne ***un avis positif sur le SROMS, avis accompagné d'observations ou de préconisations.***

Deux observations générales d'abord :

- le schéma fait état d'un certain nombre de données chiffrées, régionales et nationales, sans doute indispensables, mais dont nous ne pouvons nous contenter en l'état. Une expertise plus fine, plus territorialisée mettra sans aucun doute en exergue des disparités entre territoires franc-comtois que le PRS doit s'attacher à gommer. Un approfondissement du diagnostic général est incontournable.
- La lecture du schéma fait apparaître l'absolue nécessité d'une coordination (sur les objectifs, sur les moyens, sur le calendrier) avec les 4 Conseils Généraux, avec les autres schémas portés par l'ARS (schéma addictologie par exemple) ou par d'autres services de l'Etat (thématique logement), et dans une moindre mesure avec le Conseil Régional (volet formation initiale et continue).

Les observations par champ de publics- cibles :

- ***Les personnes âgées : 3 points de vigilance***
 - La coordination des actions et des interventions dans la prise en charge de la personne âgée doit être au cœur du schéma, au vu de la diversité des acteurs et des spécificités géographiques et démographiques. Une vigilance particulière doit être accordée aux sorties d'hospitalisation des GIR 1 à 4, à la coordination ambulatoire-EHPAD ou SIAD-SAAD-Hébergements.
 - Les liens SIAD – SAAD sont insuffisants tout comme la couverture territoriale de la Région par ces services. La construction de cette coordination est un objectif prioritaire.
 - Dernier enjeu : la formation des professionnels, qu'elle soit initiale ou continue, doit être renforcée. Dans le contexte actuel de moyens des structures, la part du budget des établissements consacrée à la formation est insuffisante. Il convient de conduire une concertation avec le Conseil Régional sur ce sujet.

▪ ***les personnes handicapées : 3 propositions***

- La commission n'a pu que constater l'absence d'une fiche consacrée à la personne handicapée psychique. Elle souhaite qu'une fiche dédiée à la santé mentale psychique soit expressément détaillée dans le schéma.
- Une fois encore la Commission insiste sur le nécessaire renfort de la coordination entre les 3 schémas SRP, SROS et SROMS. La notion de parcours de vie de la personne handicapée psychique, gage de qualité de vie de la personne, doit être réfléchi pour permettre l'autonomie de la personne : projet de vie personnel, état de santé, vie quotidienne, logement, vie sociale et familiale, ressources, insertion professionnelle...
- Le schéma doit apporter des réponses spécifiques par rapport à certains handicaps : par exemple au déficit sensoriel où la réponse est insuffisante dans la majeure partie du Département du Jura. De même, la création d'une palette de réponses aux différentes formes d'autisme est nécessaire sur l'ensemble du territoire régional (plateformes de services implantées territorialement).

▪ ***les personnes vulnérables :***

Une remarque générale : la notion de personne vulnérable est transversale à l'ensemble des populations : personnes âgées, handicapées, en situation de précarité, en situation d'addictologie. Elle est aussi transversale dans l'ensemble du PRS : SRP, SROS et bien sûr SROMS. La commission note l'existence du Schéma Régional d'Addictologie 2009-2013 qui répond à la demande de rédaction d'une fiche spécifique.

Pour conclure, je renouvelle mes remerciements à l'ensemble des membres de la commission spécialisée médico-sociale et des agents de l'ARS pour leur participation, la qualité des échanges et des contributions. Le travail en sous-groupes que nous avons conduit pour la première fois sous cette forme depuis notre installation a été riche, intense et productif.

Monsieur le Président de la CRSA, vous trouverez en annexe l'ensemble des observations émises par cette commission.

Cette commission qui souhaite, désormais, s'impliquer dans la mise en œuvre et le suivi du SROMS. Nous espérons d'autres rendez-vous qui permettront de réaliser des bilans d'étape de ce schéma, dont la vocation est de développer une offre de service correspondant aux besoins de l'ensemble de la population franc-comtoise.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma parfaite considération.

La Présidente de la Commission spécialisée Médico-Social,



Madame Nathalie BERTIN

Remarques et observations sur le Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS)

Introduction

Il conviendrait de rajouter :

- Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
 - . autorisés par les conseils généraux dans le cadre de la loi du 2/01/02
 - . agréés qualité dans le cadre des services à la personne.
- Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).
- Accueils de jour

Préambule

Ces données n'apparaissent pas en cohérence avec les besoins d'une population vieillissante.

Généralités

- Proposer une ligne budgétaire spécifique pour les dépenses de formation continue extra-PAUF, en matière de prise en charge soins, en les inscrivant dans un parcours professionnel obligatoire, permettant cette différenciation d'avec les plans de formations annuels.
 - Nécessité d'une réflexion sur les besoins de qualification proches des compétences soins, par exemple, un plan de qualification polyvalent.
 - Idée d'une mission de coordination assurée par l'ARS
- Le surcoût des frais de personnel de remplacement lors des formations spécifiques soins devrait être porté par l'ARS et ce dans le cadre de la dotation globale.

Volet Personnes âgées

Fiche : Optimiser le maintien à domicile

- Dans les leviers d'action modifier le dernier alinéa comme suit :

- Veiller au développement d'un dispositif de sortie d'hospitalisation pour toutes les personnes âgées en GIR 1 à 4, la question des GIR 5 et 6 étant prise en compte par la SH du GIE IMPA.

et ajouter :

- Travailler à la définition d'une offre spécifique de « sortie d'hospitalisation » répondant aux besoins des personnes âgées en GIE 1 à 4, adaptée (réactivité, souplesse...) et en cohérence avec une approche coût / bénéfice, validée par les pouvoirs publics, du fait de la réalité de certaines des situations visées.

- Le groupe de travail insiste sur les modalités particulières à envisager vis à vis des professionnels concernés, respect des conditions de travail des salariés, prévention des risques professionnels et prise en compte des risques psycho sociaux.
- Mettre en œuvre une expérimentation en s'appuyant sur l'expertise acquise dans le dispositif GIE IMPA, après confirmation des objectifs visés.
- Les exigences en termes de taux d'occupation sont trop élevées, et ne permettent pas de répondre favorablement aux situations d'urgence.
- Nécessité de prévoir des équipes de remplacement.
- Les accueils de jours doivent être développés, car ils répondent à un besoin, et sont une réponse directe à l'aide qui peut être apportée aux aidants.

Cependant, les structures d'accueil doivent être en mesure de proposer un mode de transport pour garantir la pérennité du fonctionnement. Il est indispensable de soutenir financièrement ce transport, soit par une revalorisation du coût du trajet, soit par l'aide à l'acquisition d'un véhicule adapté et à sa conduite (temps de conducteur). Des synergies doivent être développées avec des partenaires externes pour réduire ces coûts. Une réflexion sur le modèle économique d'un système de transport reste à développer (types de véhicules, personnels, modalités de gestion, implantation territoriale du parc,

compatibilité / complémentarité avec d'autres besoins non ou mal couverts en matière de transports, en relation avec le système de santé ou pas, etc).

- Le taux d'équipement en SSIAD est supérieur à celui observé au niveau national. Cependant il nous semble encore insuffisant au regard des besoins, d'une population âgée qui augmente et dans un contexte régional marqué par la ruralité et l'isolement. Actuellement les acteurs de terrain constatent un glissement des tâches des SSIAD vers les SAAD. Ainsi de plus en plus d'aide à domicile dont ce n'est pas la fonction et qui n'en ont pas nécessairement les compétences assument des actes relevant du soin.

- Ajouter :

- Travailler à la définition d'une offre de prestation « sortie d'hospitalisation » adaptée aux besoins des personnes âgées (réactivité, souplesse...) et respectueuse des conditions de travail des salariés (prévention des risques professionnels)
- Mettre en œuvre des expérimentations en s'appuyant sur l'expertise acquise dans le dispositif GIE IMPA

- Les démarches "bienveillance" et "qualité à domicile" doivent bien sûr s'appuyer sur les personnels des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) mais aussi et surtout sur ceux des SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile) qui sont beaucoup plus nombreux * et touchent donc un nombre beaucoup plus important de personnes âgées et d'aidants.

**Chiffres collectif franc Comtois de l'aide à domicile au 31/12/10*

- 440 aides soignantes en SSIAD
- 4600 aides à domicile en SAAD

- L'Hospitalisation A Domicile peut intervenir dans les Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes dans trois champs possibles :

- Période de phase aiguë d'une pathologie.
- Accompagnement de fin de vie
- Favoriser le retour d'une Hospitalisation en établissement

Cette prise en charge est facilitée en EHPAD par :

- Présence continue au chevet du patient
- Médicalisation aisée
- Contexte social maîtrisé

Seuls les critères médicaux doivent être satisfaits.

Ainsi pour développer l'HAD dans les EHPAD, l'objectif est de créer le réflexe de sollicitation des EHPAD.

Pour ce faire, cinq axes doivent être travaillés :

1° Communication avec les personnes ressources des EHPAD sur les critères HAD

- Equipe de direction (Administratif et soins)
- Médecin coordonnateur EHPAD
- Médecins traitants des résidents

2° Développer le lien sur des thématiques précises :

- L'accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs sont de véritables besoins en EHPAD. A ce titre, l'HAD pourrait apporter son expérience et son savoir faire en relais de l'équipe mobile des soins Palliatifs
- Soins de suite et de réadaptation
- Prise en charge de la douleur

3° Evaluer rétrospectivement sur 2 EHPAD par exemple, tous les dossiers d'hospitalisation en établissement durant une période donnée pour identifier les possibilités de retarder ou écourter l'Hospitalisation traditionnelle avec l'intervention de l'HAD.

4° Incrire aux CPOM ou convention tripartite des EHPAD, le conventionnement avec l'HAD. Ceci permettra d'inciter les demandes de collaborations.

5° Intégrer la collaboration entre les EHPAD et l'HAD dans les CPOM respectifs et procéder à son évaluation.

- Conclusion

La collaboration EHPAD et HAD pourrait permettre de limiter la perte de journées hébergement et dépendance facturées pour les EHPAD.

Une collaboration régulière EHPAD et HAD permettrait également la création de mini antenne avancée pour l'HAD.

Fiche : Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD

- Le problème du ratio encadrement des centres accueillant des personnes présentant des troubles Alzheimer et apparentés : prévoir un ratio différencié pour les structures spécialisées, différent de celui des EHPAD

Il serait important de prendre en compte le plan solidarité grand âge qui préconise un taux d'encadrement un pour un dans les établissements ou services accueillant en majorité des personnes présentant des troubles Alzheimer et apparentés.

- Unités Alzheimer :

Les unités pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés disposent d'une liste d'attente importante et répondent incontestablement à un réel besoin.

Elles nécessitent des moyens humains adaptés et supérieurs au ratio d'encadrement moyen de 0,56 ETP par résident.

La réalité est différente : les unités Alzheimer qui sont intégrées dans les établissements « classiques » ne disposent pas de moyens humains supplémentaires, malgré le Plan Solidarité Grand Âge.

Cette prise en charge spécifique demande pourtant un renfort de personnel, des efforts doivent être faits en ce sens. Il n'est pas concevable de créer des tarifs différenciés, reportant le financement de la dépendance sur les résidents atteints par cette maladie. Ce serait la double peine.

- Certaines consultations mémoires doivent être délocalisées dans les structures d'accueil pour personnes âgées, car les résidents à mobilité réduite ont beaucoup de mal à se déplacer à l'extérieur.

- Ajouter un indicateur de suivi : le nombre de salariés formés par l'équipe mobile de soins palliatifs EMSP

Fiche : Conforter la démarche Qualité

- Importance d'un accompagnement de la démarche d'évaluation interne des établissements et services, par un professionnel qualitatif. Il faut créer un GIP RéQuaMS dont le financement doit être tripartite : ARS, CG et les établissements ou services. Le RéQuaMS doit être un véritable diffuseur de qualité et de suivi permanent. La mutualisation des moyens humains « qualitatif » ne peut passer que par un organisme solide comme le RéQuaMS.

Volet Personnes handicapées

Préambule

- Le taux d'équipement par rapport à la moyenne nationale n'est pas une cible.

Introduction

- Lister les différents types de handicap

Généralités

- Les besoins des personnes handicapées psychiques adultes ne font l'objet d'aucune fiche dédiée.

Il est souhaité une approche médico-sociale "Accompagnement et logement" concernant ces adultes, intégrant les réflexions du rapport IGAS 08/11.

Fiche : Développer un parcours de soins optimisé

- Préciser que tous les troubles "Dys" (Dysphasie Dyslexie Dyspraxie) entrent dans le champ de la MDPH et viennent impacter le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire.

- Besoin d'un référent ARS dans les CDAPH.

Fiche : Soutenir le maintien à domicile

- Mise en place de passerelles entre secteur enfants et secteur adultes. Exemple : prise en compte du tuilage à 19 ans, entre le SESSAD, l'Impro et/ou le service d'insertion professionnelle.

IME, SESSAD : après 20 ans, nécessité d'un dispositif pour la bonne articulation de la sortie du secteur enfant et l'entrée dans le secteur adultes.

- Inscrire les besoins de SAMSAH spécialisés, de GEM...

- Réflexion à mener sur les dispositifs ULIS Lycées et leurs limites avec les CFA, MFR, le Conseil Régional et le secteur médico-social pour favoriser les formations par alternance et créer la synergie nécessaire.

- Besoin de mise en place du PRITH.
- Evaluation de l'efficacité de l'accompagnement des AVS.
- Utilisation des dispositifs de droit commun par le biais d'une convention de partenariat entre les Missions Locales et le secteur médico-social pour l'utilisation des outils tels que le CIVIS, le CIFA et les différents ateliers proposés par la MILO : préparation au permis de conduire, gestion du budget.
- Développer l'apprentissage en Impro pour les personnes autistes et les passerelles IME/MAS/FAM/ESAT. Ces structures étant à créer ou à développer de façon significative.

Fiche : Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité

- Faire apparaître que l'évolution législative est indispensable afin de permettre la mise en œuvre des modalités d'accompagnement en fonction de l'évolution de l'enfant. Exemple : prise en charge simultanée type SESSAD et IME, ou SESSAD ou internat.
- Indicateurs de suivi référentiels : listes d'attente, nombre de personnes en amendement Creton, nombre de places créées.

Fiche : Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent

- Le Centre de Guidance Infantile ne figure pas dans les structures assurant la prise en charge des enfants présentant un handicap psychique.
- Mise en place de passerelles multi partenariales PJJ/Sanitaires/Médico-sociales.

Fiche : Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement

- Contribuer à favoriser les modalités d'accompagnement et de prise en charge multidisciplinaires fondées sur des approches thérapeutiques et éducatives reconnues par l'ARS.
- Ajouter "et des parents" dans le levier d'action :
Mener des réflexions sur l'accompagnement et les besoins de formation des professionnels des aidants *et des parents*.
- Intégrer à tous les niveaux de façon précise dépistage, accompagnement précoce, prise en charge.
- Contribuer à favoriser les modalités d'accompagnement et de prise en charge multidisciplinaires fondées sur des approches thérapeutiques et éducatives reconnues par l'ARS.

Volet Personnes vulnérables

Généralités

- Créer une fiche Addictions : la prise en compte récente des addictions dans le PSRS en tant qu'objectif 2-5 dédié à la prévention et à la prise en charge de cette problématique est remarquable. La déclinaison de cette orientation dans le projet SROSM paraît être une entrée populationnelle peu concordante avec le périmètre réel du champ des addictions. Ce domaine recouvre un ensemble de conduites très variées dans leurs expressions, leurs intensités et leurs conséquences, nécessitant des réponses plurielles puisque s'adressant à des populations extrêmement diversifiées.

Fiche : Personnes vulnérables

- Mettre en place un soin résidentiel, prendre en compte le manque de solutions de soin résidentiel en addictologie de type CTR ou Appartements Thérapeutiques.
- Difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux :
Une sous-partie supplémentaire pourrait préciser les difficultés inhérentes à la spécificité de la prise en charge et au manque de diversité des réponses quant à la situation des personnes présentant une problématique addictive très avancée.

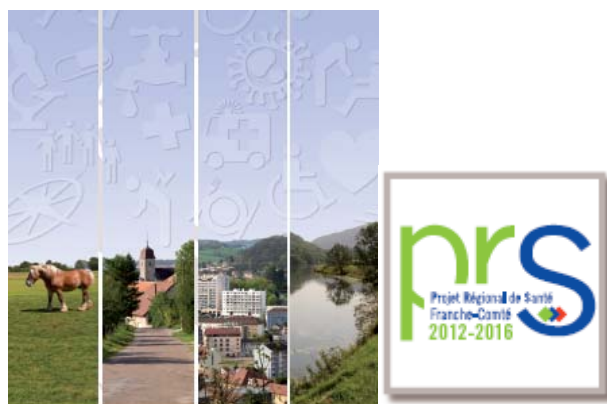
- Il n'existe pas de réponses en terme de structure de soin résidentiel spécialisée en addictologie de type CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel) ou CAARUD avec hébergement (Centre d'Accueil, d'Accompagnement et de Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) où une personne poly-addictée peut être accueillie et accompagnée, dans la durée de 6 mois à un an ou plus, quelque soit sa situation addictive, (c'est-à-dire en amont d'une interruption totale de consommation). L'expérience montre qu'il en va de même pour tout autre dispositif aspécifique tel les ACT ou LHSS.

- Leviers d'actions :

Mettre en concordance les moyens financiers aux missions à mener : la baisse conséquente des financements dès l'année de sa constitution -2011 ne pourra lui permettre de garantir dans la durée l'opérationnalité des leviers d'actions notés pages 140, notamment, l'intervention des médecins du GAFC auprès des médecins libéraux et des maisons de santé.



6 – Avis de la Conférence de Territoire



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05



Conférence de territoire

Dossier suivi par : Corinne BERNIARD
Courriel : corinne.bernard@ars.sante.fr

Téléphone : 03.81.47.88.53
Télécopie : 03.81.83.22.05

Réf. : 131/11
Date : 17 novembre 2011

Bruno HERRY

Président de la
Conférence Régionale de la Santé et
de l'Autonomie
de Franche-Comté

Monsieur,

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) inscrit le Projet régional de santé et le constitue d'un plan stratégique régional de santé, de schémas et de programmes régionaux.

S'agissant du Schéma régional d'organisation des Soins (SROS), la Conférence de Territoire a été consultée pour rendre son avis sur la proposition soumise par Madame la Directrice générale de l'Agence régionale de santé.

Dans ce cadre, j'ai le plaisir de vous adresser les préconisations émises par la Conférence de Territoire suite aux réunions des Espaces d'animation territoriale.

Je vous prie, d'agrée, Monsieur, l'expression de ma considération.

Le Président
de la Conférence de territoire

Patrick GENRE

Avis de la Conférence de territoire sur le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)

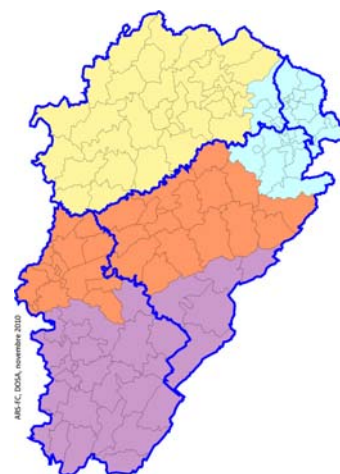
(Séance plénière du 16 novembre 2011)

1- Contexte

Dans le but de répondre à l'esprit de la loi sur la démocratie de proximité, quatre Espaces d'animation territoriale (EAT) ont été constitués au sein de l'unique Territoire de santé de Franche-Comté.

Il s'agit de :

- l'Espace d'animation territoriale central (Besançon, Dole) ■
- l'Espace d'animation territoriale de Haute-Saône (Vesoul, Lure, Luxeuil, Gray) ■
- l'Espace d'animation territoriale de l'Aire urbaine (Belfort, Montbéliard, Héricourt) ■
- l'Espace d'animation territoriale de l'Arc jurassien (Lons le Saunier, Pontarlier, Morteau) ■



Ils correspondent à des lieux de débat et de concertation avec l'ensemble des acteurs travaillant ou vivant sur chaque espace.

En septembre 2011, la Directrice de l'ARS a soumis, comme le prévoit la loi, les 3 Schémas pour avis à la CRSA ainsi que le SROMS à la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) médicosociale. Afin d'associer le maximum d'acteurs à cette réflexion, la Directrice de l'ARS a souhaité aller au-delà de ces consultations obligatoires. C'est ainsi que la Conférence de territoire pour le SROS, en lien avec les quatre Espaces d'animation territoriale, a été sollicitée.

