

Accès aux soins

Autonomie

Cancer

Démographie

Diabète

Efficienc

Obésité

Parcours de soins

Personnes âgées

Personnes handicapées

Prévention

Qualité

Projet régional de santé d'Alsace

2012 - 2016

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

ÉLABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Les modalités d'élaboration du PRS
Le projet régional de santé
Une large concertation avec les acteurs de la santé en Alsace

AXE 1 DIMINUER LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE DES PATHOLOGIES QUI ONT L'IMPACT LE PLUS FORT SUR LA MORTALITÉ ÉVITABLE EN ALSACE ET RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS À RISQUE

PRIORITÉ 1 – PRIORITÉ 2 – PRIORITÉ 3 – PRIORITÉ 4 – PRIORITÉ 5

AXE 2 ORGANISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE POUR FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES EN SITUATION PARTICULIÈRE DE FRAGILITÉ

PRIORITÉ 6 – PRIORITÉ 7 – PRIORITÉ 8 – PRIORITÉ 9

AXE 3 FAVORISER LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE AUTOUR DU PATIENT

PRIORITÉ 10 – PRIORITÉ 11

AXE 4 VISER L'EXCELLENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ALSACE

PRIORITÉ 12 – PRIORITÉ 13 – PRIORITÉ 14 – PRIORITÉ 15

MISE EN ŒUVRE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2012-2016

Suivi et évaluation du PRS
Exemples d'indicateurs de suivi du projet régional de santé

LES TERRITOIRES DE SANTÉ EN ALSACE

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 8

PAGES 10 à 19

PAGE 20

PAGES 22 à 29

PAGE 30

PAGES 32 à 35

PAGE 36

PAGES 38 à 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

AVANT-PROPOS



Laurent Habert
Directeur général
de l'Agence régionale
de santé d'Alsace

Le projet régional de santé 2012-2016 d'Alsace, outil de planification stratégique de l'évolution de l'offre de santé, définit les priorités de la politique de santé régionale à mener et des modalités concrètes de sa mise en œuvre. C'est le fruit de plus de 18 mois de réflexions, d'échanges et de concertation avec l'ensemble des acteurs de la santé de la région.

L'ambition de l'Agence régionale de santé, sous l'impulsion de laquelle les travaux d'élaboration du projet régional de santé ont été menés, est de répondre au mieux aux besoins de santé de la population, sur la totalité du territoire régional, en adaptant l'offre de santé dans les champs sanitaire, médico-social et de prévention.

Ce document vise à mieux faire connaître la feuille de route pour améliorer la santé de la population en Alsace au cours des 5 prochaines années. Il présente la démarche d'élaboration du projet régional de santé, au travers des différentes phases qui ont présidé à sa construction. Il met en avant, de manière synthétique, les 15 priorités d'actions en santé retenues pour la région : y sont explicités les motivations ainsi que les principaux objectifs poursuivis.

Chaque priorité d'action en santé est illustrée à l'aide d'exemples d'actions prévues dans les schémas et programmes régionaux, qui ont été également définis en partenariat avec les professionnels et acteurs de la santé.

L'intégralité des documents constitutifs du projet régional de santé – état des lieux de la santé de la population et du système de santé régional, plan stratégique régional de santé précisant les 15 priorités d'action en santé, schémas régionaux de prévention, d'organisation sanitaire et d'organisation médico-sociale, programmes d'application de ces schémas – font l'objet d'une diffusion par Cd-Rom, et sont accessibles en ligne sur le site internet de l'Agence régionale de santé d'Alsace www.ars.alsace.sante.fr.

Je vous en souhaite une agréable lecture, et compte sur votre soutien pour la mise en œuvre de cette ambition partagée que constitue le projet régional de santé d'Alsace.

« RÉPONDRE AU MIEUX
AUX BESOINS DE SANTÉ
DE LA POPULATION,
SUR LA TOTALITÉ DU TERRITOIRE
RÉGIONAL, EN ADAPTANT L'OFFRE
DE SANTÉ DANS LES CHAMPS
SANITAIRE, MÉDICO-SOCIAL
ET DE PRÉVENTION »

— ÉLABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Le projet régional de santé est l'outil de planification régionale de l'offre de santé, de la prévention à l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires, et l'accompagnement médico-social, sur une durée de cinq ans. Élaboré à partir d'un diagnostic partagé de l'état de santé de la population et du système de santé régional, il prend en compte les propositions et avis émis par les acteurs de la santé, dans le cadre de la démarche de concertation impulsée par l'Agence régionale de santé.

LES MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PRS

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ : AMÉLIORER L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ AFIN DE RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION EN ALSACE

Le projet régional de santé (PRS), outil de planification régionale de l'offre de santé instauré par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, comporte plusieurs volets : un plan stratégique régional définissant les priorités d'action en santé ; trois schémas régionaux – d'organisation des soins y compris l'offre de soins ambulatoires, d'organisation médico-sociale, et de prévention ; des programmes spécifiques de mise en œuvre de ces schémas.

Élaboré sous l'impulsion et la responsabilité de l'Agence régionale de santé, le projet régional de santé 2012-2016 repose sur un diagnostic approfondi et partagé de la situation sanitaire et médico-sociale en Alsace. Quatre valeurs essentielles ont été mises en œuvre, à chacune des étapes de l'élaboration du projet : l'examen global des réponses sanitaires à apporter pour répondre aux besoins de la population, le souci de l'équilibre territorial, la promotion des démarches de prévention, la concertation avec les acteurs de la santé en région.

4 TERRITOIRES DE SANTÉ AUX CONTOURS REDESSINÉS

À l'issue de quatre mois de travaux et d'échanges avec les professionnels et partenaires, les nouveaux contours des quatre territoires de santé d'Alsace ont été redéfinis par le directeur général de l'ARS par arrêté du 7 octobre 2010.

Leur vocation est double : à titre principal, constituer le cadre de l'organisation de l'offre de santé – le territoire de santé représentant l'espace de référence pour l'analyse des besoins et l'organisation graduée des moyens dédiés à la santé (actions de santé publique, établissements de santé et équipements des soins, prise en charge et accompagnement médico-social) ; permettre l'organisation de la concertation, au travers des conférences de territoire, pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet régional de santé.