2- Méthodologie

Les groupes de travail des EAT se sont rencontrés à Vesoul (11 octobre), Montbéliard (17 octobre), Dole (25 octobre) et Pontarlier (2 novembre). Cette consultation s'est terminée par la plénière de la Conférence de Territoire, le 16 novembre à Belfort.

3- Avis de la Conférence de territoire

Les préconisations présentées en séance plénière le 16 novembre 2011 ont été soumises au vote :
Les membres présents ont voté à l'unanimité les préconisations suivantes

4- Remarques, préconisations sur le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) du Projet régional de santé (PRS)

Enjeu / Priorité PRS	Objectif PRS	Préconisations de la Conférence de Territoire
<i>Transversalité</i>		1- La Conférence de Territoire sera très attentive aux mesures mises en place par l'Agence régionale de santé et des autres partenaires pour répondre à la démographie médicale et para médicale.
<i>Enjeu 1 : Assurer à tous les Francs-Comtois une offre de santé de qualité et de proximité répondant aux meilleures pratiques et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire et maîtrisé</i>		2- La Conférence de Territoire demande l'actualisation régulière (semestrielle) de la carte des zones de fragilité en incluant une dynamique avec la définition des zones à risque potentielles et des zones fragiles effectives. 3- La Conférence de Territoire considère comme axe majeur pour 2012 le regroupement des plateaux techniques et souhaite être tenue au courant en amont des mesures prises afin de garantir une équité de traitement entre les différents espaces géographiques et souhaite être intégrée dans le travail de définition des éléments de programmation.
Priorité 3 : <i>Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'usager</i>	Objectif 3.1 : <i>Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé</i>	4- La Conférence de Territoire souhaite connaître les mesures prises pour accompagner les hôpitaux dits de pôles (Vesoul, Lons le Saunier, Pontarlier,...) et ainsi connaître les missions des ex. hôpitaux locaux. 5- La Conférence de Territoire souhaite connaître le positionnement précis de l'ARS sur le rôle, les missions, les compétences des ex. hôpitaux locaux. 6- La Conférence de Territoire attire l'attention de l'ARS de l'intérêt que représente le développement des coopérations et souhaite voir développer ce point dans le Projet régional de santé. 7- La Conférence de Territoire souhaite une mise en place de gardes sur l'ensemble du territoire en développant la coopération publique / privé. 8- La Conférence de Territoire demande que l'ARS précise les moyens mis en place pour le développement des maisons, centres et pôles de santé et souhaite connaître les critères d'agrément utilisés pour leur implantation.

Enjeu / Priorité PRS	Objectif PRS	Préconisations de la Conférence de Territoire
<p>Priorité 3 : <i>Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'usager</i></p>	<p>Objectif 3.2 : <i>Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention</i></p>	<p>9- La Conférence de Territoire considère la problématique des transports comme un axe majeur et souhaite connaître les mesures envisagées par l'ARS pour y répondre compte tenu de la problématique de l'accessibilité géographique aux soins.</p> <p>10- La Conférence de Territoire souhaite connaître les moyens donnés au CHRU pour répondre à son rôle d'appui régional afin de développer et pérenniser l'irrigation du territoire (travail en réseau, conventions, ...)</p>
<p>Priorité 3 : <i>Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'usager</i></p>	<p>Objectif 3.4 : <i>Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant un plus grande lisibilité au parcours de soins</i></p>	<p>11- La Conférence de Territoire attire l'attention de l'ARS sur le parcours du patient (avant, pendant et après l'hospitalisation) et souhaite connaître en outre les mesures préconisées par l'ARS dans le cadre du PRS en relation avec les autres acteurs tels que les Conseils Généraux, le CODERPA, la Mutualité, ...</p> <p>12- La Conférence de Territoire souhaite connaître les passerelles mises en place entre l'hôpital et le médico-social dans le parcours de soins et particulièrement chez les enfants et les personnes âgés.</p>
<p>Priorité 4 : <i>Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge</i></p>	<p>Objectif 4.1 : <i>Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet</i></p>	<p>13- La Conférence de Territoire souhaite que soient développés les dispositifs facilitant l'hospitalisation à domicile ou de tout autre maintien à domicile et souhaite connaître les moyens mis en place par l'ARS sur cette thématique</p>



7 – Avis du groupe de travail CRSA sur Télémédecine



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05

Objet : avis sur le programme régional de télémédecine

Date : 2 décembre 2011

Monsieur le Président,

Conformément aux décisions de la commission permanente du 19 septembre 2011, le groupe de travail émanant de la CRSA a préparé l'avis rendu par la CRSA sur le programme régional de télémédecine.

1- La méthodologie

Un appel aux membres de la CRSA a été lancé. Un groupe de travail a été constitué de volontaires de la CRSA. Le programme de télémédecine a été communiqué aux membres du groupe de travail qui s'est réuni le 2 décembre.

2- Les commentaires et remarques

Le groupe de travail regrette :

- un délai contraint pour donner un avis.
- l'implication tardive des membres de la CRSA à la définition des grandes orientations régionales en matière de télémédecine ; Un groupe de travail réunissant des professionnels de terrain aurait permis une analyse plus complète des besoins.

Le groupe de travail propose les orientations complémentaires suivantes :

- Intégration de la téléexpertise en matière de cancérologie (RCP, DCC...) ou d'anatomocytopathologie
- Expérimentation du suivi de malades chroniques à domicile dans le cadre du projet de la maison de santé de Saint Loup sur Semouse (coopération médecins-infirmier(e)s)
- Expérimentation du dépistage de la rétinopathie chez les patients diabétiques par le pôle de santé de Belfort
- Extension de l'expérimentation du suivi des plaies chroniques sur d'autres territoires.

Le groupe de travail souhaite un accompagnement de la part de l'agence sur ces expérimentations.

Le groupe de travail insiste sur l'importance d'inclure la satisfaction du patient dans l'évaluation du dispositif.

Le groupe de travail estime que le développement de la télémédecine ne peut s'affranchir d'une réflexion sur le financement des actes de télémédecine.

Le groupe de travail souhaite qu'aux côtés des maisons de santé et pôles de santé, les centres de santé soient cités.

3- L'avis

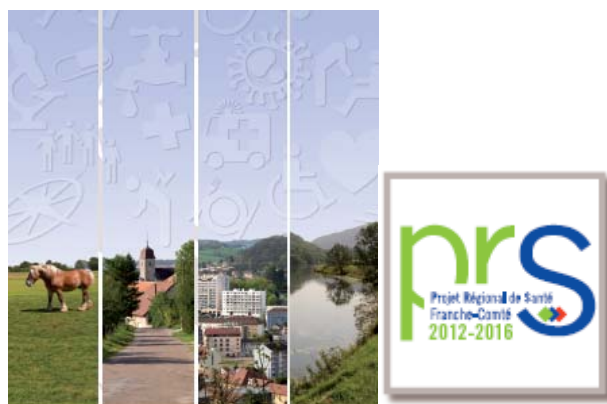
Le groupe de travail invite la CRSA à donner un avis favorable au programme de télémédecine sous réserve que les commentaires et remarques soient inclus dans la rédaction définitive du document ou adossés en annexe.

Marie-Pierre COLIN

Membre suppléant du Collège 7 - Référente du groupe de travail Programme Télémédecine.



8 – Avis du groupe de travail CRSA sur PRAPS



Monsieur le Président
de la Conférence régionale de
la santé et de l'autonomie

Groupe de travail sur le Programme régional
d'accès à la prévention et aux soins

Date : 30 novembre 2011

Monsieur le Président,

Conformément aux décisions de la commission permanente du 19 septembre 2011, le groupe de travail émanant de la CRSA a préparé l'avis rendu par la CRSA sur le programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

1- Méthodologie

Un appel aux membres de la CRSA a été lancé pour composer un groupe de travail spécifique. Huit membres de la CRSA se sont inscrits pour travailler sur le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

2- Les commentaires et remarques

Le groupe de travail souligne la qualité de la collaboration avec les services de l'ARS au cours de ces travaux : éclairage technique, disponibilité et efficacité.

Le groupe de travail donne un avis positif sur la PRAPS, avis accompagné d'observations ou de préconisations. L'ensemble des remarques sera annexé à l'avis final de la CRSA rendu à la DGARS

3- Observation d'ordre général

Ce programme obligatoire est d'une grande complexité.

Le PRAPS de Franche-Comté est exhaustif et le diagnostic approfondi. Il fait apparaître la nécessité d'une vision décloisonnée et globale des problématiques par les acteurs institutionnels et de terrain. Il ne peut se construire par des approches unilatérales.

4- Observations concernant le diagnostic

La lecture du diagnostic fait apparaître la difficulté d'agir durablement et de travailler en profondeur pour améliorer l'état de santé de ces populations. Nous ne pouvons que faire face à l'urgence. Par ailleurs, devant un système de santé qui ne privilégie plus les soins humains car considérés comme trop « onéreux » et des dépassements d'honoraires, les inégalités sociales de santé constatées ne pourront que s'aggraver à moyen terme et long terme.

4-1 Préconisation concernant la population

Le diagnostic souligne que l'effet de seuil de la CMU-C génère de nouveaux précaires devant la santé. Cette population n'entre pas dans la définition stricto sensu de vulnérabilité ou de pauvreté. Or, ses moyens financiers ne lui permettent pas ou plus d'adhérer à une complémentaire. Elle se retrouve sans couverture complémentaire ou ayant souscrit à une offre basique sans couverture de dépassement d'honoraires.

Le reste à charge de plus en plus lourd pour les ménages, le dépassement d'honoraires des professionnels de santé installés en secteur 2, le contexte économique peu favorable aggravent le renoncement aux soins pour raisons financières.

Il s'agit souvent de salariés aux faibles revenus du travail, d'ouvriers ou employés de petites entreprises qui n'ont pas de mutuelle d'entreprise, de personnes seules...La CNAMTS a demandé aux caisses de travailler sur les sorties d'hospitalisation des moins de 60 ans qui nécessitent une prise en charge adaptée à certaines pathologies. Des réseaux de santé tels les réseaux en addictologie et certains services (notamment oncologie, endocrinologie diabétologie) sont sensibilisés à la prise en compte des difficultés de ces populations et essaient de les identifier.

Cependant, la plupart de ces personnes ne recourent pas au service social et les professionnels de santé exerçant tant au sein des établissements de santé qu'en secteur libéral n'appréhendent pas l'importance de ce renoncement aux soins.

Il apparaît nécessaire :

- ✓ d'informer ces populations sur leurs droits et les aides financières éventuelles auxquelles elles peuvent prétendre,
- ✓ de permettre leur identification sans les stigmatiser au sein des services des établissements de santé,
- ✓ de sensibiliser les médecins généralistes référents et l'ensemble des professionnels de santé installés en secteur 2 autour de cette problématique.

Une réflexion collégiale pour la mise en œuvre d'actions spécifiques doit être engagée. Ces travaux appellent une réflexion collégiale qui pourrait être engagée dans le cadre du groupe technique régional du PRAPS.

4-2 Observations - actions

- Il apparaît prioritaire de promouvoir les actions de prévention, d'éducation à la santé, d'information sur le système de santé et de connaissance des droits destinées aux jeunes.

Ces actions sont ponctuelles et leur impact à moyen et long terme est difficile à mesurer. Une attention particulière devra être portée sur l'implication des jeunes dans la mise en place des projets et sur l'évaluation.

- Insertion socioprofessionnelle. Il est nécessaire d'élaborer des outils qui permettront de mesurer l'impact des ateliers santé dans le parcours individuel d'insertion ou de réinsertion socioprofessionnelle (ex : poursuite d'un parcours de soins débuté dans le cadre d'un atelier).

- L'accès à la prévention et à l'éducation à la santé en milieu rural et en « zones blanches » est une nécessité. Compte tenu du profil des populations et s'agissant de lieux où les dispositifs de droit commun et les services publics sont moins présents, ces actions demanderont un effort et une volonté soutenus dans le temps. Leur méthode d'évaluation doit également être appropriée. Les partenaires qui œuvrent déjà sur le terrain telle la MSA, sont une plus value.

- Le diagnostic souligne que la prise en soins des malades chroniques doit être améliorée, renforcée. Les travaux engagés dans le cadre de la plate-forme régionale d'éducation thérapeutique devront être soutenus.

- Les actions dans le champ de la santé mentale doivent être soutenues. Le travail partenarial et décloisonné autour d'un projet commun permet de les construire. Les illustrations données dans le projet peuvent être également enrichies de l'exemple du CCAS de Montbéliard qui travaille en étroite collaboration avec la PASS psychiatrie de l'Association Hospitalière de Franche-Comté dans le cadre de la cellule de veille sanitaire et sociale. Il est également plus difficile d'accéder aux soins pour les personnes issues de l'immigration et âgées fragilisées par des souffrances mentales liées à leur isolement. Le développement d'ateliers santé au sein des quartiers urbains peut aider à prendre en compte cet isolement et à le rompre.

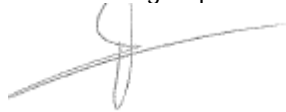
- Certaines actions ne pourront être mises en œuvre financièrement que si la volonté interinstitutionnelle est présente. D'autres nécessiteront articulation et complémentarité entre acteurs et dispositifs présents sur le terrain.

- L'accompagnement vers les dispositifs de droit commun des publics éloignés du système de santé est un objectif prioritaire qui nécessite un travail de proximité avec ces populations. Parallèlement, les usagers en

situation de précarité et/ou d'exclusion doivent être mieux informés sur leurs droits. Cette information doit être développée et accessible.

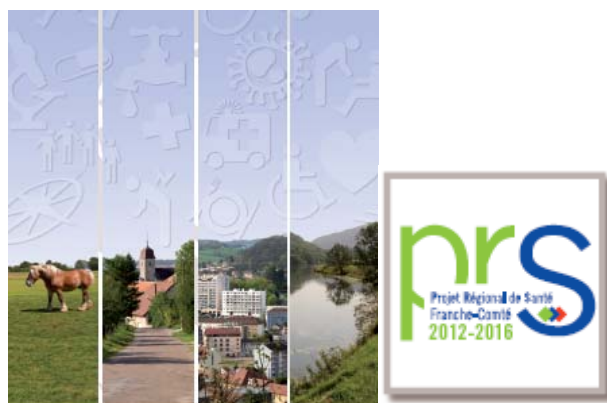
La mise en place du groupe technique régional est nécessaire.

Docteur Philippe CHAPUIS
Membre du collège 7 de la CRSA
Référént du groupe de travail sur le programme PRAPS.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Chapuis', written over a horizontal line.



9 – Avis des différents partenaires ou acteurs sur le Schéma Prévention (SRP)



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Généralités				13/12/2011	ANPAA FC	CRSA	Un regard doit être porté sur la santé des soignants et prendre en compte des actions de prévention relative au burn-out, aux addictions jusqu'au suicide
SRP	Addictions	9	2	Actions déjà engagées	18/10/2011	ANPAA FC	Commission Prévention	Dept Doubs : l'ANPAA n'apparaît pas or elle a mené une action dans le cadre du GRSP au niveau des jeunes scolarisés qui rentrent alcoolisés dans leur établissement (jeunes ivres au Lycée) et dans le cadre de la MILDT, l'ANPAA 25 intervient en maison d'arrêt au quartier des mineurs incarcérés et à la PJJ au niveau des stages de citoyenneté.
SRP	Addictions	10	2	Actions déjà engagées	18/10/2011	ANPAA FC	Commission Prévention	Il serait bien de spécifier que les comités ANPAA de FC 25,39,70,90 mènent les actions de prévention des addictions en collèges et lycées dans le cadre d'une CPOM. Les comités ANPAA sont mieux identifiés avec leurs n° départementaux. Dans les pistes d'orientation, une action
SRP	Addictions	11	4	Acteurs / Programmes	24/10/2011	ANPAA FC	Commission Prévention	Dans les acteurs impliqués, l'ANPAA souhaiterait que "les associations locales, départementales et nationales de l'ANPAA" soient remplacées par "le comité régional et les comités départementaux de l'ANPAA de Franche-Comté
SRP	Addictions	10	2	Pistes d'orientations	18/10/2011	ANPAA FC	Commission Prévention	Il faut noter 4 réseaux d'addictologie et non pas 5
SRP	Addictions				08/11/2011	CHVS GRAY	CRSA	Le CHVS maintient sa demande d'une Equipe de Liaisons et de Soins en Addictologie (ELSA) qui doit être adossée au service d'Urgences. L'incidence des pathologies liées à la maladie alcoolique n'a pas régressé sur la bassin graylois depuis 10 ans, contrairement à la Franche-Comté, et reste la plus forte en Haute-Saône

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Addictions	10	3	Objectifs	24/10/2011	Commission prévention	Commission Prévention	Fondre obj. 1.3.2 et 1.3.3. Dans 1.3.3, remplacer "drogues illicites" par "addictions" qui englobent l'ensemble des dépendances qu'elles soient illicites ou licites Il était noté que la notion de parentalité dans l'accompagnement des adolescents face aux addictions était très peu abordée. En fait, on la retrouve au 2.2 périnatalité
SRP	Addictions	9	2	Pistes d'orientation	24/10/2011	MUT FC	CRSA	Les addictions aux jeux sont abordées dans le préalable mais n'apparaissent pas dans le développement et les orientations (mention des addictions aux produits). La notion de parentalité dans l'accompagnement des adolescents face aux addictions est très peu abordée. La structuration des 5 réseaux en addictologie (p.9) est abordée, or la MFFC a été impliquée fortement dans ce rapprochement, au travers notamment de la construction de la plaquette sur le jeu pathologique (cf. 1ère
SRP	Addictions	12	5.2	Transversalité interinstitutionnelle	21/10/2011	ORS	Commission Prévention	Il me semble que l'on peut ajouter les conseils régionaux et généraux, compte tenu de leur implication et responsabilité face à la formation des jeunes.
SRP	Cancer	17	3	Objectifs	24/10/2011	Commission prévention	Commission Prévention	Suppression de l'obj. 1, l'obj. 2 devient 1 et ajouter obj. 1.1 : "Réduire les inégalités territoriales en matière de prévention" qui apparaît comme prioritaire à la commission L'obj.2 devient "Adapter l'organisation du dépistage aux réalités territoriales" Ajouter 2.1 "Renforcer la coordination et la communication entre les acteurs concernés dans les zones dont le taux de participation est inférieur au taux recommandé par l'InVS" Obj. 4 : remplacer "aux facteurs de risque" par "à certains facteurs de risque" Obj. 4.1 : Inscrire plutôt "Poursuivre la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme"
SRP	Cancer	17	2	Actions déjà engagées	24/10/2011	MUT FC	CRSA	Cet aspect ne se retrouve pas dans la fiche. Sur Octobre Rose : présence de la MFFC sur l'ensemble de la campagne de sensibilisation au même titre que l'ADECA, la Ligue et la CPAM. Or aucune mention de sa participation

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Cancer	17	3	Objectifs	21/10/2011	ORS	Commission Prévention	Parmi les objectifs il me semble qu'il manque un objectif sur la médecine de ville dans la prise en charge des patients
SRP	Education Thérapeutique du Patient	24	2	Pistes d'orientation	11/10/2011	Alliances Maladies Rares - Commission Usagers	CRSA	L'éducation thérapeutique a un rôle très important et spécifique à jouer auprès des personnes atteintes de maladie rare.
SRP	Education Thérapeutique du Patient	24	3	Objectifs	24/10/2011	MUT FC	CRSA	Pas de mention de la participation des mutuelles au financement des nouveaux modes de rémunération, alors que fixé en objectif
SRP	Education Thérapeutique du Patient	22	2	Diagnostic	24/10/2011	MUT FC	Commission Prévention	Dans paragraphe faiblesses : remplacer "accompagnant" par "accompagnement"

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Education Thérapeutique du Patient	22	2	Actions déjà engagées	28/11/2011	AFCD	Conférence de Territoire	Au lieu de "avant 2003 :" inscrire : "depuis 2002 : organisation de formations multi professionnelles en ETP (niveau OMS I, 40 heures), 1 ou 2 sessions /an, ayant formé à ce jour 424 professionnels de santé presque tous appartenant au secteur ambulatoire, dont 133 médecins généralistes"
SRP	Education Thérapeutique du Patient	23	2	Actions déjà engagées	28/11/2011	AFCD	Conférence de Territoire	Au lieu de "diabétologie" : inscrire "Réseau GENTIANE (patients diabétiques de type 2)"
SRP	Environnement Santé	30	2	Actions déjà engagées	24/10/2011	MUT FC	CRSA	Action Peace and lobe : participation importante de la Mutualité dans la construction du projet mais pas de mention de sa participation.
SRP	Environnement Santé	31	3	Objectifs	09/11/2011	MUT Jura	CRSA	Ajouter : - limiter la pollution visuelle - prévention des promoteurs immobiliers sur les risques environnementaux - informer les acteurs intervenants sur les risques environnementaux
SRP	général				09/11/2011	Mut Jura	CRSA	On aurait souhaité trouver dans le schéma une analyse approfondie des causes des affections et difficulté à prévenir afin de pouvoir bien définir les actions de prévention à mener. La question des programmes réellement mis en œuvre sur la durée du PRS (jusqu'à 2016) qui seront arrêtés par la direction de l'ARS et celle des moyens accordés pour y faire face seront déterminantes, mais nous n'avons aucune information sur ces deux questions essentielles à ce jour.