Les territoires de santé préexistants, organisés autour des centres hospitaliers de référence de Haguenau, Strasbourg, Colmar et Mulhouse, ont été pour l'essentiel maintenus, ayant fait la preuve de leur caractère structurant en matière d'offre de soins hospitaliers et de santé publique. La redéfinition de leurs « frontières » a été motivée par la prise en compte de l'évolution des flux de patients, des consommations de soins et des données démographiques, et la volonté de rapprocher les territoires de santé des zones d'intervention

LES GRANDES ÉTAPES DE L'ÉLABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2012-2016

LES TRAVAUX LIÉS À L'ÉLABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ONT DÉBUTÉ
DÈS LA CRÉATION DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ EN AVRIL 2010 :

AVRIL 2010 → OCTOBRE 2010

RÉFLEXION SUR LE PÉRIMÈTRE DES TERRITOIRES DE SANTÉ ET DES ZONES DE PROXIMITÉ EN ALSACE ; ÉTAT DES LIEUX DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA POPULATION ET DE L'ORGANISATION ET DE L'ACTIVITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ALSACE

NOVEMBRE 2010 → AVRIL 2011

ÉLABORATION DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ ET SÉLECTION DES PRIORITÉS RÉGIONALES D'ACTION EN SANTÉ

MAI 2011 → OCTOBRE 2011

ÉLABORATION DES SCHÉMAS (PRÉVENTION, ORGANISATION DES SOINS, ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE) ET DES PROGRAMMES D'APPLICATION

NOVEMBRE 2011 → JANVIER 2012

CONSULTATION SUR L'ENSEMBLE DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ; INTÉGRATION DES OBSERVATIONS, REMARQUES ET PROPOSITIONS ACCOMPAGNANT LES AVIS REÇUS

30 JANVIER 2012

ADOPTION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS

des partenaires dotés de compétences dans les domaines sanitaire et médico-social (conseils généraux, communautés de communes), pour une meilleure cohérence des actions.

LE DIAGNOSTIC DU SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL : UNE CONNAISSANCE AFFINÉE ET PARTAGÉE

L'état des lieux de la situation sanitaire et médico-sociale d'Alsace a été élaboré par l'Agence régionale de santé à partir d'études et de contributions ayant associé les partenaires et experts en région. Élément du débat sur la stratégie régionale de santé, l'état des lieux traite des parcours de prise en charge des patients dans leur globalité, depuis la prévention jusqu'aux soins ambulatoires et hospitaliers et l'accompagnement médico-social. Le document, dont la première version a été finalisée en octobre 2010, a fait l'objet d'une large diffusion : lettre d'information, CD-Rom, mise en ligne sur le site internet de l'agence. La seconde version, mise à jour et enrichie fin 2011 des dernières données disponibles dans le cadre des groupes de travail mobilisés pour l'élaboration des schémas et des programmes régionaux, est consultable sur le site www.ars.alsace.sante.fr

15 PRIORITÉS D'ACTION EN SANTÉ POUR L'ALSACE

L'Agence régionale de santé a établi, en s'appuyant sur l'état des lieux du projet régional de santé, et dans le cadre des échanges avec ses partenaires, 15 priorités d'actions, qui constituent le plan stratégique régional de santé. Correspondant aux enjeux principaux auxquels le système de santé alsacien doit répondre sur la période 2012-2016, elles s'organisent autour de quatre axes :

- diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies ayant l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace et réduire les comportements à risque,
- organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité,
- favoriser la coordination de la prise en charge autour du patient,
- viser l'excellence du système de santé en Alsace.

Ces priorités ont constitué le point de référence des travaux d'élaboration des schémas et programmes du projet régional de santé ; elles sont ici présentées (pages 8 à 45) avec les chiffres clés, les objectifs et des illustrations de leur traduction dans les schémas et programmes.

LES SCHÉMAS RÉGIONAUX ET PROGRAMMES D'APPLICATION

Les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale constituent les fondements

de l'organisation régionale de l'offre de santé en Alsace pour les cinq années à venir. De nombreux professionnels de la région, issus de ces trois secteurs d'activité, ont participé aux travaux liés à leur élaboration, en concertation avec les commissions permanente et spécialisées de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Les programmes de mise en œuvre de ces schémas – programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, programme régional d'accès à la prévention et aux soins, programme régional de télémédecine, programme pluriannuel de gestion du risque – ont été établis selon les mêmes modalités de concertation et d'échanges.

INTERVIEW



MARIE FONTANEL
DIRECTRICE GÉNÉRALE ADJOINTE
DE L'ARS ALSACE

QUELLES ONT ÉTÉ LES MODALITÉS D'ÉLABORATION DE L'ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ ET DU SYSTÈME DE SOINS EN ALSACE ?

Une organisation spécifique a été mise en place dès la création de l'Agence régionale de santé, pour piloter et coordonner les travaux liés à l'élaboration projet régional de santé, mobiliser les compétences internes à l'agence et associer les partenaires et experts extérieurs. L'état des lieux a été réalisé à partir de l'exploitation de bases de données et de questionnaires adressés aux établissements et partenaires ainsi que des études réalisées par l'Observatoire régional de la santé d'Alsace.

QUELS EN SONT LES PRINCIPAUX CONSTATS ?

L'état des lieux propose, pour la première fois, un panorama complet de l'offre de santé, de la prise en charge par catégorie de population (mères et nourrissons, personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité...), par pathologie (cancer, accidents vasculaires cérébraux, santé mentale...), par modalité de prise en charge (urgences, chirurgie, hospitalisation à domicile...). La région présente des atouts : l'état de santé de la population s'est globalement amélioré au cours des dernières années ; l'offre de santé est relativement abondante, de bonne qualité. La situation demeure néanmoins dégradée pour certaines pathologies telles que l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer. Et les défis sont devant nous : le vieillissement de la population et la diminution de la démographie des professionnels de santé.

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ



PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

FIXE LES PRIORITÉS ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE SANTÉ POUR LA RÉGION

SCHÉMAS RÉGIONAUX

TRADUISENT LES PRIORITÉS DE SANTÉ EN PLANS D' ACTIONS ET PLANIFIENT L'ENSEMBLE DES MISSIONS DE L'AGENCE DANS LES CHAMPS DE LA PRÉVENTION, DES SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (HOSPITALIER ET AMBULATOIRE)

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE

PROGRAMMES RÉGIONAUX

TRADUISENT LES ORIENTATIONS DANS DES PROGRAMMES THÉMATIQUES

PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

PROGRAMME D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS

PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

TÉLÉMÉDECINE

PROGRAMME INTERDÉPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

UNE LARGE CONCERTATION AVEC LES ACTEURS DE LA SANTÉ EN ALSACE

À chaque étape de l'élaboration du projet régional de santé, l'Agence régionale de santé a mis en œuvre une démarche large de concertation, visant, au-delà du dispositif législatif et réglementaire prévu par les textes, à associer l'ensemble des partenaires et acteurs de la santé, ainsi que le grand public. Celle-ci s'est traduite par des travaux communs, des échanges, une enquête ouverte à l'ensemble de la population ainsi que les consultations officielles. Au total, près de 500 personnes et professionnels ont été associés à la construction des composantes du projet régional de santé 2012-2016.

→ LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ③

→ Le Conseil de surveillance, présidé par le Préfet de région, est composé de représentants de l'État, d'organismes locaux d'assurance maladie, de collectivités territoriales, d'usagers et de personnalités qualifiées (31 membres).

→ LES COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

dans les domaines des prises en charge et accompagnements médico-sociaux d'une part, de la prévention, la santé scolaire, la santé au travail, la protection maternelle et infantile d'autre part.

→ Les deux commissions sont composées de représentants de l'État, des collectivités territoriales, et d'organismes de Sécurité sociale (20 membres chacune).

LES INSTANCES DE DÉMOCRATIE SANITAIRE ASSOCIÉES À L'ÉLABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

→ LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE ①

→ La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie réunit des représentants des collectivités territoriales, usagers, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale, acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, offreurs de services en santé et personnalités qualifiées (93 membres).

→ LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE ②

→ Les quatre Conférences de territoire d'Alsace représentent les acteurs locaux de la santé : établissements de santé, personnes morales gestionnaires de services et établissements sociaux et médico-sociaux, organismes œuvrant dans le domaine de la promotion, de la prévention, de l'environnement et de la lutte contre la précarité, professionnels de santé libéraux, centres et maisons de santé, établissements assurant des activités de soins à domicile, services de santé au travail, collectivités territoriales, ordre des médecins, usagers, personnes qualifiées (49 membres dans chaque conférence).

INTERVIEW



DANIEL LORTHIOIS

PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE D'ALSACE

COMMENT LA CRSA A-T-ELLE ÉTÉ ASSOCIÉE À LA CONCERTATION SUR LE PRS ?

La CRSA a été associée à la concertation très en amont puisque qu'elle a été consultée dès le mois de septembre 2010, bien avant l'adoption du PSRS. La CRSA a apprécié le fait que ses échanges avec l'ARS aient permis d'amender nombre de propositions et que soit prise en compte une quinzième priorité relative aux addictions et conduites à risque des jeunes. Les réunions ont été très nombreuses et la mobilisation des membres de la CRSA a été forte, notamment dans le cadre des commissions permanente et spécialisées. Il faut rappeler que le travail de concertation autour du PRS a été réalisé dans des délais très contraints.

QUEL AVIS LA CRSA A-T-ELLE FORMULÉ SUR LE PRS ?

La CRSA porte une appréciation positive sur le PRS, qui devrait pouvoir répondre à la majorité des besoins de la région, et n'a donc pas souhaité le remettre en cause. Elle a toutefois souhaité attirer l'attention de l'ARS sur certains points qui méritent selon elle une vigilance particulière. Et tout d'abord sur l'inégalité d'accès aux soins que ce soit pour des raisons économiques ou pour des questions de répartition inégale des professionnels sur le territoire. Plus largement, la Conférence est sensible à la question de la démographie médicale qu'elle juge préoccupante. En ce qui concerne la prévention, l'incertitude demeure quant à l'ampleur des moyens financiers qui pourront être dégagés. Dans le secteur médico-social, la CRSA souhaite mettre l'accent sur la nécessité de développer un outil unique de recherche et de partage de l'information permettant le recensement des besoins des personnes en situation de handicap. La CRSA a enfin émis un avis positif sur les contrats locaux de santé (CLS) qui représentent des outils de coordination au plus proche de la population.



①
③

②
④

DES GROUPES DE TRAVAIL COMPOSÉS DE PROFESSIONNELS ET PARTENAIRES EXPERTS ④

L'Agence régionale de santé a souhaité s'appuyer fortement sur les contributions et propositions des professionnels et experts de la santé en région pour alimenter les travaux liés à l'élaboration du projet régional de santé, pour la détermination des priorités de santé d'abord, puis des schémas dans le cadre des 20 groupes thématiques constitués sur des problématiques telles que la prise en charge des personnes atteintes de cancer, l'insuffisance rénale chronique, l'imagerie, la périnatalité, la prise en charge des personnes âgées, les urgences et la permanence des soins, les addictions, l'accès aux soins...

UNE CONSULTATION SUR L'ENSEMBLE DES COMPOSANTES DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ PENDANT TROIS MOIS

La mise en consultation des éléments constitutifs du projet régional de santé, début novembre 2011, a permis d'intégrer les observations, remarques et propositions accompagnant les avis reçus :

→ de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (avis du 6 janvier 2012), du Préfet de la région Alsace (avis du 24 janvier 2012), des collectivités territoriales d'Alsace (avis du Conseil général du Bas-Rhin du 12 décembre 2011, du Conseil général

du Haut-Rhin du 8 décembre 2011, du Conseil régional d'Alsace du 23 janvier 2012, du Maire de Strasbourg du 24 janvier 2012...) (Art. L. 1434-3 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011)

→ de l'ensemble des intervenants en santé et des citoyens invités à s'exprimer via une adresse électronique dédiée.

Le projet régional de santé d'Alsace a été arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé le 30 janvier 2012.

INTERVIEW



JEAN-MARC KELLER

PRÉSIDENT DE CONFÉRENCE DE TERRITOIRE (TERRITOIRE DE SANTÉ 4)

COMMENT AVEZ-VOUS APPRÉHENDÉ LE RÔLE DE LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE QUE VOUS PRÉSIDEZ DANS L'ÉLABORATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ?

Les membres de la Conférence de territoire 4 se sont réunis 8 fois soit en réunion plénière, soit en réunion de bureau, à un rythme soutenu, en raison d'un calendrier extrêmement contraint. La première difficulté a été de prendre connaissance de l'énorme masse d'information, de grande qualité, produite par l'ARS dans ses divers documents analytiques. La seconde de définir, en commun, une méthode de travail la plus ouverte et la plus transverse possible. Grâce à l'ouverture d'esprit des membres de la Conférence de territoire 4, issus de tous les domaines de la santé, nous avons pu, je l'espère, contribuer à l'élaboration du projet régional de santé de manière efficace. Pour le faire vivre, nous allons continuer nos travaux dans les mois qui viennent, pour rester force de proposition et d'innovation.