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	général				24/10/2011	MUT FC	CRSA	Double approche rédactionnelle du schéma : thématique (fiches 1 à 8, 14 et 15) et populationnelle (fiches 9 à 13) rendant ambiguë la lecture par les acteurs de la prévention.
SRP	général				21/10/2011	ORS	Commission Prévention	De façon transversale aux différentes thématiques et en réaction à la thématique cancer qui souligne la place du registre des tumeurs, je m'interroge sur l'intérêt de présenter pour chaque thème un dispositif proche ou équivalent, dont le rôle est de suivre l'évolution d'un événement et non de participer à la prévention en tant que telle. Par ailleurs, comme je l'ai déjà précisé, je pense que pour certains thèmes des objectifs devraient être adaptés selon le sexe des personnes : il me semble qu'une prévention spécifique par exemple sur la contraception, sur les risques liés au travail devrait être menée auprès des hommes et auprès des femmes, simplement parce que chacun vit des événements de santé différents et est exposé à des comportements très spécifiques selon le sexe (par exemple et schématiquement les garçons se suicident, les filles font des tentatives de suicide, les garçons consomment de l'alcool au volant tandis que les filles sont anorexiques...)
SRP	Maladies Chroniques	38	3	Objectif 2,6	11/10/2011	Alliances Maladies Rares - Commission Usagers	CRSA	Ne pas confondre les maladies rares parmi l'ensemble des maladies chroniques
SRP	Maladies Chroniques	38	3	Objectif 2	24/10/2011	Commission prévention	Commission Prévention	Dans obj. 2, mettre en 2.4 le 2.5 Dans 2.5, à la place de "Soutenir les aidants" inscrire "Soutenir et valoriser le rôle des aidants non professionnels en matière de prévention"

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Maladies Chroniques	38	2	Piste d'orientation	24/10/2011	MUT FC	CRSA	Fiche d'orientation générale sans véritable choix d'action sur une maladie en particulier.
SRP	maladies infectieuses dont prévention vaccinale	45	2	Actions déjà engagées	24/10/2011	MUT FC	Commission Prévention	Participation de la MFFC à l'amélioration du taux de couverture vaccinal par la diffusion sur le réseau mutualiste des documents : or pas de mention de son action
SRP	maladies infectieuses dont prévention vaccinale	46	3	Objectifs	21/10/2011	ORS	Commission Prévention	prévention vaccinale : ajouter des objectifs sur la rougeole
SRP	Nutrition	58	4	Acteurs / Programmes	24/10/2011	MUT FC	CRSA	L'approche est centrée sur le comportement, sans se limiter à la problématique nutritionnelle. Centrage important sur l'obésité, peut-être au détriment de la prévention primaire. Ne faudrait-il pas insister sur le rituel autour du repas, de la convivialité ? Contractualisation avec les EHPAD. Quel type de contractualisation ? Se base-t-on sur des études qui indiquent la prévalence de personnes dénutries en EHPAD ?
SRP	Petite enfance	81		Acteurs / Programmes	13/12/2011	CG 39	CRSA	Préciser le rôle des CG dans la prévention organisée sur la Protection maternelle infantile
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	81		Acteurs / Programmes	13/12/2011	CG 39	CRSA	Prévention adolescent : Préciser le rôle de l'Education Nationale et des Maisons de l'adolescent

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	65		Pistes d'orientation	21/10/2011	CG 90	Commission Prévention	Coordination professionnelle autour de ces situations sur le modèle de la COPA de Besançon (ADAPEI, CG25 et CAMSP) à laquelle on pourrait ajouter les services hospitaliers (maternité, pédopsychiatrie, réseau périnatal), dans les bassins de naissance qui en sont dépourvus. Lieu d'évaluation pluri partenarial et/ou pluriprofessionnel avec hébergement (adossé à l'hôpital, à un établissement médico social...) permettant la prise de décision pour une orientation adéquate.
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	67	3	Objectifs	21/10/2011	CG 90	Commission Prévention	Obj n°2: de même que le 2.3 faire un 2.3 bis: Structurer et renforcer la filière de prise en charge périnatale des lors que les parents sont déficients intellectuels. 2.3bis 1: assurer une coordination de professionnels destinée à soutenir la parentalité de personne en situation de déficience intellectuelle et de prévenir précocement l'apparition de troubles ou de retard de développement chez leurs enfants. 2.3bis 2: création d'un lieu par bassin de naissance (1 à 2 places) d'évaluation et de prise en charge avant orientation définitive des situations de périnatalité chez des parents porteurs de déficience intellectuelle.
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	66	3	Objectifs	24/10/2011	MUT FC	Commission Prévention	Part importante dans la fiche de la formation et l'information des professionnels libéraux auprès du public. Peut-on également insister sur le besoin d'outils pédagogiques de ces mêmes professionnels, lesquels semblent faire défaut aujourd'hui ?
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	68	6	Evaluation	24/10/2011	ORS	Commission Prévention	la Franche-Comté présentait un taux d'IVG des mineures inférieur à la moyenne française début 2000 et ce taux d'IVG a plus augmenté dans la région qu'en moyenne en France. On peut penser que cette augmentation ne traduit pas une augmentation des grossesses non désirées chez les mineures mais une augmentation des décisions des jeunes femmes de ne pas mener une grossesse en étant mineure, et dans ce sens une certaine normalisation des comportements.... Je me permets donc d'insister sur la nécessité de considérer les IVG pour l'ensemble des femmes et d'être vigilant sur le suivi du nombre de femmes recourant plusieurs fois à l'IVG dont la proportion ne cesse d'augmenter, pour des raisons multifactorielles et qui nécessite une prévention et un accompagnement adapté (notamment à travers une prise en charge psycho-sociale).
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	62	2	Diagnostic	21/10/2011	ORS	Commission Prévention	Sur ce thème, la diagnostic régional comporte sur « coquille » de frappe, 8ème ligne, faiblesses p62 Toujours parmi les faiblesses, la présentation des pourcentages est généralement arrondie au premier décimal.

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	66	3	Objectifs	21/10/2011	ORS	Commission Prévention	Proposition de retirer de l'objectif 1.3, le qualificatif « jeunes » devant le groupe de mots « femmes en âge de procréer » Sur l'IVG, un objectif visant une prise en charge global et psycho-social des femmes en amont ou en aval de l'IVG serait important
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	68	5	Transversalité intertinstitutionnelle	21/10/2011	ORS	Commission Prévention	la PJJ pourrait être mentionnée parmi les institutions à associer à ces objectifs
SRP	Périnatalité Education à la sexualité contraception IVG	68	6	Evaluation	21/10/2011	ORS	Commission Prévention	Il est mentionné une exploitation de l'étude Elfe au niveau régional ? Questions subsidiaires des contacts ont-ils été pris en ce sens auprès de l'Ined qui ne prévoit qu'une exploitation nationale des informations.
SRP	Personnes Agées				24/10/2011	MUT FC	CRSA	On parle d'espérance de vie mais jamais n'apparaît la notion d'espérance de vie sans incapacité. Importance du maintien à domicile mais rien sur l'aménagement de l'habitat de la personne âgée.
SRP	Personnes Agées				24/10/2011	MUT FC	CRSA	Mise en avant de la problématique des personnes handicapées vieillissantes, et de leur hébergement = évocation dans le constat de la situation actuelle mais pas de pistes d'orientation sur le sujet.

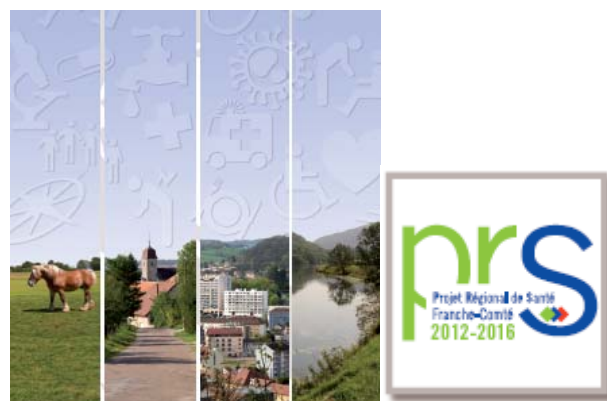
Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Personnes Agées				10/11/2011	MUT Jura	CRSA	Ajouter HAD dans les liens avec les autres schémas Réajuster l'objectif n°1 Prévenir la possibilité d'une prestation d'activation du lien social contre l'isolement par les services d'aides à domicile Ajouter : ancrer sur le territoire de santé, les modalités organisationnelles d'une collaboration interinstitutionnelle efficace.
SRP	Personnes en situation de Précarité / vulnérabilité	93	2	Actions déjà engagées	24/10/2011	MUT FC		MFFC a mis en place des ateliers cuisine auprès des étudiants : pas de mention de cette action. Comment intégrer des personnes précaires dans des actions de prévention sans les stigmatiser ? Quid de la proportion de personnes bénéficiaires CMU dans les actions de prévention ?
SRP	Personnes en situation de Précarité / vulnérabilité				10/11/2011	MUT Jura	CRSA	Faire connaître et promouvoir les possibilités de couverture santé Permettre l'accès aux soins
SRP	Personnes en situation de Précarité / vulnérabilité	87			10/11/2011	Centre de soins Belfort	CRSA	Comment toucher la population la plus vulnérable dans les actions de prévention

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Personnes sous main justice	98	2	Actions déjà engagées	14/11/2011	DIRPJJ	Commission Prévention	<p>Ajouter dans l'objectif 1.1.3 la participation de la PJJ aux réunions CPU</p> <p>Observations sur le contexte et le diagnostic</p> <p>Dans le tableau "Actions déjà engagées" du diagnostic régional, il faut noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que parmi les différents intervenants, il y a une présence en continue d'éducateur de la PJJ au quartier mineurs. Ces 3 éducateurs qui s'y relayent, le responsable d'Unité éducative en charge du quartier mineur ainsi que la psychologue du Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert et d'Insertion (SREMOI) de Besançon participent à la CPU Mineurs. - que la prévention et le repérage du risque suicidaire chez les mineurs sont également activés à la CPU - qu'il existe également au quartier mineurs de la maison d'arrêt de Besançon une action d'éducation à la santé autour des consommations de substances psycho actives et des conduites à risque menée conjointement avec l'ANPAA et les éducateurs PJJ présents en Maison d'Arrêt, de manière pérenne.
SRP	Santé mentale	102	2	Diagnostic	14/11/2011	DIRPJJ	Commission Prévention	<p>Ajouter un objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des actions de prévention vis à vis de populations spécifiques et à risque de souffrances psychique <p>Compléter l'objectif 1.2.4 en précisant que les EMPI doivent être développées pour aller également au devant des publics mineurs adolescents en souffrance ou en errance.</p> <p>Observations sur le contexte et le diagnostic</p> <p>Dans le diagnostic régional, partie "faiblesses", il faut noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les EMPI ne viennent pas au devant des publics mineurs - il y a une difficulté de couverture égale du territoire malgré l'implantation de la MDA de Besançon (public adolescents Besançon et grande couronne) et les projets de MDA sur Dole et l'Aire Urbaine <p>Dans le chapitre "Acteurs", il conviendrait d'ajouter le personnel pénitentiaire et le personnel PJJ</p> <p>Dans la transversalité, il convient de préciser la coopération des acteurs DISP de Strasbourg et DIRPJJ Grand Est.</p>
SRP	Personnes en situation de handicap				11/10/2011	Alliances Maladies Rares - Commission Usagers		faire apparaître la particularité des handicaps si divers, peu ordinaires ni visibles.

Schéma	Fiche	Page	Paragra	Thématiques	Date	Emetteur	Instance	Remarques
SRP	Santé au travail	111	2	Actions déjà engagées	24/10/2011	MUT FC	CRSA	Projet Mémoprosanté mené en partenariat avec la MSA (Dr Laplante) : action non mentionnée. Le milieu agricole est largement représenté dans les actions préconisées, quid des autres milieux ?
SRP	Santé au travail				10/11/2011	MUT Jura	CRSA	Ajouter la promotion de bonnes pratiques de prévention soin et accueil, gestion des risques dans les secteurs sanitaires et médico sociaux : n'exige pas seulement un accompagnement et la mise en place d'inspection et de contrôle mais en premier lieu de donner les moyens humains. L'ARS n'a pas pris en compte l'évolution de la bientraitance qui s'applique non seulement aux personnes aidées mais aussi aux salariés.
SRP	Personnes en situation de handicap	79	3	Objectifs	10/11/2011	MUT Jura	CRSA	Développer la formation de l'aide aux aidants et la mise en place de solution de répits Intégrer le souhait des proches dans le choix



10 – Avis des différents partenaires ou acteurs sur le Schéma Soins (SROS)



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Ambulatoire	Ambulatoire	Etudiants paramédicaux	276	2.2.1.2	03/11/2011	CSI et SSIAD Pont de Roide	CRSA	Dans la partie formation, il est inscrit : "il convient de rappeler qu'une infirmière ne peut s'installer en libéral qu'après 2 ans d'exercice en établissement" A signaler et à ajouter qu'une infirmière diplômée peut exercer à domicile dès l'obtention de son diplôme d'Etat dans les Centres de Santé Infirmiers ou Centres de Soins à Domicile relativement bien implantés et répartis sur la région. Elle bénéficiera au sein de ces structures, de l'encadrement nécessaire à la bonne pratique des soins infirmiers à domicile qui ne se limitent pas au strict libéral.
Ambulatoire	Ambulatoire		271		14/11/2011	FEHAP	Commission spécialisée	Sur ce volet, la FEHAP tient à rappeler la réalité de la forte implication dans la région des opérateurs associatifs dans le soin ambulatoire que ce soit en psychiatrie, HAD, SSIAD ... avec des réponses opérationnelles déjà en lien avec les acteurs libéraux
Ambulatoire	Ambulatoire	Diagnostic	274-278 279	2	16/11/2011	FEMASAC	CRSA	Les structures de soins ambulatoires pluri disciplinaires comprennent les maisons pôles et centres de santé : il est important de ne pas citer uniquement les maisons de santé à certains paragraphes mais que toutes ces structures existantes ou en devenir soient citées car parties prenante du projet que représente le SROS De plus, l'enjeu N° 2 , essentiel, ne trouve pas beaucoup de lieux de d'expression et de mise en œuvre dans la projet ambulatoire tel qu'il est écrit. D'où la proposition de la page 278 En rouge, les modifications proposées. P 274 : ce mode d'exercice regroupé au même titre que les pôles de santé et centres de santé permet également une amélioration de la coordination des soins P 278 dans le chapitre regroupement de professionnels , Actions envisageables : En raison de l'enjeu N° 2 il serait important d'ajouter : - Favoriser l'accès aux soins par la pratique du tiers payant P279 Les regroupements de professionnels Il parait incontournable ... protocolisant avec les services d'urgence Maisons de santé, pôles de santé et centres de santé P 281 Les zones fragiles : 4° paragraphe Le travail sur les zones support ... aides aux maisons, centres et pôles de santé P 285 § 333 Les protocoles de coopération L'intérêt de travailler ... réflexion engagée avec les professionnels de santé structures de soins ambulatoires pluri disciplinaires § 334 L'éducation thérapeutique du patient : Dernier paragraphe : Le site (Maison, Pôle ou centre de santé) peut recevoir trois types de forfaits P 289 : § 1-1 Zonage : Nombre de structures de soins ambulatoires pluri disciplinaires

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Ambulatoire	Ambulatoire	Diagnostic	273	2.1.1	03/10/2011	SOS Médecins Doubs	CRSA	Le 3966 et le 15 ne sont pas les seules portes d'entrée dans la Permanence des Soins. C'est contraire à l'article L 6314-1 du CSP provenant de la Loi HPST et à l'article R 6315-3 du décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010. Pour la MMG de Besançon, les patients ne sont pas accueillis après régulation de l'ACORELLI ou du 15. Elle fonctionne avec la régulation de SOS M2decins
Ambulatoire	Ambulatoire	Regroupement de professionnels	279	2.2.4	03/10/2011	SOS Médecins Doubs	CRSA	Il n'y a pas que les maisons de santé et les pôles de santé qui peuvent assurer la continuité des soins. Il ne faut pas oublier tous les autres libéraux qui sont déjà impliqués dans cette problématique. SOS Médecins assure la continuité des soins sur le secteur de Besançon depuis de longues années, notamment pendant les périodes de vacances scolaires pendant lesquelles nombre de cabinets médicaux sont fermés.
Ambulatoire	Ambulatoire				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Redéfinir la place des hôpitaux locaux dans le premier recours, en lien avec les maisons de santé et les professionnels libéraux
Ambulatoire	Ambulatoire		269		09/11/2011	Mut Jura	CRSA	Le document donne priorité absolue au secteur libéral, or il existe d'autres modes d'exercices qui ne sont pas évoqués ni promus, un peu oubliés. On note l'absence de dispositions contraignantes pour mailler le territoire, alors qu'il est urgent d'agir dans certaines zones où c'est déjà le désert. La démographie des dentistes est jugée préoccupante mais nos centres de santé ne sont même pas cités alors qu'il en existe 18 en Franche Comté. Or nos centres doivent pouvoir aussi bénéficier des aides financières. Ils sont engagés dans une démarche qualité HAS, ils pratiquent la maîtrise de leurs tarifs, le tiers payant, l'accompagnement social des patients, la traçabilité, la continuité des soins, le traitement de urgences (y compris celles des libéraux le samedi et pendant les vacances !) Nos centres de santé dentaires doivent aussi pouvoir accueillir des stages de 6ème année.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance		Remarques	Type
					Date	Emetteur		
Ambulatoire	Ambulatoire	Transport	279	2.2.7	09/11/2011	Mut Jura	CRSA	<p>Il est indiqué qu'il s'agit de réguler les dépenses de transport, mais attention il faut aussi se poser la question de savoir comment les malades, sur un territoire essentiellement rural, peuvent accéder géographiquement aux soins alors que l'on recentre les activités hospitalières.</p> <p>Il faut aussi insister sur le traitement des sorties d'hospitalisation, surtout si elles sont plus précoces qu'avant.</p> <p>Nous souhaitons aussi que la question des zones de montagne soit prise en compte (Haut Doubs Haut jura)</p> <p>Le développement des hospitalisations de jour, de la chirurgie ambulatoire, sur un territoire rural suppose d'organiser au mieux les transports des patients.</p> <p>De même des hospitalisations courtes nécessitent des transports adaptés et des soins à domicile performants : le document indique que les places de SSIAD sont suffisantes : Or actuellement dans le Jura on constate une réelle difficulté à obtenir l'intervention des SSIAD, notamment avec l'HAD, nos centres de soins infirmiers pallient les difficultés des SSIAD, dans des conditions financières inadaptées (les soins de nursing relèvent des aides-soignantes, car il ne s'agit pas d'un acte infirmier)</p> <p>Remarque générale : Pour l'ensemble de ces domaines on retrouve toujours les mêmes thèmes : regroupement des services, développement pour que cela soit compatible avec l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire Franc Comtois il faut que sur tous les terr</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Sorties d'hospitalisation	286	3.4	09/11/2011	Mut Jura	CRSA	<p>Il faut rappeler que l'HAD est un acteur clé de la coordination entre les champs sanitaire, médico-social et ambulatoire.</p> <p>Elle intervient comme un acteur de l'offre de proximité, voire de maintien d'une offre locale (les patients pris en charge en HAD seraient à défaut hospitalisés, réduisant ainsi la patientèle des PS libéraux).</p> <p>Elle s'inscrit dans une logique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de filières de prise en charge, notamment en post-MCO et en post-SSR • d'évitement d'hospitalisation et de passage aux urgences injustifiés <p>Elle est particulièrement pertinente pour les segments où le maintien à domicile est privilégié, dès l'instant où le niveau de lourdeur des patients le justifie / le permet, par exemple dans le contexte du vieillissement et de la poly pathologie.</p> <p>On note l'absence de tout développement sur les difficultés de l'HAD en territoire rural, pourtant largement soulignées lors de multiples rencontres avec l'ex ARH tenir compte de l'exception géographique (indispensable pour un fonctionnement correct)</p> <p>Pour développer L'HAD Maternité et périnatale dans le Jura, il faut absolument prendre en compte ces contraintes de territoire rural et montagneux que rencontre notre HAD, le manque de sages-femmes et de pédiatres.</p> <p>De même rien sur l'informatisation du chevet du patient (alors que c'est indispensable pour développer l'E santé ...)</p> <p>Ces deux points nécessitent des financements spécifiques et pérennes non compatibles T2 A.</p>
Hospitalier	Biologie				03/10/2011	CH DOLE	CRSA	<p>Etonnement de lire que le laboratoire du CH Dole est inscrit parmi les établissements de faible activité nécessitant une évaluation au cas par cas .</p> <p>Différents éléments quantitatifs et qualitatifs ont été rapportés à l'ARS et la démarche d'accréditation est normalement engagée, le personnel est formé et cycle 1 de Bioqualité est en cours de validation.</p> <p>Le classement du CH DOle parmi les établissements de faible activité est erroné et devrait être supprimé</p>