UNE ENQUÊTE GRAND PUBLIC SUR LES PRIORITÉS DE SANTÉ

Pour la première fois en Alsace, une consultation du grand public a été organisée sur les attentes en matière de santé. Parmi les thèmes abordés : la prévention, les soins, l'organisation du système de santé, la prise en charge de populations particulières, les préoccupations pour sa santé et celle de ses proches... Accessible en ligne en janvier-février 2011 sur un site internet dédié, le questionnaire a permis de mieux connaître les préoccupations des usagers, d'identifier des thèmes d'insatisfaction ou les attentes. Les résultats de l'enquête ont été pris en compte lors de la détermination des priorités d'action en santé en avril 2011.

AXE 1

— DIMINUER LA PRÉVALENCE ET L'INCIDENCE DES PATHOLOGIES QUI ONT L'IMPACT LE PLUS FORT SUR LA MORTALITÉ ÉVITABLE EN ALSACE ET RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS À RISQUE

Les cinq premières priorités du plan stratégique régional de santé correspondent à une approche par les pathologies qui sont les plus importantes en Alsace : l'obésité et le surpoids, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, dont la prévalence place la région en situation très défavorable par rapport au reste de la France ; les cancers, qui sont devenus la première cause de mortalité ; les conduites à risque des jeunes, problématique préoccupante dans la région comme dans le reste de la France.

— PRIORITÉ 1

Diminuer la prévalence du surpoids
et de l'obésité des enfants et des adolescents

PAGE 10

— PRIORITÉ 2

Prévenir et limiter les complications
du diabète et de l'hypertension artérielle

PAGE 12

— PRIORITÉ 3

Améliorer la prise en charge des accidents
cardio-neuro-vasculaires

PAGE 14

— PRIORITÉ 4

Mieux dépister et traiter les cancers

PAGE 16

— PRIORITÉ 5

Prévenir les conduites à risque chez les jeunes

PAGE 18

PRIORITÉ 1

DIMINUER LA PRÉVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

L'ALSACE PRÉSENTE UNE PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ SUPÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE, AVEC UN TAUX D'OBÉSITÉ DÉCLARÉE CHEZ L'ADULTE DE 17,8% CONTRE 14,5% EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2009. LA RÉGION SE SITUE EN 2^E POSITION DES RÉGIONS APRÈS LE NORD-PAS-DE-CALAIS. CHEZ LE JEUNE ENFANT, LA SITUATION RÉGIONALE EST PARTICULIÈREMENT PRÉOCCUPANTE AVEC UNE PRÉVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ SUPÉRIEURE À CELLE DE TOUTES LES AUTRES RÉGIONS.

4,1 % DES ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 6 ANS ÉTAIENT OBÈSES,

15,3 % ÉTAIENT EN SURPOIDS EN 2006.

PARMI LES FACTEURS FAVORISANT L'APPARITION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ EN ALSACE : DES HABITUDES ALIMENTAIRES, UN RYTHME ALIMENTAIRE INADAPTÉ – NOTAMMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT –, UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE INSUFFISANTE.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

La priorité d'action de prévention du surpoids et de l'obésité s'oriente vers les enfants et les adolescents. Face à la complexité du phénomène, une approche globale, large et interdisciplinaire est privilégiée, ainsi qu'une réponse coordonnée et graduée sur les différents territoires.

- DÉVELOPPER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT : favoriser l'exercice physique par un environnement adapté (équipements, accessibilité financière, infrastructures de transports favorisant les déplacements à pied ou en vélo), développer les activités physiques en milieu scolaire et périscolaire, sensibiliser les parents, enfants et adolescents aux bienfaits de l'activité physique sur la santé.
- FAIRE ÉVOLUER LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS : former les professionnels concernés (restauration scolaire, médecins traitants, enseignants et éducateurs), adapter l'offre alimentaire aux recommandations nutritionnelles (accessibilité aux fruits et légumes), sensibiliser les familles défavorisées à l'équilibre et aux rythmes alimentaires, améliorer la qualité nutritionnelle des produits issus de la filière alimentaire (chartes d'engagement avec les professionnels).
- DÉVELOPPER L'ALLAITEMENT MATERNEL dont le rôle protecteur vis-à-vis du développement et du surpoids chez l'enfant est établi : améliorer l'information des femmes et de leur entourage au moment de la grossesse et à la sortie de la maternité, développer les actions de soutien à l'allaitement maternel en s'appuyant sur les professionnels de santé et les maternités, les réseaux de périnatalité, en favorisant sur l'allaitement sur le lieu de travail.
- RENFORCER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE ET DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE COORDONNÉE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SURPOIDS OU OBÈSES : développer le dépistage en milieu scolaire, assurer un continuum entre le dépistage et la prise en charge par la médecine de ville ou les structures spécialisées, former les professionnels de santé au dépistage, au suivi et à l'orientation des enfants et adolescents en surpoids, favoriser la prise en charge des enfants dans des réseaux structurés et organiser une offre d'éducation thérapeutique au sein de chaque territoire de santé.

Les partenaires

Acteurs de la filière agro-alimentaire – Assurance maladie – Collectivités locales – Établissements de santé – État – Professionnels de santé

DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ QUI PERMETTENT D'AGIR DE FAÇON GLOBALE SUR LES RISQUES POUR LA SANTÉ DES ALSACIENS

La politique de prévention, exprimée par le schéma régional de prévention, vise d'abord à diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies qui ont l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace : surpoids-obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers, conduites à risque des jeunes. Le principe proposé par le schéma de prévention est de mettre les actions de **promotion de la santé** au premier plan car elles permettent d'agir sur l'ensemble de ces pathologies.

Promouvoir le **développement de l'activité physique, faire évoluer les comportements alimentaires** contribuent à la prévention du surpoids et de l'obésité, première priorité du PSRS, mais aussi du diabète, des maladies cardio-vasculaires...

FOCUS



PRIORITÉ À LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DANS LA PRÉVENTION DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ

Compte tenu de la forte corrélation observée des phénomènes de surpoids et d'obésité avec les situations de difficultés socio-économiques, le **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins** préconise des actions spécifiques destinées aux populations particulièrement éloignées des dispositifs de droit commun. Les travaux de l'Observatoire régional de la santé ont montré des disparités de surpoids et d'obésité importantes entre quartiers : on compte par exemple à Strasbourg un pourcentage d'enfants de 5-6 ans concernés par l'obésité plus élevé dans les écoles situées dans les zones urbaines sensibles ou zones d'éducation prioritaire (9,7% contre 5,8% dans les autres établissements) et une répartition très inégale par quartier : **16,4% au Neuhof, 11,5% à la Meinau, mais 3,4% à la Robertsau**... Compte tenu de ce gradient social très fort, les moyens (par le biais des contrats locaux de santé notamment) doivent prioritairement être destinés à des actions spécifiques de promotion de la santé pour les populations en difficultés socio-économiques.