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Ambulatoire	Biologie	Evolution de l'offre de biologie	303	3.3	08/11/2011	CHVS GRAY	CRSA	<p>Il est nécessaire de maintenir une activité de laboratoire sur le site de Gray du fait de l'activité d'urgence et de médecine, afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maintenir une permanence 24 h / 24 h pour l'activité des urgences. Selon le PRS, les Urgences de Gray réalisent autant de passages qu'aux Urgences du CH Saint Claude (sans compter les consultations post-urgences de Gray) avec 2 fois plus d'interventions SMUR - obtenir un délai de rendu des résultats d'examen compatible avec l'activité de médecine, sa durée moyenne de séjour et ses recettes issues de la T2A. <p>Le site de Vesoul est à 62 kms et celui de Besançon à 55 kms. Notre activité d'immuno-hémato donne un service dont le rendu est satisfaisant. Le transfert de celle-ci n'est pas cohérent avec l'activité d'urgences. Comment obtenir une numération globale dans un délai rapide ?</p> <p>Au niveau biologique, les Urgences de Gray ne disposeront pas d'informations plus précises et rapides que le médecin généraliste. Devra-t-on transférer pour une numération globale ?</p> <p>Nous sommes prêts à collaborer sur la certification et l'activité, sous réserve que le délai de rendu des résultats biologiques soit compatible avec l'activité et la sécurité des soins pour la population grayloise.</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Médecins libéraux	273	2.1.	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>A propos de la régulation libérale régionale et des MMG :</p> <p>Le 3966 et le 15 ne sont pas les seules portes d'entrée dans la Permanence des Soins. C'est contraire à l'article L 6314-1 du code de la santé publique provenant de la loi HPST et à l'article R 6315-3 du décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence cités plus haut.</p> <p>Pour la MMG de Besançon, les patients ne sont pas accueillis qu'après régulation de l'ACORELI ou du 15. Elle fonctionne avec une autre régulation accessible par le 3624. Il convient d'écrire : « Dans ces maisons médicales de garde situées à proximité des services d'urgence, les patients sont accueillis après que leur situation a fait l'objet d'une analyse par un des différents services de régulation. ».</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Diagnostic partagé	275	2.2	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>Les thématiques énumérées ayant fait l'objet d'un état des lieux ne constituent pas des leviers d'action rapidement opérationnels pour l'ensemble des professionnels de santé.</p> <p>Quelle évaluation des objectifs et des résultats attendus ?</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Regroupement de professionnels	279	2.2.4	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>« Il paraît incontournable de travailler sur les problématiques d'urgence en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - protocolisant avec les services d'urgence de manière à graduer la prise en charge des patients et à s'appuyer sur les maisons de santé et pôles de santé ; » <p>Il n'y a pas que les maisons de santé et les pôles de santé qui peuvent assurer la continuité des soins. Il ne faut pas oublier tous les autres libéraux qui sont déjà impliqués dans cette problématique.</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Sorties d'hospitalisation	279	2.2.6	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>Résumé du Passage aux Urgences auquel les généralistes ont accès ? par l'intermédiaire du DMP ?</p>

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Ambulatoire	Ambulatoire	Territoires de PDSA	282	3.1.3	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>Propositions issues des rencontres avec les acteurs de terrain :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'arrêt de la permanence des soins à minuit correspond à un transfert de la médecine libérale vers l'hôpital. Cela va à l'encontre des problèmes de saturation des urgences de l'hôpital, est potentiellement une forme de maltraitance pour les patients (personnes âgées envoyées à l'hôpital alors que le problème aurait pu être réglé à domicile) et représente un coût non négligeable (ambulance, examens complémentaires réalisés aux urgences...). Cette mesure doit être proposée uniquement lorsqu'il n'est pas possible de faire autrement (par pénurie de médecins de garde ou décision majoritaire des médecins d'un secteur de garde). • Les modifications des limites de certains secteurs de PDSA dans le sens d'un élargissement doit se faire uniquement en concertation avec les médecins libéraux et uniquement en cas d'accord de ceux-ci afin de ne pas désorganiser un dispositif opérationnel.
Ambulatoire	Ambulatoire	Système d'information et Télémedecine	284	3.3.2	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>Généralisation de la dématérialisation des ordonnances adressées directement aux pharmaciens : Ce concept doit-il s'étendre à tous les médecins et toutes les pharmacies? Uniquement pendant les horaires de PDS ? sinon quelle liberté de choix du pharmacien par le patient ?</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Protocoles de coopération et Education thérapeutique	285	3.3.3	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>« Concerne tous les professionnels de santé médicaux et para médicaux quelque soient leur secteur et leur cadre d'exercice »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveaux modes de rémunération inscrits dans la Loi et dans la nouvelle Convention. - Souhait affiché de favoriser les coopérations entre professionnels de santé. <p>Et pourtant :</p> <p>Les protocoles de coopération en cours sont élaborés quasi exclusivement par les réseaux hospitaliers.</p> <p>En médecine ambulatoire l'ARS réserve strictement ces protocoles ainsi que les programmes d'ETP aux uniques Maisons ou Pôle de Santé ayant signé le module 2 des NMR, c'est-à-dire déjà engagés avec l'ARS, et sur des thèmes imposés.</p> <p>Comment les médecins travaillant déjà au sein de réseaux ou dans des structures regroupées mais n'ayant pas fait l'objet d'une contractualisation antérieure avec l'ARS (module 1 des NMR) peuvent-ils s'engager dans ces initiatives s'ils le souhaitent ?</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Relations ville/hôpital	286	3.4.2	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>L'URPS représentant les Médecins Libéraux souhaite être impliquée dans le travail expérimental sur les 4 processus d'interface entre médecine de ville et hospitalisation.</p> <p>Souhait de disposer d'un numéro unique dédié par service et par centre hospitalier de la région au sein d'un annuaire destiné aux médecins libéraux.</p>
Ambulatoire	Ambulatoire	Médecins généralistes	288	3.5.3	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>L'objectif d'augmentation des maîtres de stage de 20% en 2011 y compris dans les spécialités autres que la médecine générale ne pourra se faire qu'avec une volonté forte de l'ARS et en évitant de décourager les initiatives (exemple des spécialistes : un seul stage accepté en spécialité en établissements privés en Franche-Comté et seulement 30 pour toute la France en 2011)</p>

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques	Type
					Date	Emetteur			
Ambulatoire	Ambulatoire	Indicateurs de suivi	289		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>Preambule à propos du zonage :</p> <p>Il convient d'en évaluer le réel intérêt à la lumière des résultats d'une enquête réalisée récemment auprès des patients (voir enquête URPS Languedoc-Roussillon) qui montre que la principale difficulté d'accès aux soins est le délai d'obtention d'un rendez-vous et non pas l'éloignement géographique (ou le coût des soins).</p> <p>Plusieurs de ces indicateurs de suivi sont inopérants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de MSP créées ayant bénéficié d'une aide financière • Nombre de réunions de la PAPS • Nombre de DMP ouverts <p>Propositions URPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'installations de médecins ayant contacté la PAPS • Nombre de dossiers ouverts mais surtout alimentés par les professionnels • Pourcentage de médecins formés au DMP/ pourcentage de médecins déclarant l'utiliser ensuite. • Evaluation des sorties d'hospitalisation à valider conjointement avec médecins libéraux. • Pourcentage du nombre de stages offerts aux étudiants en médecine libérale générale et spécialisée. 	
Hospitalier	Cancérologie	Etat des lieux	134	2	03/10/2011	CH DOLE	CRSA	<p>Le constat de l'existant omet la RCP organisée sur Dole avec la Clinique de Dole, le CHU de Dijon et le Centre Leclerc de Dijon. La position du SROS 3 quant à la chirurgie du cancer en gynécologie sur le territoire de Dole n'a pas été abordée, ni revue. En effet, le dossier de demande d'autorisation dans ce domaine, déposé par le CH de Dole n'a pas été examiné par l'ARH, en son temps, au motif que cette chirurgie n'avait pas été retenue dans le cadre du SROS 3. Or l'activité de l'établissement dans ce domaine, et durant les trois dernières années, se situe au dessus des seuils quantitatifs édictés (exception faite de l'année 2009) : 36 en 2008, 16 en 2009 et 33 en 2010, pour un seuil fixé à 20 cas par an.</p>	
Hospitalier	Cancérologie		137	2	03/10/2011	CH DOLE	CRSA	<p>Ces chiffres sont supérieurs à ceux relatifs à la chirurgie du cancer du sein pour laquelle l'établissement est autorisé. D'un point de vue qualitatif, l'établissement est en mesure de respecter les critères qualitatifs prescrits par l'INCA et entend réorienter le contexte de sa prise en charge dans le cadre de l'organisation définie par le réseau ONCOLIE, et l'IRFC (RCP, site associé en chimiothérapie,...).</p> <p>Il conviendrait donc que le futur SROS-PRS prenne en compte ces besoins de territoire, dès lors que les indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont réunis, afin que le CH de Dole puisse déposer un dossier de demande d'autorisation qui pourra, cette fois, être examiné.</p>	
Hospitalier	Cancérologie				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	<p>Souhaite que le SROS ne soit pas discriminant en matière d'implantations si les établissements respectent les seuils et les normes INCA (cf. Chirurgie Gynécologique à DOLE)</p>	

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Cancérologie				28/10/2011	MFD	CRSA	PFC souhaite rester site associé du CHU en OncoMed
Hospitalier	Cancérologie	Réunions de concertation pluridisciplinaire RCP	134		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Quelle est la participation effective des cabinets privés dans ces RCP ? Quelle est la participation effective des spécialistes des établissements privés ? Quelle est la place pour les médecins traitants dans les RCP qui concernent leurs patients ?
Hospitalier	Cérébroleses		225	2.2.6	03/10/2011	CH DOLE	CRSA	Il est noté : 41% des patients admis pour accidents cérébraux ont bénéficié pour 2008 et 2009 d'un transfert d'images au CHU. Etonnement du commentaire indiquant que le taux de transfert de Dole est faible alors que pour les mêmes périodes : - Taux de transfert de 30% pour Belfort et Montbéliard, de 23% pour Lons et 30% pour a Haute Saône - le Dr Henlin, neurologue était en poste à Dole et il n'était pas nécessaire de transférer systématiquement les images. Le CH n'est pas hostile à la proposition de création d'une équipe de neurologie d'urgence régionale en capacité d'appuyer les compétences présentes dans les établissements périphériques. Il ne nous semble pas équilibré les 10 vacations au CHU dont seules 3 seront effectuées dans les établissements périphériques.
Hospitalier	Chirurgie				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Problématique de l'accessibilité financière aux soins dans certaines spécialités: en faire un critère d'autorisation Participation nécessaire du privé à la PDES pour les activités de recours dans certains territoires Situation du CH de Saint-Claude
Hospitalier	Chirurgie				28/10/2011	MFD	CRSA	Souhaite reconnaissance de la PFC dans la chirurgie de l'obésité
Hospitalier	Cancérologie	Médecin traitant et prise en charge globale de proximité du patient	144		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Partenariat IRFC-OncoIie avec SOS Médecins et les différentes associations de médecins : dans quels buts ? Formation par DU correspondant à une hyperspécialisation inadaptée à l'exercice libéral des médecins généralistes. FMC diffusée uniquement par IRFC/OncoIie ??

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance		Remarques	
					Date	Emetteur		
Hospitalier	Cancérologie	Dossier communiquant en cancérologie DCC	147		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Intégration systématique des données anatomopathologiques dans le DCC: Place des médecins anatomo-pathologistes libéraux dans cette intégration?
Hospitalier	Activités interventionnelles sous imagerie médicale par	Endocardiologie	113		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Pas de remarques particulières. Demande que soient intégrés dans le projet SROS/PRS les chiffres de 2010
Hospitalier	Imagerie médicale	Diagnostic	169		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>Le projet du volet imagerie du prochain SROS en s'appuyant sur différents plans (plan cancer, plan AVC...) ou certaines études (ANAP..) met en avant certains objectifs ou constats pour justifier des moyens supplémentaires décidés pour chaque bassin de vie, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 IRM / million d'habitants ; mise à disposition par région soit d'une IRM disposant de plages dédiées à la cancéro. soit d'une IRM dédiée permettant d'implémenter des programmes de recherches et en utilisation CHU / CLCC ; suivi annuel des délais d'attente pour les examens d'IRM et de scanner, un des principaux indicateurs de performance organisationnel, afin de faire face au besoin grandissant d'examen en cancérologie ; accès prioritaire à l'imagerie médicale pour les patients suspects d'AVC aigu 24 h / 24 et 7 j / 7, en privilégiant l'IRM et dans le cadre de la permanence des soins ; les délais de rendez-vous constatés sur le territoire sont longs en scanner et IRM comparativement aux résultats moyens constatés dans d'autres régions ; substitution des technologies de type IRM aux technologies irradiantes comme la scanographie ; mise en évidence qu'outre le besoin grandissant en cancérologie, les demandes d'examens IRM pour des activités de neurologie ou pour des organes comme le foie connaîtront une forte progression ; neuf des dix appareils d'IRM installés actuellement sont des appareils « polyvalents » capable de répondre techniquement à la projection des besoins d'ici les cinq ans à venir. <p>Sur ces bases, il est proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> de ne prévoir aucune autorisation supplémentaire en scanner sur le territoire à l'exception d'un appareil dédié à l'interventionnel sur l'agglomération de Besançon ; trois IRM supplémentaires sur Vesoul, Lons et Belfort-Montbéliard ainsi qu'un appareil de haute technicité dédié à l'imagerie de pointe sur Besançon. <p>Il pourra être envisagé néanmoins à terme, sous certaines conditions et à titre expérimental une implantation supplémentaire pour une IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire non cancérologique</p>

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance		Remarques	Type
					Date	Emetteur		
Hospitalier	Imagerie médicale	Bassin de vie de Besançon			30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>1 – Les conclusions concernant les équipements en scanner n'engendrent aucune remarque particulière.</p> <p>2 – Concernant les conclusions sur les équipements en IRM, notamment sur le bassin de vie de Besançon, les éléments suivants peuvent être avancés :</p> <p>l'autorisation supplémentaire tel que le projet est présenté, est prévue au CHU ; cette autorisation est conditionnée à un accès aux libéraux du secteur de Besançon sur l'IRM 3 Tesla déjà existante (et qui devrait être renouvelée l'année prochaine).</p> <p>Il semble peu probable que les radiologues libéraux acceptent cette proposition (le coût d'une 3 Tesla est le double d'une IRM 1.5 Tesla et sans apport technique dans le diagnostic polyvalent, et d'autre part les conditions d'accès au CHU restent difficiles). Les libéraux auraient peut-être plus intérêt à élargir leurs propres plages horaires de vacations d'IRM.</p> <p>Il semble plus juste de croire que l'accès autorisé aux libéraux n'aurait pour but qu'une participation au financement de cette machine, facilitant l'acquisition d'un seconde IRM 3 Tesla pour le CHU.</p> <p>Par ailleurs, l'installation éventuelle à terme d'une IRM dédiée à l'ostéo-articulaire reste des plus hypothétiques puisqu'elle n'est de Enfin et à titre d'exemple, si l'on considère leurs activités respectives annuelles qui avoisineront les 11 000 examens d'IRM en 2011 En outre, sans équipements supplémentaires en IRM en plus de celui envisagé sur l'agglomération de Besançon, il est illusoire auj</p> <p>Pour toutes ces raisons, l'évolution envisagée pour les équipements en IRM sur le bassin de vie de Besançon ne pourra même pas</p> <p>LES AUTRES SECTEURS N'ONT PAS D'AUTRES REMARQUES A FORMULER hormis l'interrogation sur les conditions techniques et financières du partage des images archivées via les PACS.</p>
Hospitalier	Chirurgie	Démographie médicale	22		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	<p>Déficit en urologues et en chirurgiens vasculaires en Franche-Comté : Les médecins libéraux s'étonnent que l'ARS n'ait pas tenu compte de ce paramètre dans sa décision de refuser des terrains de stage attractifs et formateurs dans ces deux spécialités à un établissement privé qui en avait fait la demande.</p>
Ambulatoire	Ambulatoire				14/11/2011	ACORELLI	CRSA	<p>trois remarques concernant le sros ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nécessité de mettre en place une fiche de synthèse avec les données essentielles des patients lors de la sortie de l'hôpital . Exemple ci-joint d'une communication lors d'un congrès de gériatrie à Nice http://www.cifgg2010.com/download/PDF/session27_pdf/E_TRINH.pdf Un format électronique de cette fiche permettrait d'améliorer la qualité des soins grâce à la transmission d'informations médicales pertinentes.(dans les sens hôpital-ville et ville - hôpital) • L'information des médecins traitants sur la nature, indication, effets indésirables des traitements expérimentaux mis en place au CHU. Il est difficile pour les médecins traitants de gérer des traitements inconnus d'autant que le CHU n'est pas toujours joignable. • L'hospitalisation à domicile de patients lourds, (cancer, fin de vie, ..) est pratiquement inaccessible aux médecins de ville. Il est surprenant de constater que l'HAD est réservée en FC aux femmes enceintes nécessitant des soins peu coûteux.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Hospitalisation à domicile		211		14/11/2011	ACORELLI	CRSA	Mise en évidence des difficultés à faire prendre en charge en hospitalisation à domicile des patients lourds (cancer, fin de vie ...) à la demande des médecins de ville. Constat surprenant en considération de l'im
Hospitalier	Hospitalisation à domicile		217	4	10/11/2011	HAD 39	CRSA	Attention à porter sur la problématique de l'organisation des sorties des établissements due principalement à une méconnaissance des contraintes du domicile par les services hospitaliers. L'activité en HAD varie en fonction des territoires : il est plus aisé de développer une HAD en aire urbaine que sur une zone rurale. Il est important que l'étendue du territoire d'activité soit prise en compte : il est nécessaire à ce moment là de réfléchir en temps de déplacements, en conditions climatiques et à l'état des routes. Cette notion de particularité et exception géographique doit impérativement être prise en compte.
Hospitalier	Hospitalisation à domicile		214	2.1.2	16/11/2011	MFD	CRSA	Précisions sur les affirmations de l'URPS ML relatives à la prise en charge physiologique : - l'activité HAD maternité de la Mutualité Française représente 600 patients et bébés par an, soit 13% des accouchements du bassin bisontin - le prescripteur le plus important est le CHRU qui exerce son activité d'obstétrique en niveau 3 - la classification des actes met en avant une prise en charge à 98,9% sur des facteurs pathologiques, et non physiologiques
Hospitalier	Imagerie médicale				03/10/2011	CH DOLE	CRSA	A intégrer dans le SROS : perspective de coopération entre CH Dole et CHU pour la création d'une fédération des services dans le domaine de l'Imagerie Médicale

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Imagerie médicale				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Souhaite que la participation effective du secteur libéral à la PDES soit un critère d'autorisation des équipements Idem pour l'ouverture H24 des équipements lourds (IRM pour Neurologie notamment)
Hospitalier	Insuffisance Rénale Chronique				03/10/2011	CH DOLE	CRSA	Les éléments évoqués dans le Jura ne relèvent en aucun cas d'un diagnostic partagé. Il est donc hautement souhaitable que ceci soit rectifié. Le CH de Dole a sollicité le CHU pour réfléchir à la création d'une fédération des services dans le domaine de la néphrologie-dialyse qui s'inscrit dans l'EAT Central.
Hospitalier	Insuffisance Rénale Chronique				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	CH de DOLE en désaccord avec les orientations sur le JURA
Hospitalier	Médecine	Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare	8	2.1	11/10/2011	Alliances Maladies Rares Commission Usagers	CRSA	Ne pas confondre les maladies rares parmi l'ensemble des maladies chroniques. Faire apparaître la particularité des handicap si divers, peu ordinaires ni visibles.
Hospitalier	Médecine		4		03/10/2011	CH DOLE	CRSA	Il est indiqué que le CH ne dispose pas de service de médecine polyvalente. Cependant, il en existe un qui accueille également les patients de gastro-entérologie. Par ailleurs un service de 16 lits de court séjour gériatrique destiné à l'accueil de patients âgés polyopathologiques ouvrira par redéploiement de lits de médecine en janvier 2012. Ce service pourrait évoluer à moyen terme vers 24 lits si le fonctionnement sur une base de 16 lits s'avère satisfaisant.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Médecine		12	2.3.1	08/11/2011	CHVS GRAY	CRSA	Il est indiqué que "3 services de médecine dont 1 affiché comme polyvalent" l'activité réelle du CH Gray est "1 service de médecine polyvalente à orientation gériatrique"
Hospitalier	Médecine				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Souhaite insister sur l'engorgement des service de médecine (pb si on veut « recentrer sur les soins aigus ») Problématique +++ de la démographie médicale en pédiatrie Peu de place pour les ex-hôpitaux locaux et de proximité Pour la PDSSES, quid des sites qui ne sont pas reconnus, tout en ayant une structure d'urgence (Gray, Champagnole...)
Hospitalier	Médecine				28/10/2011	MFD	CRSA	Gradation des soins en gastro: souhait d'un niveau 3 pour la PFC (endoscopies thérapeutiques biliaires)
Hospitalier	Chirurgie	Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire	28		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Les journées scientifiques et l'évaluation des pratiques professionnelles à destination des médecins traitants et des spécialistes n'est pas du ressort de cet Observatoire, mais de la profession via ses organismes de FMC. Les analyses médico-économiques devront associer les professionnels ainsi que les établissements concernés au choix de la méthodologie et des items d'évaluation. Permanence des soins : L'organisation de la permanence des soins en établissement de santé permettant la prise en charge d'urgences chirurgicales 24 heures sur 24 est actuellement assurée en interne par spécialité, dans tous les établissements privés de la région. Quel cahier des charges et quels crédits pour une PDSSES formalisée public/privé ?

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Chirurgie	Coordination ville / hôpital	29		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Afin de favoriser le retour à domicile rapide dans les meilleures conditions et fluidifier les parcours de soins entre la chirurgie et les soins de suite et réadaptation, une expérimentation va être menée à l'initiative de l'URPS-ML entre des chirurgiens volontaires de deux établissements de santé et l'ARESPA.
Hospitalier	Médecine	Démographie médicale	11		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Rappel des perspectives de cessation d'activité des médecins franc-comtois déterminées par une enquête de l'URML réalisée au printemps 2010 : 35% des médecins envisagent de cesser leur activité d'ici 2015 (dans 3 ans) 27% de plus entre 2015 et 2020 Soit 62% des médecins de Franche-Comté dans les 8 années à venir. L'incitation à l'installation des médecins dans la région passe par leur connaissance de l'exercice libéral : Nous souhaitons une meilleure coopération de la part des hospitalo-universitaires afin de faciliter la réalisation de stages par les étudiants dans les établissements libéraux, selon les termes de la Loi HPST.
Hospitalier	Missions de service public		235		14/11/2011	FEHAP	Commission spécialisée	Constatant la quasi non éligibilité de ses établissements aux financements apportés par les « MIG », la FEHAP souhaite la mise en place en région d'une modalité particulière de financement des missions assumées par ses établissements au titre : - des UCSA ; - de l'urgence ; - ...
Hospitalier	Missions de service public	Enseignement universitaire et post universitaire	249	2.7.2.2	03/10/2011	SOS Médecins Doubs	CRSA	Les médecins de SOS M2decins se proposent depuis longtemps pour accueillir des étudiants et les former aux actes de permanence des soins et d'urgences mais ils se voient refuser d'être maîtres de stage par la faculté de médecine.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Organisation de la Transfusion sanguine	Schéma cible	264	4.2.2	08/11/2011	CHVS GRAY	CRSA	Il est nécessaire de maintenir le dépôt de délivrance et le plateau technique "Immuno-Hématologie" au CH de Gray. En effet, en cas de délocalisation, le coût des produits sanguins, le coût de chaque acheminement des PSL et les recettes correspondantes, augmenteraient nettement le coût total de cette activité, sans compter l'incidence du délai supplémentaire. De plus, les rapports d'inspection ont constaté la qualité de prise en charge sur Gray et le respect des recommandations. On risque de nous reprocher après une activité déficitaire et trop coûteuse.
Hospitalier	Périnatalité				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Problématique du CH de ST Claude
Hospitalier	Périnatalité				28/10/2011	MFD	CRSA	Volonté de renforcer les liens PFC/CHU
Hospitalier	Médecine	Education thérapeutique de patient	13		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Les programmes d'éducation thérapeutique, pourtant inscrits dans la convention médicale comme devant donner lieu à de nouvelles rémunérations forfaitaires sont loin d'être accessibles à tous les médecins de la région puisque réservés aux établissements de santé (réseaux par pathologie) et pour le secteur ambulatoire aux maisons de santé pluridisciplinaires ayant déjà engagé des projets contractualisés avec l'ARS. Points forts (que nous trouvons faibles.. !) - Télémedecine est encore très peu opérationnelle - Les programmes d'éducation thérapeutique sont réservés aux seuls médecins ayant déjà engagé des projets contractualisés avec l'ARS.
Hospitalier	Médecine	Médecine polyvalente - Gériatrie	14		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Elaborer des recommandations régionales de prise en charge sur lesquelles les médecins traitants pourront s'appuyer (par exemple sur la polymédication) n'est ni de la compétence de l'ARS ni de celle du CHU.
Hospitalier	Médecine	Maladies chroniques	15		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	L'URPS-ML insiste sur sa demande d'établissement d'un annuaire à destination des médecins libéraux comportant les coordonnées (nom et téléphone) d'un référent médecin de spécialité par service hospitalier, afin de privilégier l'organisation du parcours de soins par le médecin traitant ou le médecin spécialiste libéral (qui n'est jamais cité...) Outils inexistant (DMP - Télémedecine)

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance		Remarques	
					Date	Emetteur		
Hospitalier	Médecine	PDSES			30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Mutualiser les astreintes techniques dans le cadre de la PDSES entre les établissements de santé proches avec des médecins des secteurs publics et privés sous réserve : 1. du volontariat des médecins libéraux concernés 2. de l'acceptation par les professionnels concernés d'un cahier des charges élaboré avec eux 3. de mise à disposition de moyens de fonctionnement : Astreintes de personnels infirmiers, rémunération spécifique des astreintes des médecins.
Hospitalier	Missions de service public	Financement de la PDSES	241		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Ne concerne que les établissements publics ou certains établissements privés ayant une activité soumise à obligation de permanence médicale. Quel positionnement pour les spécialistes des cliniques privées assurant gardes ou astreintes ?
Hospitalier	Missions de service public	Enseignement universitaire et post universitaire	249	2.7.2.2	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	« L'insuffisance d'offre de stages dans la région (notamment aux urgences et en pédi-gynécologie) contraint à limiter le nombre de places offertes à l'ENC pour la filière médecine générale. Une synergie accrue doit être recherchée entre l'ARS et la Faculté (UFR de médecine et pharmacie) pour promouvoir l'ouverture de stages extra-hospitaliers : » Les médecins de SOS Médecins se proposent depuis longtemps pour accueillir des étudiants et les former aux actes de permanences des soins et d'urgences mais ils se voient refusés d'être maîtres de stage par la faculté de médecine.
Hospitalier	Diagnostic prénatal	Orientations stratégiques	61		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	3.2 La promotion d'un centre régional de dépistage des aneuploidies ne doit pas être uniquement hospitalière, mais s'inscrire dans une réflexion interrégionale avec notamment le développement de coopérations public/privé. 3.3 Proposition de coopération public/privé pour le dépistage des marqueurs de la trisomie 21 par le laboratoire CBM25 qui sollicite dans ce cadre l'agrément de l'ARS pour une implantation biologique supplémentaire. (voir annexe 1)
Hospitalier	Périnatalité	HAD	38		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	A quoi sert l'HAD pour quasi 100% de post-partum physiologiques ? Les médecins traitants et sages-femmes ne suffisent-ils pas à assurer le suivi des ces accouchées après retour au domicile, avec une réactivité et une souplesse de mise en œuvre autrement plus performantes ?
Usagers	Prise en charge des patients cérébro-lésés	Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins	219		24/10/2011	FC Parkinson	CRSA	Tantôt on parle de spécialités (la neurologie est d'ailleurs la grande absente comme elle l'était aussi dans les documents antérieurs URCAM sur « l'état de la santé en FC », alors qu'il y a explosion de maladies neuro dégénératives), Tantôt on parle de pathologies et là, on voit bien le poids du lobbying et donc de l'injustice ressentie et réelle et de la perte de chance pour certaines personnes porteuses de pathologies chroniques qui n'ont pas été « préférées » : par exemple, la SEP et Parkinson sont simplement cités mais on s'étend sur Alzheimer, les « cérébrésés » (les malades de Parkinson sont aussi cérébrésés...), la neuro-oncologie etc. Les malades n'ont donc pas tous les mêmes droits, avec la meilleure qualité de vie pour tous et pour chacun. Dans notre association, nous attendons de voir si progrès il y a avec une ETP pour tous les malades chroniques, leurs aidants et professionnels, intégrée aux soins, construite et mise en place avec les associations et ...financée et donnant toute leur place aux soins humains. C'est l'espoir que nous avons encore à ce jour...

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Psychiatrie				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Quelle faisabilité, en raison de la démographie médicale, et de la non réalisation de nombreux objectifs du SROS 3 ? Les plates formes de coordination devront être précisées Nécessité d'intégrer dans la réflexion sur les urgences la problématique des hospitalisations sous contrainte
Hospitalier	Psychiatrie	Améliorer l'accès aux soins	74	3.3	03/10/2011	SOS Médecins Doubs	CRSA	Les médecins libéraux, comme les médecins de SOS M2decins ne doivent pas être oubliés dans ce circuit de l'urgence psychiatrique
	Hospitalier	Psychiatrie	Améliorer l'accès aux soins	78	4.2	Structurer le réseau de prise en charge des urgences psy	CRSA	Il faut penser aussi aux libéraux et à SOS Médecins qui ont besoin de ces équipes mobiles psychiatriques autant que les SMUR
Hospitalier	Périnatalité	IVG	42		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Information : L'URPS-ML a initié un travail destiné à améliorer la prise en charge des IVG médicamenteuses par les médecins libéraux.
Hospitalier	Périnatalité	Conforter le réseau périnatalité	44	3.4.1	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Fruit d'un partenariat effectif entre les praticiens libéraux gynécologues-obstétriciens et pédiatres et les établissements de santé, bien structuré et assurant parfaitement son rôle de coordination etc... sa pérennité doit être assurée.
Hospitalier	Périnatalité	Prématurités	45	3.4.4	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Ajouter : Il convient de ne pas méconnaître le rôle des pédiatres libéraux dans le suivi à long terme des prématurés de moins de 33 semaines et des nouveaux-nés en risque de développer un handicap. Les pédiatres libéraux se forment en permanence pour cette surveillance des prématurés de moins de 33 semaines, notamment par leur intégration dans le réseau de périnatalité, et il leur semble que leurs compétences ne sont pas suffisamment utilisées.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Périnatalité	Allaitement maternel	45	3.4.6	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	La poursuite du travail de périnatalité entrepris en maternité, prise en charge de l'allaitement maternel et surveillance du nouveau-né, est assurée depuis toujours par les médecins libéraux, pédiatres et/ou généralistes.
Hospitalier	Réanimation Soins Intensifs Surveillance Continue	Soins intensifs adultes	84	2.1.2.1	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Convention écrite de recours pour la prise en charge en service de réanimation pas toujours signée entre établissements public et privé soumis à obligation car disposant d'une unité de soins intensifs.
Hospitalier	Urgences	Amélioration de la qualité et de la sécurité de la réponse téléphonique 15	94	2.2.2.2	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	« La coordination entre les régulations libérale et hospitalière L'ACORELI ,,,, doté depuis 2008 d'un numéro d'appel unique pour la région (3966) ... Il conviendrait de remplacer le terme « unique » par « à 4 chiffres ». En effet, le 3966 n'est pas le seul numéro de régulation libérale de nuit et WE en Franche-Comté. Le mot « unique » dans « numéro d'appel unique » est contraire à l'article L 6314-1 du code de la santé publique provenant de la loi HPST. Le mot « unique » est également contraire au décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins dans son article R 6315-3 L'application des textes législatifs et réglementaires concernant l'accès à la régulation médicale téléphonique et au médecin de permanence par le numéro national 15, comme par le numéro des centres d'appel des associations de Permanence de Soins interconnectées avec ce numéro national doit donc être respectée.
Hospitalier	Urgences	Améliorer les filières de prise en charge des patients	98	3.1.3	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Lien avec le volet médecine du SROS-PRS : Afin d'améliorer l'admission directe des personnes âgées et des patients chroniques nécessitant une hospitalisation sans passage aux urgences, demande des médecins libéraux de disposer des coordonnées d'un médecin hospitalier référent par service. Lien avec le volet psychiatrie du SROS-PRS pour la filière de prise en charge psychiatrique en urgence : Ne pas oublier les libéraux. Ce sont eux qui font souvent les certificats pour les ASPSC et qui doivent convaincre les patients de monter dans l'ambulance.
Hospitalier	Urgences	Médico-social	103	5.2	30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Ne pas oublier le rôle des libéraux et des médecins de garde qui interviennent dans les EHPAD la nuit et les week-ends et qui évitent des hospitalisations.
Hospitalier	Psychiatrie	Structurer le réseau de prise en charge des urgences psychiatriques	78		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	En déployant des équipes mobiles de prévention polyvalentes... : Il serait bon que les équipes mobiles viennent en aide aussi en appui aux médecins libéraux et pas qu'aux SMUR. Les médecins libéraux sont souvent en première ligne dans les admissions en soins psychiatriques sans consentement, ils auraient besoin de ces équipes mobiles autant que les SMUR.
Hospitalier	Psychiatrie	Améliorer l'accès aux soins	74		30/11/2011	URPS ML	Commission spécialisée	Organiser le circuit de l'urgence avec l'ensemble des partenaires impliqués : Il serait bon de ne pas oublier les médecins libéraux dans ce circuit de l'urgence psychiatrique. Ce sont souvent eux en effet qui interviennent au domicile du patient afin de réaliser les certificats d'ASPSC (admissions en soins psychiatriques sans consentement).

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Réanimation Soins Intensifs Surveillance Continue		83	2.1.1.2	03/10/2011	CH DOLE	CRSA	Il convient de préciser que la non mise en œuvre de la surveillance continue adjointe à la réanimation du CH Dole n'est pas du fait de l'établissement. Cette non-conformité réglementaire relève de la décision de l'ARS d'interrompre les travaux permettant de la lever.
Hospitalier	Réanimation Soins Intensifs Surveillance Continue				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Problématique de la faisabilité du SROS alors que l'ARS a stoppé pour des raisons financières certaines opérations de mise en conformité de REA (LONS, DOLE)
Hospitalier	Soins aux détenus	Orientations stratégiques	201		14/11/2011	FEHAP	Commission spécialisée	Souhait de voir ce volet étoffé : - en considération du rôle joué par les établissements psychiatriques impliqués dans la région avec la demande d'une réelle reconnaissance et l'allocation de ressources budgétaires supplémentaires pour renforcer encore le travail de prévention et de suivi apporté. - car le SMPR de Dijon et les UHSA de Lyon et de Nancy ne répondront pas à l'ensemble des problématiques rencontrées : - gestion courte des crises - gestion préparatoire et transitoire des transferts - car en région, nos établissements devront encore assumer la prise en charge des placements judiciaires (obligation de soins ...)
Hospitalier	Soins de Longue Durée		126	2.2.2.1	03/10/2011	CH DOLE	CRSA	Une erreur matérielle s'est glissée dans l'appréciation des inégalités territoriales dans la répartition des USLD : si le Nord Jura compte bien 32 lits pour environ 10 000 hab, le Sud Jura dispose de 111 lits (et non 11) pour 150 000 hab.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Soins de Longue Durée				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	<p>Rappelle que la politique de convergence tarifaire limite de façon drastique les moyens des services</p> <p>Le partenariat mené entre la CDSR « Les Tilleroyes » et le réseau gérontologique bisontin dans la prise en charge des Personnes âgées pour parvenir à fluidifier au mieux la prise en charge (évaluation – admission directe depuis le domicile) (P119/3.3).</p> <p>? (P 118/2.2.2) dans le chapitre des axes d'amélioration de rechercher les pistes d'une tarification adaptée pour pouvoir maintenir dans la région une offre complète sur certains établissements.</p> <p>Nécessité de mettre en place un logiciel d'orientation des patients au sein des établissements.</p>
Hospitalier	Soins de Suite et de Réadaptation				03/10/2011	CH DOLE	CRSA	<p>Axes de consolidation / amélioration : indiquer la nécessité d'une remise à plat des conditions de financements des activités de SSR au regard de l'activité produite. Les différences notoires de valorisation du point IVA produit entre établissements au sein de la région et mises en lumière par une enquête de la fHF produite début 2011 sont de nature à mettre en péril le maintien d'une offre complète sur certains établissements sous-dotés. Le financement du développement d'activités nouvelles ne pourra être réalisé par le maintien de situations où des établissements supportent un sous-financement grâce à leurs activités ou du déficit. Par ailleurs, la mise en oeuvre d'une réflexion sur les patients "en impasse de lits d'aval" mériterait d'être intégrée dans les objectifs régionaux et donner lieu à un suivi à travers un indicateur.</p>
Hospitalier	Soins de Suite et de Réadaptation				08/11/2011	CHVS GRAY	CRSA	<p>Objectif quantifié pour Gray : 1 implantation en hospitalisation complète et de jour</p> <p>Il a été demandé en 2008 mais non enregistrée "1 implantation en hospitalisation complète et de jour avec prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.</p> <p>Nous insistons pour que cette demande initiale soit enregistrée et notée dans le PRS (un courrier a été adressé à la DG ARS)</p>
Hospitalier	Soins de Suite et de Réadaptation		119	3.3	24/10/2011	CS Tilleroyes	CRSA	<p>La spécialité SSR prise en charge des Personnes âgées n'est pas spécifiée (pourtant retenue au CDSR les Tilleroyes)</p>

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Soins de Suite et de Réadaptation		120	5	24/10/2011	CS Tilleroyes	CRSA	<p>20% des admissiops au CDSR se font depuis le domicile. Localement, il n'y a pas besoin d'entente préalable (???)</p> <p>L'une des missions du réseau gérontologique bisontin est de proposer la meilleure orientation pour juger de la pertinence ou non de l'hospitalisation et ainsi, de faciliter si nécessaire l'admission dircete en SSR. Cette évaluation permet de contribuer à l'amélioration de la fluidité de la filière de soins.</p> <p>Par ailleurs, compte tenu de la diversité des offres de soins au CDSR, cette évaluation peut être réalisée notamment en consultatipn externe ou en hôpital de jour.</p>
Hospitalier	Soins de Suite et de Réadaptation		113		14/11/2011	FEHAP	Commission spécialisée	<p>Le schéma relève d'une approche raisonnable compte tenu du contexte budgétaire des moyens limités qui permet de viser la préservation de « l'existant » en terme d'implantation et de répondre aux besoins en addictologie.</p> <p>De fortes interrogations toutefois sur le risque de recombposition de l'offre (ce qui n'est qu'esquissé) au travers des incertitudes que font peser sur les établissements les questions de taille (effet T2A), de masse critique et de gradation.</p>
Hospitalier	Soins de Suite et de Réadaptation				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	<p>La problématique de BESANCON et la demande du CHU de disposer de lits de SSR n'est pas évoquée</p> <p>Nécessité de disposer d'un logiciel d'orientation des patients dont seront dotés tous les établissements</p>
Hospitalier	Soins palliatifs	Lits identifiés SP	194	2.1.1.3	08/11/2011	CHVS GRAY	CRSA	<p>Il serait pertinent de mutualiser l'Equipe mobile évaluation orientation gérontologique (EMEEOG) avec l'EMSP du CHU afin d'utiliser au mieux les moyens. Les temps infirmiers et secrétariat sont en particulier insuffisants au CHU et semblent surévalués actuellement pour le CH de Gray.</p>
Hospitalier	Soins palliatifs				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	<p>Importante problématique de moyens, notamment MIG: par exemple crédibilité de l'extension des EMSP aux EHPAD?</p> <p>Nécessité d'étendre le dispositif de lits identifiés, notamment dans les ex-HL</p>