LES RÉSEAUX DE SANTÉ, UN RÔLE DÉTERMINANT EN ACCOMPAGNEMENT DU MÉDECIN TRAITANT

Le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins propose de faire évoluer les réseaux de santé existants pour créer une **filière de prise en charge « obésité-diabète-maladies cardio-vasculaires »** en soutien des professionnels et notamment du médecin traitant. Les réseaux proposent un suivi renforcé des patients, qui leur sont adressés par le médecin en ville ou un établissement de santé, en offrant une prestation pluri-disciplinaire et coordonnée qui va au-delà des actes pris en charge d'ordinaire par l'assurance maladie : actions de promotion de comportements vertueux et d'amélioration de la qualité de vie des malades (diététique, activité physique, ateliers thérapeutiques), actions pédagogiques... La place des réseaux qui concernent un nombre modeste de patients, reste aujourd'hui marginale et leur organisation doit être revue pour être rendue plus efficace : réseaux pluri-thématiques consacrés à des pathologies proches, mutualisation des moyens, maillage cohérent du territoire...

PRIORITÉ 2

PRÉVENIR ET LIMITER LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE ET DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

L'ALSACE PRÉSENTE UNE PRÉVALENCE DU DIABÈTE SUPÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE, AVEC UN TAUX DE 5 % (CONTRE 4,4 % FRANCE ENTIÈRE EN 2009).

ON ESTIME À **90 000**

LE NOMBRE DE PERSONNES DIABÉTIQUES TRAITÉES EN ALSACE, ET À AU MOINS 13 000 LES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 74 ANS PRÉSENTANT UN DIABÈTE NON DIAGNOSTIQUÉ. UNE PROPORTION IMPORTANTE DE PATIENTS EST ATTEINTE À LA FOIS DE DIABÈTE ET DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE, LE DIABÈTE CONSTITUANT UN FACTEUR DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE MAJEUR AU MÊME TITRE QUE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE. DES COMPLICATIONS IDENTIQUES POUR LES PATIENTS HYPERTENDUS ET LES PATIENTS DIABÉTIQUES PEUVENT SURVENIR, ATTEIGNANT LE CŒUR, LES REINS, LES YEUX. LE DIABÈTE EST ÉGALEMENT À L'ORIGINE DE LA FORTE AUGMENTATION DU NOMBRE D'INSUFFISANTS RÉNAUX DANS LA RÉGION.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- FAVORISER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE EN AUGMENTANT LA PROPORTION DE PATIENTS CHEZ LESQUELS LE DIABÈTE ET L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE SONT DIAGNOSTIQUÉS AVANT L'APPARITION DE COMPLICATIONS : sensibiliser la population au dépistage, en particulier les personnes de plus de 45 ans ayant au moins un des marqueurs de risque de diabète ou en situation de précarité ou de vulnérabilité, favoriser l'accès aux tests de dépistage, par exemple sur le lieu de travail ou en s'appuyant sur d'autres relais (centres d'examen de santé...).
- DYNAMISER ET COORDONNER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT, qui permet au malade de devenir davantage acteur de son traitement : soutenir, sur l'ensemble du territoire régional, le développement des programmes d'éducation thérapeutique assurant une prise en charge du patient en lien avec le médecin traitant, promouvoir une démarche qualité au sein des programmes mis en œuvre dans les établissements de santé et en médecine de ville.
- DIMINUER LES COMPLICATIONS LIÉES AU DIABÈTE ET À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE : favoriser le respect des recommandations de prise en charge (guide de la Haute Autorité de Santé), mobiliser les médecins traitants autour du dépistage et de la prévention.

Les partenaires

Assurance maladie – Établissements de santé – Médecine du travail – Professionnels de santé – Réseaux de santé

FOCUS

DÉPISTER PLUS PRÉCOCEMENT LE DIABÈTE

La prévention du diabète et de ses complications est une priorité du schéma de prévention compte tenu de la prévalence importante de cette pathologie en Alsace. L'ensemble des actions de promotion de la santé (alimentation, activité physique...) doivent contribuer à empêcher ou retarder les facteurs qui contribuent en partie au diabète (surpoids, obésité).

Une attention particulière est apportée au dépistage précoce avec l'objectif d'augmenter la proportion de patients chez lesquels le diabète et l'hypertension artérielle sont diagnostiqués, et cela avant l'apparition des complications. Il s'agit d'**augmenter le niveau d'information de la population** par des campagnes de communication à destination du grand public, en favorisant l'accès aux tests de dépistage précoce, et en impliquant les médecins généralistes.

Le suivi des maladies chroniques, et notamment du diabète, relève en premier lieu du **médecin traitant** qui peut avoir besoin d'être soutenu par des actions de communication et un dispositif d'appui lui permettant par exemple un accès facilité à un plateau technique pour la réalisation d'examen diagnostics ou thérapeutiques spécialisés. Il s'agit d'organiser le recours pour le médecin traitant aux équipes ressources du territoire (médecins spécialistes libéraux, établissement de santé ou réseau pluri-thématique).



POUR LES DIABÉTIQUES, DÉVELOPPER LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Il s'agit de **rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie**. L'éducation thérapeutique du patient est à la charnière entre la prévention et le soin. Il s'agit d'une mission à part entière des établissements de santé et d'un mode d'intervention auquel doit pouvoir recourir le médecin traitant en complément de son action d'information et de prise en charge du patient. L'Agence régionale de santé autorise les programmes d'ETP et propose de construire une coordination de l'ETP de façon partenariale avec les acteurs universitaires et hospitaliers, les réseaux de santé, les professionnels libéraux et les associations de patients, de développer la formation en ETP dans la région (faciliter la mise en place d'un diplôme universitaire à la faculté de médecine, proposer une offre de formation...), de diffuser une information large sur l'activité et les programmes disponibles en région.

LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES : INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE, DÉVELOPPER LA DIALYSE PÉRITONÉALE ET LA GREFFE RÉNALE

L'Alsace fait partie des quatre régions qui présentent un taux de prévalence de l'insuffisance rénale chronique supérieur au taux national, compte tenu de la prévalence des facteurs de risque qui y conduisent dont le diabète et l'obésité. Outre les objectifs de prévention et d'éducation thérapeutique visant à retarder le passage au stade de la maladie nécessitant une suppléance de la fonction rénale, l'amélioration de l'organisation des soins doit également être poursuivie. Le diagnostic et l'information quant aux différentes techniques de suppléance doivent être précoces pour permettre un choix éclairé du patient. Le schéma régional d'organisation sanitaire **fixe un objectif de développement de la dialyse péritonéale**, technique moins contraignante pour le patient (20 % des patients au moins). Le schéma régional d'organisation médico-sociale prévoit également de faciliter l'accueil en établissements pour personnes âgées dépendantes des patients sous dialyse. Les orientations du schéma régional d'organisation des soins invitent au **développement de la greffe rénale** (promotion de la greffe à donneur vivant, création d'un réseau régional de télémédecine pour améliorer le diagnostic du passage à mort encéphalique...).