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Usagers	Soins palliatifs AMP Diagnostic prénatal Psychiatrie	Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins			24/10/2011	FC Parkinson	CRSA	Au sujet de l'aide aux aidants, je redis qu'il convient de leur assurer de vrais moments de répit, afin qu'ils puissent laisser « en toute confiance » leur aidé pour prendre des vacances pendant 15j de suite par exemple ; les mesures actuelles sont insuffisantes. De même pour le soutien à domicile, tout est insuffisant et trop cher pour assurer une vie correcte aux bénéficiaires et à leurs aidants. Il y a des files d'attente pour les SSIAD, ASSAD et autres structures de ce genre, et aussi pour les placements en institution ; les IDE ne veulent plus faire de toilette, les aidants sont devant des problèmes insolubles, donc il faut arrêter de prôner les bienfaits de l'organisation du soutien à domicile dont le poids repose essentiellement sur les familles. Quant à l'autre solution, l'entrée en institution, aucune personne de ma connaissance ne veut y entrer sauf à être contraint. Par les témoignages de nos adhérents et par nos expériences personnelles, nous voyons la misère de la prise en soin et en charge des personnes âgées, handicapées, malades ou les trois à la fois et l'épuisement de l'entourage. Personne de notre association n'a voulu assister, nous ne voulions pas entendre des discours convenus. Nous n'osons pas penser à l'avenir, au nôtre aussi, lorsque nous arriverons sur ce « marché ».
Hospitalier	Unités de soins de longue durée		123		14/11/2011	FEHAP	Commission spécialisée	Le non respect des préconisations du SROS 3 révisé en 2009 et la déclassification de 622 lits d'USLD dans la région en 2008 ont largement perturbé la mission et le fonctionnement de ces établissements et impose d'activer rapidement les nouvelles orientations stratégiques (P 127/3). Pour rappel, le volet du SROS révisé préconisait que chaque territoire de santé soit doté d'une USLD de 80 lits au sein de laquelle 30 lits soient spécialisés en psycho-gériatrie. L'actuelle politique de convergence tarifaire et la faiblesse historique des moyens fonctionnels alloués à ces unités hypothèquent les perspectives de réorientation stratégiques
Hospitalier	Urgences	Amélioration de la qualité et de la sécurité de la réponse téléphonique 15	94	2.2.2.2	03/10/2011	SOS Médecins Doubs	CRSA	Le 3966 n'est pas le seul numéro de régulation libérale de nuit et WE en FC. Le mot "unique" dans "numéro d'appel unique" est contraire à l'article L6314-1 du CSP provenant de la Loi HPST Le mot "unique" est également contraire au décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins dans son article R6315-3. L'application des textes législatifs et réglementaires concernant l'accès à la régulation médicale téléphonique et au médecin de permanence par le n° national 15, comme par le N° des centres d'appel des associations de Permanence des Soins interconnectées avec ce n° national doit donc être respectée.
Hospitalier	Urgences	Améliorer les filières de prise en charge des patients	98	3.1.3	03/10/2011	SOS Médecins Doubs	CRSA	Ne pas oublier les libéraux et SOS Médecins. C'est eux qui font souvent les certificats pour les ASPSC et qui doivent convaincre les patients de monter dans l'ambulance

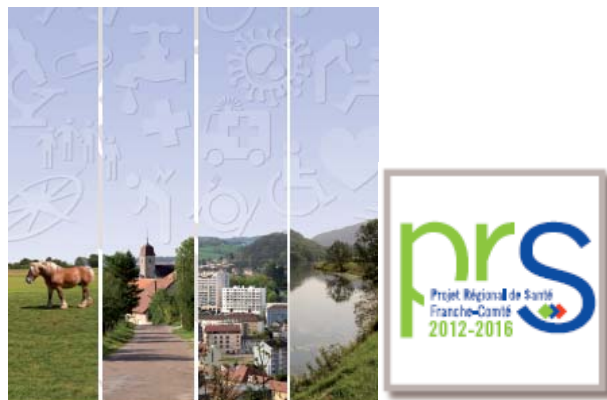
Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Urgences	Actions spécifiques de coordination	103	5.2	03/10/2011	SOS Médecins Doubs	CRSA	Il ne faut pas oublier le rôle des libéraux et des médecins de garde qui interviennent dans les EHPAD la nuit, le WE et qui évitent des hospitalisations. SOS Médecins assure depuis de longues années la permanence des soins de tous les EHPAD de son secteur.
Hospitalier	Urgences				28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	S'oppose en l'état à la plate forme ambulancière régionale. Souhaite une reprise de la concertation à partir de la réalité sur les territoires Pour les SMUR la MIG ne couvre pas tous les objectifs du SROS Problématique de l'Hélicoptère Régional
Hospitalier	Urgences	Amélioration de la qualité et de la sécurité de la réponse téléphonique	94	2.2.2.2	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	La bascule nocturne du CRRA du Territoire de Belfort sur la plateforme de Besançon est citée comme étant effective. Cela n'est pas le cas. Aucun schéma de bascule n'existe actuellement. le nombre de carence est important est en forte augmentation depuis cinq ans : entre + 70 et + 85 % selon les départements. Les carences ont lieu la nuit mais aussi de manière tout aussi importante en fin de matinée et en début d'après midi, les fins de semaines et les jours fériés.
Hospitalier	Urgences	Mise en cohérence des Schémas départementaux	95	2.2.2.4	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	Le diagnostic est faux. Il n'existe aucune difficulté pour les Sdis : le travail préparatoire est réalisé depuis trois ans ! Le SAMU 90 – nommé par l'ARH responsable pour les SAMU de Franche Comté – n'a produit aucune donnée ! Aussi, aucun travail de mise en cohérence n'a pu être fait.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Urgences	Système d'information et Télé médecine	95	2.2.2.5	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	Les liens du CRRA 15 avec les CTA ne sont pas évoqués alors qu'ils sont prévus au référentiel SAP. Des propositions, au titre des 4 SDIS et du CHU de Besançon, ont été faites à l'ARS en fin d'année 2010.
Hospitalier	Urgences	Points forts	95	2.3.1	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	La mise en place des Médecins correspondant du SAMU a entraîné des problèmes de régulation et de prise en charge des victimes. Le préfet du Doubs a fixé un protocole d'engagement, opposable aux médecins correspondant du SAMU ayant le statut de sapeur-pompier volontaire. Il est annexé à la convention liant le médecin correspondant du SAMU et l'hôpital. Par ailleurs, une meilleure intégration des infirmiers et des médecins de sapeur-pompier est un axe d'amélioration notable.
Hospitalier	Urgences	Améliorer la prise en charge pré-hospitalière	97	3.1.1	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	Les Sdis doivent être associés au groupe de travail car ils : - assurent les missions de médicalisations lorsqu'il y a carence de SMUR ; - assurent les transports des victimes dans de très nombreuses missions ; - engagent des infirmiers pour améliorer la prise en charge des victimes avant l'arrivée des SMUR. La médicalisation de l'hélicoptère de la Sécurité civile est prévue dans le cadre d'un protocole intégrant les ressources médicales (médecins et infirmiers) des Sdis.
Hospitalier	Urgences	Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse téléphonique du centre 15	97	3.1.2	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	Renforcer et sécuriser les moyens techniques d'interconnexion entre le CRRA 15 et les 4 CTACODIS de la région. » Réduire le nombre de missions des Sdis réalisées par carence des transporteurs ambulanciers.

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Instance			Remarques
					Date	Emetteur	Type	
Hospitalier	Urgences	Améliorer les filières de prise en charge des patients (p 98)	98	3.1.3	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	Rajouter dans le paragraphe En aval - lien avec les Sdis en raison des missions de secours à personne dont la destination des victimes est essentiellement les urgences.
Hospitalier	Urgences	Mettre en cohérence les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et le SROS-PRS	99	3.1.5	14/11/2011	SDIS 25	CRSA	Les SAMU produiront les données afin de compléter celles déjà produites par les Sdis.
Général	Général				14/11/2011	FEHAP	Commission spécialisée	Le document PRS, bien que de méthodologie et d'élaboration dirigées nationalement, est à l'issue des phases de concertation qui se sont tenues en 2011 dans notre région un outil sur lequel nous émettons un avis favorable en ne souhaitant pas le « remaniement contracté » du document. Il reprend bien désormais les problématiques démographiques de personnels (médicaux, para médicaux) qui exigent bien que soient mises en œuvre des stratégies fortes de recrutements et de formations ... au lieu d'être un leitmotiv au regroupement des institutions. Bien que le SROS-PRS ne porte pas de dispositions nouvelles majeures, d'impact économique lourd, nous sommes inquiets quant à son financement en considération de la dégradation des ressources actuellement allouées à notre région.
Général					28/10/2011	FHF	Commission spécialisée	Vives inquiétudes quant au financement du SROS-PRS. Privilégier la nature stratégique du SROS: trop de dispositions d'organisation relevant de la compétence des acteurs Il est regrettable que certains volets n'aient pas fait l'objet d'une concertation formalisée (PDSSES) et/ou soient reportés (Chirurgie) . Nécessité d'une concertation formelle, d'une méthodologie partagée et d'un calendrier sur ces points et sur les Missions d'Intérêt Général



11 – Avis des différents partenaires ou acteurs sur le Schéma Médico-social (SROMS)



CRSA - La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Introduction			4	1.2	14/10/2011	ASSAD	Il conviendrait de rajouter : - Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) o autorisés par les conseils généraux dans le cadre de la loi du 2/01/02 o agréés qualité dans le cadre des services à la personne. - Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) . - Accueil de jour
Introduction			3		21/11/2011	Commission spécialisée	Il conviendrait de rajouter : - Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) . autorisés par les conseils généraux dans le cadre de la loi du 2/01/02 . agréés qualité dans le cadre des services à la personne. - Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). - Accueil de jour
Personnes Agées	Conforter la démarche Qualité		51	2.2	12/10/2011	Commission spécialisée	Importance d'un accompagnement de la démarche d'évaluation interne des établissements et services, par un professionnel qualitatif. Il faut créer un GIP RéQuaMS dont le financement doit être tripartite : ARS, CG et les établissements ou services. Le RéQuaMS doit être un véritable diffuseur de qualité et de suivi permanent. La mutualisation des moyens humains « qualitatif » ne peut passer que par un organisme solide comme le RéQuaMS.
Personnes Agées	Consolider l'offre d'accueil en EHPAD	Diagnostic	56	2.1	09/11/2011	MUT Jura	Il n'est prévu aucun appel à projet EHPAD pour la durée du plan (CAD jusqu'à fin 2016 !) Le taux d'équipement du Jura est supérieur à la moyenne nationale, mais les listes d'attente sont très importantes et le pic du vieillissement est devant nous. Le schéma souffre donc selon nous d'un manque d'anticipation du vieillissement de la population (et pourtant les statistiques en la matière sont connues). On ne peut s'empêcher de faire le rapprochement avec ce qui se passe en matière de démographie médicale, où le manque d'anticipation nous conduit à une démographie qui est déjà difficile, ces difficultés devant s'accroître au cours de la décennie à venir. La promotion du maintien à domicile exige des moyens humains bien plus importants pour être réelle et efficace et en tout état de cause ne saurait résoudre le problème grave des personnes âgées handicapées ou atteintes de maladies neurologiques pour lesquelles le domicile atteint très rapidement ses limites. UHR PASA : Le document ne dit rien sur le fait que nos EHPAD hébergent d'ores et déjà de nombreux malades Alzheimer, sans aucun moyen supplémentaire et dans le même temps les évaluations des niveaux de dépendance ARS sont tirées vers le bas : résultat : le niveau des dotations soins Nous avons toutes les raisons d'être très inquiets car cette situation préoccupante n'apparaît pas dans le schéma.

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		72	2	19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	<p>Les fiches SROMS ne reflètent pas la situation des C.A.M.S.P. en Franche Comté. Au plan national (cf CNSA étude quantitative 2008) comme au plan régional, les indicateurs, quand ils existent, sont souvent peu pertinents ou très incomplets. Ils sont souvent la conséquence de modifications administratives successives, transformation, extension ou révision, pas toujours établies sur les mêmes bases.</p> <p>A l'heure de définir le PRS avec des indicateurs, notamment nationaux, il apparaît très clairement des incohérences et des disparités qu'il convient de « mettre à plat » avant d'envisager toute stratégie ou de fixer des objectifs.</p>
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73 - 74	2.1.1	19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	<p>Harmoniser en pondérant les agréments des C.A.M.S.P. de Franche-Comté, sur la base des dotations accordées et en discernant « places agréées » et « file active », et en les rapportant aux bassins de population réels.</p> <p>Le tableau suivant compare le taux d'équipement tel qu'il est traduit avec les données SROMS actuelles avec ce qu'il pourrait être avec des agréments révisés en fonction de la situation réelle des CAMSP en Franche-Comté (proposition ANECAMSP).</p> <p>Rapporter les 78 places du C.A.M.S.P. de l'Aire Urbaine sur les 3 départements concernés.</p> <p>Non développé car déjà argumenté par ailleurs.</p> <p>Pondérer l'agrément du C.A.M.S.P. du Doubs à 80 places au lieu de 120 actuellement.</p> <p>L'explication de cet écart est historique. Le C.A.M.S.P. du Doubs a été agréé initialement pour le diagnostic d'une centaine d'enfants, en file active annuelle. Or, en 2005, lors de l'extension pour le « suivi thérapeutique » de 40 enfants, 20 places l'ont été par redéploiement et 20 autres créées. Aussi, l'agrément est donc devenu : 80 enfants en file active pour le diagnostic et 40 places «suivi thérapeutique ». Sauf que l'agrément a été libellé « en places » pour l'ensemble de la structure, soit 120. Il aurait du stipuler 40 places « diagnostic » (soit 80 en file active) et 40 en suivi thérapeutique. Les moyens alloués l'ont été sur cette base de 80 places et non 120.</p>
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73 - 74	2.1.1	19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	<p>Pondérer l'agrément du Jura à 60 places ou le doter de moyens supplémentaires Rapporté à la dotation en ETP du Jura, l'agrément devrait être d'environ 60 places (120 en file active). Par comparaison, pour 160 places agréées, la dotation en ETP devrait être d'environ 20 pour avoir un ratio qui se situerait dans la fourchette basse de l'équipement moyen des C.A.M.S.P. En outre, l'activité actuelle du C.A.M.S.P. du Jura fait apparaître une durée moyenne de 12 mois pour 5 interventions en moyenne par enfants admis, ce qui doit être le plus faible score national !</p> <p>Modifier l'analyse pour le C.A.M.S.P. de Vesoul</p> <p>Le C.A.M.S.P. de Vesoul fonctionne différemment des autres C.A.M.S.P. de Franche-Comté.</p> <p>Sur la base du tableau 2, même s'il reste sous doté, comparativement au plan national, il est le département comtois le mieux équipé, alors que le PRS indique l'inverse.</p>

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73		19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	Réorganiser l'offre de service des 4 CAMSP comtois autour du CHU et des 5 hôpitaux régionaux pour: -harmoniser un fonctionnement cohérent sur l'ensemble du territoire régional concernant l'accompagnement des bébés fragiles à la sortie des services de néonatalogie (dépistage et prévention des handicaps, suivi thérapeutique)

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73		19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	Structurer l'activité en deux missions distinctes pour les 4 CAMSP : -diagnostique qui doit fonctionner sans liste d'attente, en file active et sur une durée moyenne de 4 à 6 mois maxi (entre 10 et 20 séances) -suivi thérapeutique qui doit assurer le suivi d'enfants non déficients mais présentant des facteurs de risques (médical, socio-familial) ou des troubles de leur développement suite à des difficultés néonatales (prématurité, anoxie néonatale) ou à ds pathologies précoces (épilepsie, maladies génétiques, syndromes malformatifs...)
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73		19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	Développer l'accompagnement à la parentalité des parents déficients intellectuels en étroite collaboration avec les services PMI et ASE (type COPA : coordination parentalité sur Besançon)
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73		19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	Positionner les CAMSP en amont des SESSAD, en articulation privilégiée avec les services de maternité, de néonatalogie, de périnatalité, en ciblant prioritairement les enfants de 0 à 3 ans pour la prévention et le dépistage en cohérence avec l'enquête CNSA de 2008
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73		19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté	Développer un suivi thérapeutique spécifique "troubles neuro-développementaux" pour enfants de 3-6 ans ne relevant ni de la MDPH, ni de la psychiatrie, ni des CMPP. Il s'agit essentiellement d'enfants ayant des difficultés des apprentissages ou des troubles du comportement, qui nécessite à la fois une évaluation neurologique et neuropsychologique (à visée diagnostique) ainsi qu'un soutien éducatif et rééducatif spécifique dédié.
Personnes Agées	Développer un parcours de soins optimisé		73		19/10/2011	ANECAMPS Franche-Comté / CAMSP JURA	Suite au courrier adressé par Monsieur GERMAIN, Délégué régional de l'ANECAMSP du 19/10/11, le Directeur du CAMSP du Jura précise : Ce courrier, les analyses et préconisations qu'il contient, n'engage que leur auteur qui n'a pas mandat à s'exprimer pour les CAMSP de Franche-Comté sur cette question. En effet, en tant que Directeur du CAMSP du Jura, j'ai été sollicité pour transmettre des données relatives à notre activité ce que j'ai autorisé volontiers dans un souci de transparence. Par contre, à aucun moment, je n'ai été convié, pas plus que mon collègue de Haute Saône, à l'analyse de ces données régionales et aux conclusions qui vous ont été transmises et qu'il ne me semblerait pas pertinent d'intégrer en l'état dans le SROMS.

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		25	2.1	14/10/2011	ASSAD	Le taux d'équipement en SSIAD est supérieur à celui observé au niveau national. Cependant il nous semble encore insuffisant au regard des besoins, d'une population âgée qui augmente et dans un contexte régional marqué par la ruralité et l'isolement. Actuellement les acteurs de terrain constatent un glissement des tâches des SSIAD vers les SAAD. Ainsi de plus en plus d'aide à domicile dont ce n'est pas la fonction et qui n'en ont pas nécessairement les compétences assument des actes relevant du soin.
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		36	3.6	14/10/2011	ASSAD	ajouter : - Travailler à la définition d'une offre de prestation « sortie d'hospitalisation » adaptée aux besoins des personnes âgées (réactivité, souplesse...) et respectueuse des conditions de travail des salariés (prévention des risques professionnels) - Mettre en œuvre des expérimentations en s'appuyant sur l'expertise acquise dans le dispositif GIE IMPA
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		30	2.5	14/10/2011	ASSAD	Les démarches bientraitance et qualité à domicile doivent bien sûr s'appuyer sur les personnels des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) mais aussi et surtout sur ceux des SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile) qui sont beaucoup plus nombreux * et touchent donc un nombre beaucoup plus important de personnes âgées et d'aidants. *Chiffres collectif franc Comtois de l'aide à domicile au 31/12/10 - 440 aides soignantes en SSIAD - 4600 aides à domicile en SAAD
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		23		21/11/2011	Commission spécialisée	Dans les leviers d'action modifier le dernier alinéa comme suit : • Veiller au développement d'un dispositif de sortie d'hospitalisation pour toutes les personnes âgées en GIR 1 à 4, la question des GIR 5 et 6 étant prise en compte par la SH du GIE IMPA. et ajouter : • Travailler à la définition d'une offre spécifique de « sortie d'hospitalisation » répondant aux besoins des personnes âgées en GIE 1 à 4, adaptée (réactivité, souplesse...) et en cohérence avec une approche coût / bénéfice, validée par les pouvoirs publics, du fait de la réalité de certaines des situations visées.
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		23		21/11/2011	Commission spécialisée	Le groupe de travail insiste sur les modalités particulières à envisager vis à vis des professionnels concernés, respect des conditions de travail des salariés, prévention des risques professionnels et prise en compte des risques psycho sociaux. - Mettre en œuvre une expérimentation en s'appuyant sur l'expertise acquise dans le dispositif GIE IMPA, après confirmation des objectifs visés. - Les exigences en termes de taux d'occupation sont trop élevées, et ne permettent pas de répondre favorablement aux situations d'urgence. - Nécessité de prévoir des équipes de remplacement. - Les accueils de jours doivent être développés, car ils répondent à un besoin, et sont une réponse directe à l'aide qui peut être apportée aux aidants. Cependant, les structures d'accueil doivent être en mesure de proposer un mode de transport pour garantir la pérennité du fonctionnement. Il est indispensable de soutenir financièrement ce transport, soit par une revalorisation du coût du trajet, soit par l'aide à l'acquisition d'un véhicule adapté et à sa conduite (temps de conducteur). Des synergies doivent être développées avec des partenaires externes pour réduire ces coûts. Une réflexion sur le modèle économique d'un système de transport reste à développer (types de véhicules, personnels, modalités de gestion, implantation territoriale du parc, compatibilité / complémentarité avec d'autres besoins non ou mal couverts en matière de transports, en relation avec le système de santé ou pas, etc).

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		23		21/11/2011	Commission spécialisée	<p>Le taux d'équipement en SSIAD est supérieur à celui observé au niveau national. Cependant il nous semble encore insuffisant au regard des besoins, d'une population âgée qui augmente et dans un contexte régional marqué par la ruralité et l'isolement. Actuellement les acteurs de terrain constatent un glissement des tâches des SSIAD vers les SAAD. Ainsi de plus en plus d'aide à domicile dont ce n'est pas la fonction et qui n'en ont pas nécessairement les compétences assument des actes relevant du soin.</p> <p>- Ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler à la définition d'une offre de prestation « sortie d'hospitalisation » adaptée aux besoins des personnes âgées (réactivité, souplesse...) et respectueuse des conditions de travail des salariés (prévention des risques professionnels) • Mettre en œuvre des expérimentations en s'appuyant sur l'expertise acquise dans le dispositif GIE IMPA <p>- Les démarches "bienveillance" et "qualité à domicile" doivent bien sûr s'appuyer sur les personnels des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) mais aussi et surtout sur ceux des SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile) qui sont beaucoup plus nombreux * et touchent donc un nombre beaucoup plus important de personnes âgées et d'aidants.</p> <p>*Chiffres collectif franc Comtois de l'aide à domicile au 31/12/10</p> <ul style="list-style-type: none"> - 440 aides soignantes en SSIAD - 4600 aides à domicile en SAAD
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		23		21/11/2011	Commission spécialisée	<p>L'Hospitalisation A Domicile peut intervenir dans les Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes dans trois champs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Période de phase aiguë d'une pathologie. • Accompagnement de fin de vie • Favoriser le retour d'une Hospitalisation en établissement <p>Cette prise en charge est facilitée en EHPAD par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence continue au chevet du patient • Médicalisation aisée • Contexte social maîtrisé <p>Seuls les critères médicaux doivent être satisfaits.</p> <p>Ainsi pour développer l'HAD dans les EHPAD, l'objectif est de créer le réflexe de sollicitation des EHPAD.</p> <p>Pour ce faire, cinq axes doivent être travaillés :</p> <p>1° Communication avec les personnes ressources des EHPAD sur les critères HAD</p>
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile			2.2	12/10/2011	Commission spécialisée	<p>L'Hospitalisation A Domicile peut intervenir dans les Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes dans trois champs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Période de phase aiguë d'une pathologie. - Accompagnement de fin de vie - Favoriser le retour d'une Hospitalisation en établissement <p>Cette prise en charge est facilitée en EHPAD par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence continue au chevet du patient - Médicalisation aisée - Contexte social maîtrisé

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile			2.2	12/10/2011	Commission spécialisée	<p>Seuls les critères médicaux doivent être satisfaits. Ainsi pour développer l'HAD dans les EHPAD, l'objectif est de créer le réflexe de sollicitation des EHPAD.</p> <p>Pour ce faire, cinq axes doivent être travaillés :</p> <p>1° Communication avec les personnes ressources des EHPAD sur les critères HAD - Equipe de direction (Administratif et soins) - Médecin coordonnateur EHPAD - Médecins traitants des résidents</p> <p>2° Développer le lien sur des thématiques précises : - L'accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs sont de véritables besoins en EHPAD. A ce titre, l'HAD pourrait apporter son expérience et son savoir faire en relais de l'équipe mobile des soins Palliatifs - Soins de suite et de réadaptation - Prise en charge de la douleur</p> <p>3° Evaluer rétrospectivement sur 2 EHPAD par exemple, tous les dossiers d'hospitalisation en établissement durant une période donnée pour identifier les possibilités de retarder ou écourter l'Hospitalisation traditionnelle avec l'intervention de l'HAD.</p> <p>4° Inscrire aux CPOM ou convention tripartite des EHPAD, le conventionnement avec l'HAD. Ceci permettra d'inciter les demandes de collaborations.</p> <p>5° Intégrer la collaboration entre les EHPAD et l'HAD dans les CPOM respectifs et procéder à son évaluation.</p> <p>Conclusion La collaboration EHPAD et HAD pourrait permettre de limiter la perte de journées hébergement et dépendance facturées pour les EHPAD. Une collaboration régulière EHPAD et HAD permettrait également la création de mini antenne avancée pour l'HAD.</p>
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile	Diagnostic	24	2	24/10/2011	CS Tilleroyes	Rôle du Réseau Géronto Bisontin qui contribue en lien avec l'ensemble des acteurs du domicile à assurer le maintien à domicile des personnes âgées fragiles
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile	Dynamique de secteur	26	2.1	24/10/2011	CS Tilleroyes	Ne pas oublier le rôle RGB dans ces sorties d'hospitalisations
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile	Spécificité de la prise en charge PEC	28	2.2	24/10/2011	CS Tilleroyes	A noter l'ouverture prochaine (novembre 2011) d'une Unité de Réhabilitation cognito-comportementale (UCC) au CDSR les Tilleroyes
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile	Coordination des suivis de la personne âgée	29	2.3	24/10/2011	CS Tilleroyes	Depuis sa création (2006) le Réseau Gérontologique Bisontin apporte sa contribution à la coordination des situation des personnes âgées, et en particulier des personnes présentant des troubles cognitifs et du comportement.
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile	Démarche bientraitance	30	2.5	24/10/2011	CS Tilleroyes	Il s'agit là encore d'une des missions du RGB par le biais de l'éducation à la santé et de la vigilance mise en place autour du patient de favoriser une réelle démarche de bientraitance.
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile	Evitement des situations de rupture	30	2.6	24/10/2011	CS Tilleroyes	<p>Le dispositif de sortie d'hospitalisation concerne également le RGB quelque soit le degré de dépendance de la personne mais en particulier des patients lourds pour un périmètre limité à la ville de Besançon.</p> <p>-Le CDSR Les Tilleroyes peut jouer le rôle d'un centre « recours » avec la diversité de son offre de soins</p>

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		36	3.6	19/10/2011	MSA	<p>Dans les leviers d'action modifier le dernier alinéa comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiller au développement d'un dispositif de sortie d'hospitalisation pour toutes les personnes âgées en GIR 1 à 4, la question des GIR 5 et 6 étant prise en compte par la SH du GIE IMPA. <p>Et ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travailler à la définition d'une offre spécifique de « sortie d'hospitalisation » répondant aux besoins des personnes âgées en GIE 1 à 4, adaptée (réactivité, souplesse...) et en cohérence avec une approche coût / bénéfice, validée par les pouvoirs publics, du fait de la réalité de certaines des situations visées. - Le groupe de travail insiste sur les modalités particulières à envisager vis à vis des professionnels concernés, respect des conditions de travail des salariés, prévention des risques professionnels et prise en compte des risques psycho sociaux. - Mettre en œuvre une expérimentations en s'appuyant sur l'expertise acquise dans le dispositif GIE IMPA, après confirmation des objectifs visés
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile		32	2.7.2	19/10/2011	MSA	<p>Les exigences en terme de taux d'occupation sont trop élevées, et ne permettent pas de répondre favorablement aux situations d'urgence. Nécessité de prévoir des équipes de remplacement.</p> <p>Les accueils de jours doivent être développés, car ils répondent à un besoin, et sont une réponse directe à l'aide qui peut être apportée aux aidants. Cependant, les structures d'accueil doivent être en mesure de proposer un mode de transport pour garantir la pérennité du fonctionnement. Il est indispensable de soutenir financièrement ce transport, soit par une revalorisation du coût du trajet, soit par l'aide à l'acquisition d'un véhicule adapté et à sa conduite (temps de conducteur). Des synergies doivent être développées avec des partenaires externes pour réduire ces coûts. Une réflexion sur le modèle économique d'un système de transport reste à développer (types de véhicules, personnels, modalités de gestion, implantation territoriale du parc, compatibilité / complémentarité avec d'autres besoins non ou mal couverts en matière de transports, en relation avec le système de santé ou pas, etc).</p>
Personnes Agées	Optimiser le maintien à domicile	Diagnostic	23	2.1	09/11/2011	MUT Jura	<p>Personnes âgées à domicile :</p> <p>L'offre de SSIAD est jugée suffisante</p> <p>S'agissant des moyens, des difficultés des services à domicile, des SSIAD (notamment sur le Haut Jura manque de personnel pour faire fonctionner les SSIAD, du fait de la proximité de la Suisse.</p> <p>Il serait souhaitable d'insister sur l'intervention de l'HAD au domicile pour des retours anticipés et sécurisés (éviter des retours intempestifs aux urgences) avant le passage de relais aux SSIAD.</p>

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Préambule		17		21/11/2011	Commission spécialisée	<p>Ces données n'apparaissent pas en cohérence avec les besoins d'une population vieillissante.</p> <p>Proposer une ligne budgétaire spécifique pour les dépenses de formation continue extra-PAUF, en matière de prise en charge soins, en les inscrivant dans un parcours professionnel obligatoire, permettant cette différenciation d'avec les plans de formations annuels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'une réflexion sur les besoins de qualification proches des compétences soins, par exemple, un plan de qualification polyvalent. - Idée d'une mission de coordination assurée par l'ARS <p>Le surcoût des frais de personnel de remplacement lors des formations spécifiques soins devrait être porté par l'ARS et ce dans le cadre de la dotation globale.</p>
Personnes Agées	Préambule		17	1	12/10/2011	Commission spécialisée	Ces données n'apparaissent pas en cohérence avec les besoins d'une population vieillissante

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD		44	2.4	12/10/2011	Commission spécialisée	<p>Le problème du ratio encadrement des centres accueillant des personnes présentant des troubles Alzheimer et apparentés Prévoir un ratio différencié pour les structures spécialisées, différent de celui des EHPAD</p> <p>Il serait important de prendre en compte le plan solidarité grand âge qui préconise un taux d'encadrement un pour un dans les établissements ou services accueillant en majorité des personnes présentant des troubles Alzheimer et apparentés.</p> <p>- Unités Alzheimer : Les unités pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés disposent d'une liste d'attente importante et répondent incontestablement à un réel besoin. Elles nécessitent des moyens humains adaptés et supérieurs au ratio d'encadrement moyen de 0,56 ETP par résident. La réalité est différente : les unités Alzheimer qui sont intégrées dans les établissements « classiques » ne disposent pas de moyens humains supplémentaires, malgré le Plan Solidarité Grand Âge. Cette prise en charge spécifique demande pourtant un renfort de personnel, des efforts doivent être faits en ce sens. Il n'est pas concevable de créer des tarifs différenciés, reportant le financement de la dépendance sur les résidents atteints par cette maladie. Ce serait la double peine.</p>
Personnes Agées	Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD		44	2.4	12/10/2011	Commission spécialisée	<p>Certaines consultations mémoires doivent être délocalisées dans les structures d'accueil pour personnes âgées, car les résidents à mobilité réduite ont beaucoup de mal à se déplacer à l'extérieur.</p>
Personnes Agées	Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD		46	6	12/10/2011	Commission spécialisée	<p>Ajouter un indicateur de suivi : le nombre de salariés formés par l'équipe mobile de soins palliatifs EMSP</p>
Personnes Agées	Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD	Diagnostic	43	2	24/10/2011	CS Tilleroyes	<p>Depuis très longtemps, le CDSR Les Tilleroyes (150 lits de SSR) propose une offre de soins qui s'est progressivement diversifiée pour la prise en charge des personnes âgées : 120 lits SSR gériatriques (avec possibilité d'admissions directes), 4 places d'Hôpital de jour d'évaluation et de réadaptation, avec une équipe mobile, une consultation mémoire labellisée, des consultations externes. Par ailleurs, l'établissement est promoteur du Réseau Gérontologique Bisontin.</p> <p>- Ainsi cet établissement est un des éléments constitutifs de la filière gériatrique en raison de ses liens étroits avec le CHU, les médecins libéraux et tous les partenaires du domicile, ainsi qu'avec les EHPAD...</p>

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Agées	Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD	Formation, évolution des pratiques et recherche			19/10/2011	MSA	Proposer une ligne budgétaire spécifique pour les dépenses de formation continue extra-PAUF, en matière de prise en charge soins, en les inscrivant dans un parcours professionnel obligatoire, permettant cette différenciation d'avec les plans de formations annuels. Nécessité d'une réflexion sur les besoins de qualification proches des compétences soins, par exemple, un plan de qualification polyvalent. Idée d'une mission de coordination assurée par l'ARS Le surcoût des frais de personnel de remplacement lors des formations spécifiques soins devrait être porté par l'ARS et ce dans le cadre de la dotation globale.
Personnes handicapées	Développer un parcours de soins optimisé	MDPH	71		20/10/2011	AHSSEA	Observatoire et pivot pour l'analyse et le repérage des besoins, l'ajustement des réponses au parcours de la personne. Faire apparaître que l'évolution législative est indispensable afin de permettre la mise en oeuvre des modalités d'accompagnement en fonction de l'évolution de l'enfant. Expl : prise en charge simultanée type SESSAD et IME, ou SESSAD et Internat. Intégrer à tous les niveaux de façon précise - dépistage, accompagnement précoce, prise en charge -, la notion de troubles envahissants du développement. Préciser que tous les troubles en "DYS" entrent dans le champ de la MDPH et viennent impacter le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire. Indicateurs de suivi "référentiel" : liste d'attente, nombre de personnes en amendement Creton, nombre de places créées. Mise en place de passerelles entre secteur Enfant et secteur Adulte. Expl : prise en compte du tuilage à 19 ans, entre le SESSAD, l'IMPRO et ou le Service d'Insertion Professionnelle. IME, SESSAD : après 20 ans, nécessité d'un dispositif pour la bonne articulation de la sortie du secteur Enfant et l'entrée dans le secteur Adulte. Nécessité pour toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit le handicap. Inscrire les besoins de SAMSAH Spécialisés, de GEM... Réflexion à mener sur les dispositifs ULIS Lycées et leurs limites - Les CFA, MFR, le Conseil Régional et le secteur médico-social pour favoriser les formations. Besoin de mise en place du PRITH. Besoin d'un Référent ARS dans les CDAPH.
Personnes Handicapées	Développer un parcours de soins optimisé		74	3.2	11/10/2011	Alliances Maladies Rares - Commission Usagers	Renforcer les centres de compétences du CHU de Besançon et sensibiliser les autres hôpitaux Accompagnement psychologique et social des personnes atteintes de maladie rare et de leur famille
Personnes handicapées	Développer un parcours de soins optimisé		71		21/11/2011	Commission spécialisée	Préciser que tous les troubles "Dys" (Dysphasie Dyslexie Dyspraxie) entrent dans le champ de la MDPH et viennent impacter le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire. - Besoin d'un référent ARS dans les CDAPH.
Personnes Handicapées	Développer un parcours de soins optimisé		73	2.1.1	19/09/2011	ETAPES	Oubli pour le Jura : il existe une antenne CAMSP sur St Claude

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Handicapées	général	Garantir à la personne handicapée une prise en charge de sa santé satisfaisante dans son parcours de vie	67		12/10/2011	UNAFAM 39	<p>Lors des diverses commissions ou réunions de la cRSA et de la CT, l'UNAFAM a constaté que l'ARS a fait le choix de ne pas traiter l'approche médico-sociale concernant les adultes atteints de handicap psychique (fiche page 100). Ce choix est en totale contradiction avec les perspectives énumérées à l'objectif 2.3 "Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux..."</p> <p>Par ce choix, l'ARS stigmatise cette population nombreuse, souffrant de troubles sévères (30 000 personnes schizophrènes et bipolaires) sur la Franche-Comté, en la confinant dans le secteur médical et en ne prenant pas en compte que, plus de 80% d'entre eux vivent dans la cité, seul en appartement, souvent chez les parents et pour un certain nombre dans la rue.</p> <p>Pour lutter contre la déshumanisation de ces personnes et leur assurer les conditions d'un plus grand épanouissement personnel, d'une relation à soi-même plus positive, en somme une plus humaine, le développement d'une prise en charge médico-sociale par l'accompagnement en complément de la prise en charge médicale est indispensable.</p> <p>Pour prendre pied dans la vie sociale et s'y intégrer, avec succès, les personnes en souffrance psychique ont besoin d'urgence de "logements accompagnés", médicalement et socialement; ceci permet en outre d'assurer la continuité des soins, la diminution des rechutes donc des réhospitalisations ainsi que la lutte contre l'abandon.</p> <p>En conclusion, nous espérons que dans le cadre du projet finalisé du SROMS, l'ARS intègre l'accompagnement social, relais du soin psychiatrique comme indispensable d'une politique de santé mentale pluri-partenaire, pilotée par l'Etat d'une part et les élus locaux d'autre part.</p>
Personnes Handicapées	général				25/10/2011	UNAFAM Franche-Comté	<p>Nous notons avec satisfaction que le SROMS traite le « handicap psychique de l'enfant et l'adolescent » et que la problématique des personnes atteintes de troubles mentaux et/ou handicapées psychiques est bien prise en compte dans celle des « personnes vulnérables et en grande précarité ».</p> <p>Nous notons en outre que les SDOSMS des différents départements ne suivant pas le même calendrier, le SROMS ne peut être complet.</p> <p>Cependant nous observons, et le regrettons, que les besoins des personnes adultes reconnues handicapées psychiques, sans être en grande précarité, ne font l'objet d'aucune fiche dédiée « handicap psychique » et que pour ce handicap il n'y a pas de mesures propres, comme pour les autres handicaps. Ces nombreuses personnes, reconnues comme handicapés psychiques et que la CNSA estime à 28% des demandes auprès des MDPH, sont en réalité largement prises en charge par leur famille malgré la reconnaissance de leur handicap et les orientations données par les MDPH, car ces orientations demeurent sans suite du fait d'un nombre insuffisant de structures pour les accueillir ou de l'absence des services d'accompagnement médico-social et/ou social préconisés. En outre, toutes les personnes qui bénéficient d'un suivi médical ne sont pas forcément identifiées par les MDPH en l'absence d'attribution d'AAH.</p> <p>Ainsi, même si nous avons relevé des notes ciblant ces personnes dans différentes thématiques du SROMS, le handicap psychique n'est pas, à ce jour, traité à égalité de façon véritablement lisible avec les autres handicaps. Cela nous paraît contraire à la loi de février 2005.</p>
Personnes Handicapées	général				25/10/2011	UNAFAM Franche-Comté	<p>Afin de prendre en compte les véritables réalités de terrain, ayant noté la remarque de Madame Mansion lors de l'assemblée plénière du 5 octobre dernier qui regrettait le manque de documents fiables apportant une vision claire des besoins, nous souhaitons que le SROMS traite l'approche médico-sociale « accompagnement et logement » concernant les adultes atteints de handicap psychique à partir des réflexions de la CNSA et du rapport récent de l'IGAS, de sorte que cette population ne soit pas stigmatisée et confinée dans le secteur médical.</p>

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes handicapées	Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité		89		21/11/2011	Commission spécialisée	Faire apparaitre que l'évolution législative est indispensable afin de permettre la mise en œuvre des modalités d'accompagnement en fonction de l'évolution de l'enfant. Exemple : prise en charge simultanée type SESSAD et IME, ou SESSAD ou internat. - Indicateurs de suivi référentiels : listes d'attente, nombre de personnes en aménagement Creton, nombre de places créées.
Personnes Handicapées	Inscrire les établissements dans un parcours d'adaptation de leur prise en charge dans une logique de qualité		89		26/10/2011	ETAPES	L'insertion professionnelle des adultes en situation de handicap, en milieu ordinaire, protégé ou adapté, n'est pas identifiée en tant qu'objectif alors que c'est une part importante de l'insertion en générale et de l'activité des établissements.
Personnes handicapées	Introduction		69		21/11/2011	Commission spécialisée	Lister les différents types de handicap
Personnes handicapées	Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent	Le handicap psychique	99		20/10/2011	AHSSEA	Les besoins des personnes handicapées psychiques, reconnues comme telles, sans être en grande précarité, ne font l'objet d'aucune fiche dédiée. En outre, pour ce handicap il n'est pas prévu de mesures propres comme pour les autres handicaps, ce qui apparaît contraire à la loi de février 2005. Il est souhaité une approche médico-sociale "Accompagnement et Logement" concernant ces adultes, (28% des demandeurs auprès des MDPH d'après la CNSA), intégrant les réflexions du rapport de l'IGAS d'août 2011. La coordination nécessaire se matérialiserait alors par des conventions entre établissements. A noter que le CGI ne figure pas dans les structures assurant la prise en charge des enfants présentant ce handicap.