PRIORITÉ 3

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS CARDIO-NEURO-VASCULAIRES

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

EN ALSACE, LES MALADIES CARDIO-NEURO-VASCULAIRES SONT RESPONSABLES

DE PLUS DE **4 000** DÉCÈS
CHAQUE ANNÉE, SOIT LA 2^E CAUSE

DE MORTALITÉ APRÈS LE CANCER.

ELLES GÈNÈRENT PRÈS DE 13 000 ADMISSIONS
EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE PAR AN.

LES PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIES
CARDIOVASCULAIRES SONT EXPOSÉS

À DES COMPLICATIONS BRUTALES
(INFARCTUS DU MYOCARDE, ACCIDENTS

VASCULAIRES CÉRÉBRAUX DONT ACCIDENT
ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE ET MORT SUBITE),

SOURCES DE HANDICAPS ET DE DÉCÈS.

SI LA MORTALITÉ PAR MALADIE CARDIO-
NEURO-VASCULAIRE TEND À BAISSER EN

ALSACE, COMME DANS LE RESTE DE LA FRANCE,

LA RÉGION CONTINUE À SE CARACTÉRISER
PAR UN TAUX DE MORTALITÉ SUPÉRIEUR

À LA MOYENNE NATIONALE, DE 12 % POUR
LES HOMMES ET 18 % POUR LES FEMMES.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- RÉDUIRE LES DÉLAIS ENTRE LA SURVENUE DES SYMPTÔMES ET LA PRISE EN CHARGE ADÉQUATE :

mieux faire connaître les signes évocateurs des accidents cardio-neuro-vasculaires, inciter à appeler prioritairement les Centres 15, développer la formation de la population aux gestes qui sauvent, actualiser la cartographie des défibrillateurs externes, organiser l'accès à la thrombolyse pour tous les patients de la région présentant un accident vasculaire ischémique, mobiliser les plateaux techniques en urgence pour les accidents vasculaires ischémiques, les accidents vasculaires transitoires et les infarctus du myocarde.

- ORGANISER UN MAILLAGE COORDONNÉ ET LISIBLE DES FILIÈRES D'ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX ET D'INFARCTUS DU MYOCARDE POUR LIMITER LES SÉQUELLES FONCTIONNELLES :

organiser la précocité des avis spécialisés et un parcours de soins adapté, structurer le suivi des patients après l'hospitalisation (coordination des intervenants, développement de la rééducation), développer la maîtrise du risque cardiovasculaire global pour éviter toute récurrence ou complication par un programme de réadaptation et d'éducation adapté à chaque patient.

- AMÉLIORER LES PRATIQUES ET LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS :

spécialiser les professionnels de la filière AVC par un partage des protocoles de prise en charge à toutes les étapes de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, de l'urgence au retour à domicile ; favoriser la recherche en santé publique et l'analyse de pratiques dans les filières d'urgence cardio-neuro-vasculaire.

Les partenaires

Centres 15 – Établissements de santé – Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique – Professionnels de santé – Réseau régional des urgences Alsace – Réseaux de santé – Structures d'éducation thérapeutique – Unions régionales des professionnels de santé

POUSUIVRE LA STRUCTURATION DE LA FILIÈRE « AVC » : POUR UNE PRISE EN CHARGE PLUS RAPIDE DANS LA PHASE AIGUË

La filière de soins « AVC » fait l'objet d'un volet dédié du schéma régional d'organisation des soins consacré à la médecine. Cette filière doit permettre d'apporter une réponse adaptée tout au long du parcours de prise en charge de la personne. Aujourd'hui **les délais de prise en charge sont encore trop longs** ; il s'agit donc de mettre en place des circuits rapides pour les patients, lorsqu'un AVC est suspecté : le rôle du Centre 15 est renforcé ; le médecin régulateur doit disposer d'outils d'aide au diagnostic pour formuler rapidement l'orientation la plus pertinente ; puis les services d'urgence doivent mettre en place un **circuit fast-track** pour que les patients bénéficient d'un accès prioritaire dès leur arrivée. Le développement des IRM en région facilitera également l'accès en urgence à l'imagerie spécialisée, puis à la thrombolyse.

FOCUS



LE PROGRAMME DE TÉLÉMÉDECINE : DES PERSPECTIVES AVEC LE RÉSEAU « TÉLÉ-AVC »

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux peut bénéficier du déploiement des systèmes d'information associant à la fois **des outils de visioconférence et de téléradiologie**, sur un territoire ou une zone géographique plus large. La télémédecine permet d'offrir aux établissements ne disposant pas de professionnels spécialistes sur place un **accès à distance à un avis neurovasculaire** qui doit permettre de fiabiliser le diagnostic effectué par les soignants de la structure et de débiter dès confirmation du diagnostic le traitement idoine. Le programme régional de télémédecine identifie cet axe de travail pour la création d'un réseau régional Télé-AVC.

POUSUIVRE LA STRUCTURATION DE LA FILIÈRE EN AVAL DE L'ACCIDENT : DE LA SORTIE D'HÔPITAL AU RETOUR À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENT

L'objectif, une fois l'accident traité, est de pouvoir accompagner rapidement les patients dans leur **rééducation**. La filière « AVC » s'organise jusqu'à la sortie de l'hôpital avec un accès en aval de chaque unité neuro-vasculaire (UNV) à un service de soin de suite et de réadaptation (SSR) neurologique ou polyvalent, une unité d'éveil, des lits d'accueil pour états végétatifs chroniques. Les modes de prise en charge permettant le retour à domicile du patient doivent être renforcés en particulier l'hospitalisation à domicile qui doit développer son activité de rééducation (moins de 2 % des séjours aujourd'hui), mais également les services qui accompagnent les patients (équipes mobiles multidisciplinaires de rééducation réadaptation réinsertion, les SSIAD, les SAMSAH...). Quand le retour à domicile n'est pas possible, la prise en charge médico-sociale doit prendre le relais ; les capacités d'accueil en établissements médico-sociaux pour patients cérébrolésés (MAS par exemple) doivent être confortées dans la région.

PRIORITÉ 4

MIEUX DÉPISTER ET TRAITER LES CANCERS

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

LE CANCER EST LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ EN ALSACE,

À L'ORIGINE DE **30 %** DES DÉCÈS.