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes handicapées	Le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent		99		21/11/2011	Commission spécialisée	Le Centre de Guidance Infantile ne figure pas dans les structures assurant la prise en charge des enfants présentant un handicap psychique. - Mise en place de passerelles multi partenariales PJJ/Sanitaires/Médico-sociales.
Personnes handicapées	Préambule		63		21/11/2011	Commission spécialisée	Le taux d'équipement par rapport à la moyenne nationale n'est pas une cible. Généralités - Les besoins des personnes handicapées psychiques adultes ne font l'objet d'aucune fiche dédiée. Il est souhaité une approche médico-sociale "Accompagnement et logement" concernant ces adultes, intégrant les réflexions du rapport IGAS 08/11.
Personnes handicapées	Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement	Objectif	105	3.1	20/10/2011	AHSSEA	Contribuer à favoriser les modalités d'accompagnement et de prise en charge multidisciplinaires fondés sur des approches thérapeutiques et éducatives reconnues par l'ARS, Ajouter dans objectifs 3.1 : "Mener des réflexions suret les besoins de formation des professionnels, des aidants et des parents. Développer l'apprentissage en IMPRO pour les personnes autistes et les passerelles IME/MAS/FAM/ESAT. Ces structures étant à créer ou à développer de façon significative
Personnes handicapées	Prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement		105		21/11/2011	Commission spécialisée	Contribuer à favoriser les modalités d'accompagnement et de prise en charge multidisciplinaires fondées sur des approches thérapeutiques et éducatives reconnues par l'ARS. - Ajouter "et des parents" dans le levier d'action : Mener des réflexions sur l'accompagnement et les besoins de formation des professionnels des aidants et des parents. - Intégrer à tous les niveaux de façon précise dépistage, accompagnement précoce, prise en charge. - Contribuer à favoriser les modalités d'accompagnement et de prise en charge multidisciplinaires fondées sur des approches thérapeutiques et éducatives reconnues par l'ARS.

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes handicapées	Soutenir le maintien à domicile		77		21/11/2011	Commission spécialisée	<p>Mise en place de passerelles entre secteur enfants et secteur adultes. Exemple : prise en compte du tuilage à 19 ans, entre le SESSAD, l'Impro et/ou le service d'insertion professionnelle.</p> <p>IME, SESSAD : après 20 ans, nécessité d'un dispositif pour la bonne articulation de la sortie du secteur enfant et l'entrée dans le secteur adultes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscrire les besoins de SAMSAH spécialisés, de GEM... - Réflexion à mener sur les dispositifs ULIS Lycées et leurs limites avec les CFA, MFR, le Conseil Régional et le secteur médico-social pour favoriser les formations par alternance et créer la synergie nécessaire. - Besoin de mise en place du PRITH. - Evaluation de l'efficacité de l'accompagnement des AVS. - Utilisation des dispositifs de droit commun par le biais d'une convention de partenariat entre les Missions Locales et le secteur médico-social pour l'utilisation des outils tels que le CIVIS, le CIFA et les différents ateliers proposés par la MILO : préparation au permis de conduire, gestion du budget. - Développer l'apprentissage en Impro pour les personnes autistes et les passerelles IME/MAS/FAM/ESAT. Ces structures étant à créer ou à développer de façon significative.
Personnes Handicapées	Soutenir le maintien à domicile	Diagnostic	79	2.1	20/10/2011	UDAPEI Doubs	<p>Plusieurs éléments de référence du chapitre Insertion Scolaire ne semblent pas refléter la réalité au regard des résultats des travaux conduits au niveau départemental. Certaines données contenues dans les pages 79 et 80 nous laissent perplexes et incrédules notamment par le fait que nous ne pouvons les croiser avec les nôtres et en raison de l'imprécision sur la méthode qui a été utilisée pour les collecter</p> <p>D'autre part, il serait intéressant de connaître les principes qui permettent d'obtenir ce type de résultats ainsi que les clés de répartition.</p> <p>Cette analyse régionale lisse les résultats et ainsi ne prend plus en compte les disparités territoriales liées principalement aux territoires urbains et ruraux. Ce qui a terme peut devenir préjudiciable et mettre en cause le principe d'accessibilité aux soins à tous sur le territoire. Nous devons veiller à garantir une offre de soin équilibrée et juste.</p>

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Handicapées	Soutenir le maintien à domicile	Diagnostic	79	2.1	20/10/2011	UDAPEI Doubs	<p>Tableau 1 page 79 -> D'une manière générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui renseigne ces données, de notre point de vue, « médicales » ? - Les 3 657 élèves répertoriés sont, du point de vue du SROSMS, considérés comme handicapés. Ces élèves relèvent-ils tous de la MDPH ? Si oui, il serait intéressant de savoir à quel titre ils en relèvent, pour une orientation ? Un PPS ? Une AVS ? Une allocation ? Sur quels critères sont-ils comptabilisés ? Les élèves avec un PAI sont-ils concernés ? Y a-t-il des doubles-comptes pour les élèves relevant de plusieurs catégories de troubles ? Si oui, à quel hauteur afin de réviser le chiffre total de 3657. <p>Tableau 1 page 79 -> D'une manière spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 690 élèves sont considérés comme relevant de trouble du psychisme soit 19% de la totalité. ? Sur quels critères sont-ils comptabilisés ? - 324 élèves sont considérés comme relevant de trouble du langage ? Soit 9 % de la totalité – même remarque que trouble du psychisme – - 81 élèves sont considérés comme relevant de troubles viscéraux ? Qu'est-ce que cela recouvre-il concrètement ? <p>Ces 3 catégories de troubles représenteraient 30% des situations des élèves en situation de handicap ? Si cela est vrai, il conviendrait de confirmer que comptabiliser les élèves « handicapés » est différente d'avant (loi de 2005) qui ne considérait que les handicaps traditionnels (intellectuel, moteur, physique,...) et qui représente encore 64 % de la totalité. Dans tous les cas, il convient aussi de confirmer que la répercussion sur la scolarité et sa compensation est totalement différente suivant la catégorie de troubles diagnostiqués car elle ne mobilise pas vraiment les mêmes moyens !!!</p>
Personnes Handicapées	Soutenir le maintien à domicile	Diagnostic	79	2.1	20/10/2011	UDAPEI Doubs	<p>Tableau 2 page 79</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel est le lien entre les 3657 élèves du tableau 1 et les 1 249 du tableau 2 ? Où sont passés les 2 498 élèves manquants ? Ce tableau laisserait à penser que seuls 25 élèves en unité d'enseignement seraient scolarisés à temps partiels ? Alors que de notre point de vue, uniquement pour les élèves déficients intellectuels en IME, ce sont au moins 500 élèves qui ne relèveraient pas d'une scolarité à temps plein ? <p>Tableau 3 page 80</p> <ul style="list-style-type: none"> - les élèves déficients intellectuels représentent au moins 50 % des élèves en situation de handicap (1 871), mais seuls 26 « bénéficieraient » d'une AVS ? - 426 élèves déficients intellectuels bénéficieraient « d'un soutien régulier d'un assistant d'éducation auxiliaire de vie scolaire collectif ». Que recouvre cette rubrique et de quoi s'agit concrètement ?
Personnes Vulnérables	général				21/11/2011	Commission spécialisée	<p>Généralités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer une fiche Addictions : la prise en compte récente des addictions dans le PSRS en tant qu'objectif 2-5 dédié à la prévention et à la prise en charge de cette problématique est remarquable. La déclinaison de cette orientation dans le projet SROSM paraît être une entrée populationnelle peu concordante avec le périmètre réel du champ des addictions. Ce domaine recouvre un ensemble de conduites très variées dans leurs expressions, leurs intensités et leurs conséquences, nécessitant des réponses plurielles puisque s'adressant à des populations extrêmement diversifiées.
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Structures médico-sociales	136	2.2	24/10/2011	ANPAA	L'ANPAA souhaiterait que "CSAPA généraliste (Escale)" soit remplacé par "CSAPA généraliste (ANPAA 70 / Escale)"

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables		133		21/11/2011	Commission spécialisée	<p>Mettre en place un soin résidentiel, prendre en compte le manque de solutions de soin résidentiel en addictologie de type CTR ou Appartements Thérapeutiques.</p> <p>- Difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux : Une sous-partie supplémentaire pourrait préciser les difficultés inhérentes à la spécificité de la prise en charge et au manque de diversité des réponses quant à la situation des personnes présentant une problématique addictive très avancée.</p> <p>- Il n'existe pas de réponses en terme de structure de soin résidentiel spécialisée en addictologie de type CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel) ou CAARUD avec hébergement (Centre d'Accueil, d'Accompagnement et de Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) où une personne poly-addictée peut être accueillie et accompagnée, dans la durée de 6 mois à un an ou plus, quelque soit sa situation addictive, (c'est-à-dire en amont d'une interruption totale de consommation). L'expérience montre qu'il en va de même pour tout autre dispositif aspécifique tel les ACT ou LHSS.</p> <p>- Leviers d'actions :</p>
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>Si la prise en compte récente des addictions dans le PSRS en tant qu'objectif 2-5 dédié à la prévention et à la prise en charge de cette problématique est remarquable, il semble également important de souligner que la déclinaison de cette orientation dans le projet SROMS, à savoir, d'inclure les populations présentant des conduites addictives dans le sous-groupe des personnes vulnérables paraît être une entrée populationnelle peu concordante avec le périmètre réel du champs des addictions. Précisément, ce domaine recouvre un ensemble de conduites très variées dans leurs expressions, leurs intensités et leurs conséquences, nécessitant des réponses plurielles puisque s'adressant à des populations extrêmement diversifiées. Par exemple, les comportements de consommations excessives, tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte, l'addiction au tabac, aux traitements psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, etc.), les phénomènes de captation de l'attention induites par les technologies numériques -qui préoccupent tant les parents-, ou la question de la gestion des situations d'addictions en milieu professionnel, ne concernent pas des populations, a priori</p> <p>Proposition 1 : Ainsi, serait-il envisageable de faire apparaître plus spécifiquement cette thématique, et de la traiter dans une « Fiche Addictions ».</p>
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>Nouvelle fiche 1. Contexte 1.1. Enjeux</p> <p>Les conduites addictives, avec ou sans substances (alcool, tabac, drogues illicites, jeux pathologiques, Internet, etc.) constituent, en France comme dans beaucoup de pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples et pluridimensionnels, sanitaires, médicaux, sociaux.</p> <p>Elles comptent parmi les principaux facteurs déterminants de santé et sont une des principales causes de mortalité prématurée. Ainsi, la consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents ou par maladies dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool, interviennent dans environ 30% de la mortalité prématurée (soit avant 65 ans).</p> <p>La mise en place des CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), ainsi que des CAARUD (Centre d'Accueil, d'Accompagnement et de Réductions des Risques pour les Usagers de Drogues) contribue à consolider la place du secteur médico-social dit « spécialisé » situé au carrefour et en complémentarité des acteurs sociaux, hospitaliers et de la médecine de ville.</p> <p>Le dispositif médico-social en addictologie doit poursuivre sa structuration, tant au niveau de son organisation, que de son implantation territoriale afin que</p> <p>La mise en œuvre de ce principe requiert une approche graduée, cohérente, décloisonnée et articulée du système d'accompagnement et de soins pour</p>

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>1.2 Cadrage national pour l'organisation du dispositif en addictologie</p> <p>L'article L312-5 du code de l'action sociale et des familles préconise un schéma régional en addictologie relatif aux CSAPA arrêté par le représentant de l'Etat dans la région. La circulaire du 28 février 2008 précise que doit être prise en compte les autres acteurs de la filière, à savoir : l'offre hospitalière, la médecine de ville, les réseaux, les associations, la médecine préventive universitaire, la santé scolaire, la médecine du travail, les collectivités territoriales, les centres communaux d'action sociale, les comités départementaux d'éducation à la santé et l'offre d'hébergement. Ainsi, le Schéma régional d'addictologie doit-il être remis en cohérence avec le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), les plans départementaux de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et le Plan régionale de santé publique (PRSP). L'élaboration de ce schéma a été conduit en Franche-Comté dans le cadre de la Commission régionale addictologie (CRA) présidée par les directeurs de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), il est le fruit d'une coordination i</p>
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>2. Diagnostic</p> <p>2.1 Les structures médico-sociales</p> <p>La mise en oeuvre du schéma régional addictologie a permis à la région Franche-Comté de disposer de 10 CSAPA et 4 CAARUD</p> <p>Besançon : CSAPA Solea (Addsea) , CSAPA ANPAA 25, CAARUD Aides 25 Pontarlier : CSAPA Centre Hospitalier (généraliste) Lons-le-Saulnier : CSAPA et CAARUD Passerelle 39 (OPELIA), CSAPA ADLCA Dole : CSAPA Briand Centre Hospitalier (généraliste) Vesoul : CSAPA et CAARUD ANPAA 70 (généraliste) Aire Urbaine : CSAPA et CAARUD ALTAU Montbéliard : CSAPA Equinoxe (AHS-FC) Belfort : CSAPA ANPAA 90</p> <p>Elle a permis également, le regroupement en 2011 de 4 réseaux (réseaux ville-hopitaux) d'addictologie de Franche-Comté : le GCSMS GAFC : Groupement Addiction Franche-Comté</p>
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>2.2 Difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux</p> <p>2.2.1 Difficultés inhérentes à l'accessibilité des dispositifs spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins en milieu rural :St Claude (39), Pont-de-roide et Maiche (25) - Difficulté de mobilisation les professionnels de santé : médecins de ville, pharmacien ce qui implique de soutenir les missions du GAFC . <p>2.2.2 Difficultés inhérentes à la diversité insuffisante de l'offre médico-sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès insuffisant à la méthadone - Manque de réponses en terme de soin résidentiel : Appartements Thérapeutiques et CSAPA avec hébergement pour les personnes poly-addictées <p>2.2.3 Difficultés inhérentes au manque de lisibilité des parcours de soin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessaire renforcement des partenariats en cours notamment concernant les prises en charges des personnes poly-addictées

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques	Type
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>3. Objectifs</p> <p>3.1 Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes présentant un problème d'addiction, notamment ceux dont le lieu de résidence est éloigné du CSAPA</p> <p>- Consultations de proximité et sensibilisation des médecins traitants</p> <p>Leviers d'actions : - Promouvoir les interventions mobiles des CSAPA</p> <p>- Actions de formation des médecins du GAFC</p> <p>3.2 Assurer la continuité des soins et permettre la réduction des risques pour les personnes détenues et sortant de prison présentant un problème d'addiction.</p> <p>- En lien avec le SROS détenus : lutte contre les maladies infectieuses et continuité des soins</p> <p>Leviers d'actions : - Renforcer l'intervention des CAARUD au sein des maisons d'arrêt</p> <p>- Définir les modalités de coopération entre services pénitentiaires, UCSA, CSAPA, réseaux, structures AHI.</p> <p>3.3 Activer l'étude d'opportunité d'un dispositif de soin résidentiel en addictologie individuel et collectif en région, comme indiqué dans le Schéma régional d'addictologie.</p> <p>- Projet conduit en lien avec les opérateurs régionaux en addictologie et leurs partenaires.</p> <p>Leviers d'actions : - Constat partagé de la nécessaire évolution des réponses de prises en soins pour les personnes poly-addictées.</p> <p>- Promouvoir un dispositif de soin résidentiel innovant et réaliste</p>	
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>3.4 Améliorer l'accessibilité aux traitements de substitution, notamment à la méthadone et renforcer les missions existantes de réduction des risques</p> <p>- Accessibilité aux prestations ambulatoires en terme de soin et de réduction des risques</p> <p>Leviers d'actions : - Objectif de réduction des délais de prise en charge</p> <p>- Poursuivre le développement des interventions de RDR en milieu festif</p> <p>3.6 Promouvoir et développer les dispositifs de repérage et d'intervention précoce</p> <p>- Soutenir les actions en direction des publics jeunes et de l'entourage</p> <p>Leviers d'actions : - Mise en œuvre des réponses aux conduites de consommation massive</p> <p>- Développer les approches thérapeutiques familiales dans les CSAPA</p> <p>3.6 Formaliser les modalités opérationnelles des parcours de soin en addictologie, en prenant en compte l'articulation entre la médecine ambulatoire, les structures médico-sociales, les établissements de santé, les représentants des usagers</p> <p>- Décrire l'organisation des parcours de soin sur l'ensemble du territoire de santé</p> <p>Leviers d'actions : - Favoriser l'identification par la population et les professionnels de santé des consultations d'addictologie au sein de la filière médico-sociale, en lien avec la filière hospitalière et la médecine de ville</p> <p>- Renforcer les interventions des réseaux en addictologie du GAFC</p>	

Observations de la CRSA

Volet	Fiche	Thématique	Page	Paragraphe	Date	Emetteur	Remarques
							Type
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Contexte	134	1	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>4. Programmes /Schémas de l'organisation régionale Le Schéma Régional Addiction Le PRAPS (Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins)</p> <p>5. Transversalité 5.1 Coopération des acteurs de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale Poursuite des objectifs du Schéma régional d'addictologie Proposer la création d'une instance de coordination intersectorielle régionale en addictologie 5.2 Transversalité interinstitutionnelle DRJSCS, DDCSPP, Préfectures de région et de département, MILDT, Conseils Généraux, Conseil Régional, Services pénitentiaires, Organisation de sécurité sociale, mutuelles.</p> <p>6. Evaluation / Indicateurs 6.1 Indicateurs de suivi Formalisation des coopérations entre structures médico-sociales, services hospitaliers, médecine de ville, maisons de santé, dispositifs sociaux. 6.2 Indicateurs de résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activation de consultations de proximité - Actions de dépistages VIH/VHC et de RDR - Formation de médecins libéraux par le GAFC (et maintien de l'existant) - Interventions mobiles des CSAPA - Diversité des prestations assurées en ambulatoire et en résidentiel en rapport aux besoins d'accompagnement spécifique des personnes accueillies.
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Apartements de coordination thérapeutique	136	2.2.3	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>Pour ce qui est de la situation des personnes présentant une problématique addictive très avancée, le maintien en structure d'hébergement de type CHRS devient trop complexes compte tenu de la difficulté de la gestion des consommations impactant la vie en collectivité. A l'heure actuelle en région, il n'existe pas de réponses en terme de structure de soin résidentiel spécialisée en addictologie de type CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel) ou CAARUD avec hébergement (Centre d'Accueil, d'Accompagnement et de Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) où une personne poly-addictée peut être accueillie et accompagnée, dans la durée -6 mois à un an ou plus- quelque soit sa situation addictive, (c'est-à-dire en amont d'une interruption totale de consommation).</p> <p>L'expérience montre qu'il en va de même pour tout autre dispositif aspécifique tels les ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique) ou LHSS (Lits Halte Soins Santé). Ces derniers rencontreront des difficultés analogues pour assurer ce type de prise en soins spécifiques, faute de professionnels spécialisés.</p> <p>Proposition 2 : Prendre en compte le manque de solutions de soin résidentiel en addictologie de type CTR ou Appartements Thérapeutiques. Page 137 § 2.3 : Difficultés dans la prise en charge et l'accompagnement M-S : une sous-partie supplémentaire pourrait préciser les difficultés inhérentes à la spécificité de la prise en charge et au manque de diversité des réponses.</p>
Personnes Vulnérables	Personnes Vulnérables	Favoriser l'accès aux soins des personnes présentant un problème d'addiction	140	3.4	07/11/2011	Fédération Addiction	<p>Point d'alerte concernant le GAFC (Groupement Addiction Franche-Comté : GCSMS regroupant 4 réseaux</p> <p>La baisse conséquente des financements dès l'année de sa constitution -2011- lui impose impérativement de se positionner en terme de stratégie de survie. La poursuite de ce désengagement ne pourra lui permettre de garantir dans la durée l'opérationnalité des leviers d'actions notés pages 140, notamment, l'intervention des médecins du GAFC auprès des médecins libéraux et des maisons de santé.</p>



La City, 3 Avenue Louise Michel, 25044 BESANCON Cedex
Tél. 03 81 47 88 53 – Fax. 03 81 83 88 05