IL CONCERNE PRINCIPALEMENT LES HOMMES, DANS UNE PROPORTION DE 1 À 1,4 PAR RAPPORT AUX FEMMES. LE CANCER INFLUE DE FAÇON MAJEURE SUR LA MORTALITÉ PRÉMATUREE : 27 % DES DÉCÈS PAR CANCER SURVIENNENT AVANT 65 ANS, CONTRE 21 % TOUTES CAUSES DE DÉCÈS CONFONDUES. PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVEAUX CAS DE CANCER ENREGISTRÉS EN ALSACE, UNE FOIS PRISES EN COMPTE LES DIFFÉRENCES DE STRUCTURE DE LA POPULATION, EST SUPÉRIEUR DE 5,8 % POUR LES HOMMES ET 1,7 % POUR LES FEMMES.

IL EST PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉ POUR LES CANCERS DU COLON, DU REIN, DE L'ŒSOPHAGE ET DU MÉLANOME CHEZ LES HOMMES, POUR LES CANCERS DE L'ESTOMAC, DU COL DE L'UTÉRUS, DES OVAIRES ET DU REIN POUR LES FEMMES.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

→ AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DES CANCERS :

accroître la collaboration entre les différents acteurs concernés par les dépistages organisés – les structures régionales Ademas pour le dépistage du cancer du sein, Adeca pour le cancer colo-rectal et Eve pour le cancer du col de l'utérus – afin de capitaliser les savoir-faire et les outils et partager les stratégies ; favoriser l'implication des médecins et plus largement des professionnels de santé dans le dépistage organisé, par exemple en transmettant régulièrement aux médecins traitants le taux de participation de leur patientèle au dépistage ; poursuivre l'évaluation et l'assurance qualité des campagnes de dépistage organisé, en continuant d'améliorer les stratégies de relance, le ciblage des invitations, la formation des professionnels de santé et la qualité de la lecture ; améliorer la prévention des cancers ne donnant pas lieu à un dépistage organisé en améliorant le dépistage précoce des cancers de la peau, de la cavité buccale et des cancers d'origine infectieuse ; réduire les inégalités d'accès et de recours à la prévention et au dépistage, en adaptant les stratégies de communication et d'intervention aux différents publics concernés ; accompagner le développement du suivi des personnes issues de familles à risque génétique.

→ AMÉLIORER ET PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER :

renforcer le suivi personnalisé du patient en proposant aux patients un plan personnalisé des soins, en expérimentant le recours à des infirmiers coordonnateurs, en mettant en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique destinés à accompagner la phase postérieure au traitement ; faciliter le suivi des patients atteints de cancer par le médecin traitant en coordination avec les médecins spécialistes en cancérologie, en diffusant et généralisant les initiatives existantes des réseaux d'oncologie de la région en matière de protocoles de suivi ; faciliter un suivi de proximité des traitements en chimiothérapie par des soins à domicile ou à proximité du domicile, en s'appuyant sur des établissements associés ou des services d'hospitalisation à domicile ; promouvoir le partage d'informations entre professionnels de santé, au travers notamment du déploiement du « dossier commun de cancérologie » qui répond à une forte attente des établissements et des professionnels de santé.

Les partenaires

Assurance Maladie – Conseils généraux – Établissements de santé – Professionnels de santé – Structures de dépistage organisé Eve, Ademas, Adeca – Réseaux de santé

FAVORISER LE DÉPISTAGE DES CANCERS, NOTAMMENT POUR LES POPULATIONS LES PLUS DÉFAVORISÉES

Le schéma de prévention affirme la priorité donnée à la prévention et au dépistage des cancers, première cause de mortalité en région. Les actions de dépistage, notamment par le biais des structures de gestion chargées des dépistages organisés, seront accrues. Une attention particulière doit être portée à l'organisation du **dépistage du cancer colo-rectal**, dont le recul doit être enrayer.

Compte tenu de la moindre participation des personnes en difficulté socio-économiques aux dispositifs de dépistage organisé des cancers, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins fait de l'augmentation de leur taux d'adhésion une priorité.

FOCUS



POURSUIVRE LES PROGRÈS DANS L'ORGANISATION DES SOINS DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCERS

Sous l'effet des deux plans cancers (2003-2007 et 2009-2013) et des précédents schémas d'organisation sanitaire, et dans le cadre des dispositions réglementaires qui prévoient les seuils d'activité et les qualifications des équipes médicales justifiant les autorisations d'activité, l'offre de soins s'est structurée.

Les perspectives d'amélioration visent à rendre complètement effective la chaîne des soins, allant des soins de proximité (médecins traitants, établissements de santé, réseaux territoriaux de cancérologie) aux soins de recours ; à développer les prises en charge et traitements personnalisés ; à structurer le pôle régional de cancérologie (**Institut Régional du Cancer**) et favoriser le développement de la recherche clinique. Les possibilités de chimiothérapie à domicile dans le cadre de l'HAD doivent être explorées.

FACILITER LE RECOURS AUX SOINS PALLIATIFS, NOTAMMENT À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

L'organisation des soins palliatifs est relativement structurée en région, mais la culture de l'accompagnement palliatif peut encore être développée parmi les professionnels de santé. Des pistes de progrès sont possibles pour permettre aux **établissements médico-sociaux**, (EHPAD mais aussi pour personnes handicapées) d'assurer la prise en charge de leurs résidents jusqu'en fin de vie, avec le soutien des **équipes mobiles de soins palliatifs** dont les moyens doivent être confortés.

PRIORITÉ 5

PRÉVENIR LES CONDUITES À RISQUE CHEZ LES JEUNES

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

LES CONDUITES À RISQUE CHEZ LES JEUNES CONSTITUENT EN ALSACE UNE PROBLÉMATIQUE PRÉGNANTE. LES JEUNES DE 12 À 25 ANS SE DÉCLARENT PLUS ANXIEUX, PLUS DÉPRIMÉS ET AFFICHENT UNE MOINS BONNE ESTIME D'EUX-MÊMES QUE LEURS AÎNÉS.

LE SUICIDE EST À L'ORIGINE

DE 15% DES DÉCÈS

DES 15-25 ANS, REPRÉSENTANT LA DEUXIÈME CAUSE DE MORTALITÉ DANS CETTE TRANCHE D'ÂGE. EN MATIÈRE DE CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES,

UN JEUNE DE 17 ANS

SUR QUATRE FUME QUOTIDIENNEMENT, UN SUR DEUX A DÉJÀ CONNU AU MOINS UN ÉPISODE D'IVRESSE, UN SUR DIX A UN USAGE RÉGULIER D'ALCOOL, UN SUR QUATRE A CONSOMMÉ DU CANNABIS. PLUS DU QUART DES CAS DE SÉROPOSITIVITÉ AU VIH CONCERNE DES PERSONNES DE MOINS DE 30 ANS.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- **INSCRIRE LES ACTIONS DE PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUE DANS UNE LOGIQUE PLUS GLOBALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ :**
renforcer les compétences des intervenants auprès des jeunes en matière de prévention des conduites à risque ; renforcer la participation des jeunes à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de prévention des conduites à risque ; soutenir les parents...
- **FAVORISER L'ACCÈS DES JEUNES ET/OU DE LEURS PARENTS AUX RESSOURCES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUE :**
recenser l'ensemble des lieux ressources par territoire de santé et les faire connaître ; réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à ces lieux de ressources.
- **DÉVELOPPER LA PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUE :**
accompagner les événements festifs pour permettre aux jeunes qui y participent de connaître, maîtriser et gérer les risques ; inscrire la réduction des risques dans les pratiques de tous les intervenants accueillant des jeunes.
- **FACILITER LE REPÉRAGE DES CONDUITES D'EXCÈS ET LA CONTINUITÉ DE PRISE EN CHARGE DES JEUNES QUI S'Y LIVRENT :**
former les professionnels intervenant auprès des jeunes au repérage précoce et au recueil de l'expression de difficultés ; assurer un partage de l'information et une continuité de prise en charge (dispositifs de prévention et de réduction des risques, accompagnement et soins) ; organiser la prise en charge en soins des jeunes se mettant en danger.

Les partenaires

Établissements prenant en charge les addictions (CSAPA...) – Collectivités locales – Établissements de santé – Maisons des adolescents – Points d'accueil et d'écoute jeunes – Professionnels de santé

AMÉLIORER LA CONNAISSANCE ET LE REPÉRAGE DES CONDUITES À RISQUES DES JEUNES

Le schéma de prévention identifie plusieurs pistes de travail pour la prévention des comportements à risque des adolescents et jeunes adultes. Un préalable consiste à améliorer la connaissance et l'observation partagée du phénomène entre les différents acteurs au contact de ces jeunes. Cela devrait permettre de **diffuser l'information sur les signes de comportement traduisant un mal-être et une souffrance psychique des jeunes** de nature à favoriser ensuite les conduites à risque, et ainsi faciliter le repérage des conduites d'excès par les professionnels de droit commun. Ensuite il s'agit d'amener les jeunes, et leurs familles, à s'inscrire dans une démarche de soins, de faire connaître les possibilités d'accompagnement et les prises en charge.

FOCUS



UNE PRIORITÉ QUI IMPLIQUE DE NOMBREUX PARTENAIRES ET UNE BONNE ARTICULATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE PSYCHIATRIE

La prévention, le repérage et la prise en charge des conduites à risque des jeunes impliquent de nombreux acteurs qui sont à leur contact : intervenants dans leur milieu ordinaire comme l'Éducation nationale qui est en première ligne ; intervenants sociaux ou sanitaires déjà spécialisés (associations, psychiatrie, médecin traitant...).

Le volet santé mentale du SROS préconise de renforcer la coordination des acteurs de la prévention et du repérage de première ligne avec la **psychiatrie infanto-juvénile** (coordination avec les PAEJ, les maisons des adolescents, les conseils locaux de santé mentale). La structuration d'une offre spécifique de prise en charge des adolescents est également envisagée à l'instar des initiatives d'équipes mobiles ou ambulatoires dédiées aux adolescents qui peuvent intervenir au plus près de leur lieu de vie.

LES JEUNES, CIBLE PRIORITAIRE DU VOLET DU SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE CONSACRÉ AUX PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS

Le schéma régional d'organisation médico-sociale comporte un volet consacré à la prise en charge des personnes souffrant d'addictions. Il s'inscrit dans la continuité du schéma régional d'addictologie élaboré en 2009 et qui a contribué à structurer la filière de prise en charge de la prévention, à la réduction des risques pour les addictifs à la prise en charge en soins quand les personnes s'inscrivent dans une démarche curative. Le schéma identifie les **jeunes comme cible prioritaire car ils arrivent globalement tardivement aux soins addictologiques avec des freins propres (psychologiques, déplacement, inadaptation des structures d'accueil...)**. Des dispositifs adaptés doivent être proposés en fonction des habitudes et besoins spécifiques des jeunes : lieux d'écoute et de parole dans les espaces tels que les maisons des adolescents, les points écoute accueil jeunes (PAEJ), consultations jeunes consommateurs dans les CSAPA, interventions en milieu festif dans lesquelles les prises de risque sont fréquentes avec des équipes mobiles par exemple.

AXE 2

— ORGANISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE POUR FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES EN SITUATION PARTICULIÈRE DE FRAGILITÉ

Les quatre priorités de cet axe correspondent à une approche par les populations qui sont en situation de fragilité (du fait de l'âge, d'un handicap, d'une pathologie mentale ou d'une situation de précarité socio-économique) et qui ont donc besoin d'une attention particulière pour leur assurer une prise en charge adaptée qui leur permette de rester à domicile et être inséré dans la cité.

— PRIORITÉ 6

Favoriser l'autonomie des personnes âgées
et permettre leur maintien à domicile

PAGE 22

— PRIORITÉ 7

Faciliter le projet de vie des personnes en situation
de handicap en développant des modalités de prise
en charge adaptées

PAGE 24

— PRIORITÉ 8

Adapter la prise en charge sanitaire
et médico-sociale pour faciliter l'autonomie
et l'insertion des personnes souffrant de pathologies
mentales et de handicap psychique

PAGE 26

— PRIORITÉ 9

Réduire les inégalités territoriales et sociales
de santé pour améliorer l'accès à la prévention,
la promotion de la santé et aux soins

PAGE 28

PRIORITÉ 6

FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET PERMETTRE LEUR MAINTIEN À DOMICILE

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

LA PART DES PERSONNES DE PLUS DE 85 ANS REPRÉSENTERA, EN 2020, 2,9 % DE LA POPULATION ALSACIENNE CONTRE 2 % EN 2010. **LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 75 ANS REPRÉSENTERONT 8,7 % DE LA POPULATION RÉGIONALE EN 2020**, UNE PROPORTION QUI DEVRAIT AUGMENTER FORTEMENT ENTRE 2020 ET 2030.

AU TOTAL, **89 % DE LA POPULATION ÂGÉE DE PLUS DE 75 ANS VIT À DOMICILE**; À 95 ANS, CETTE PROPORTION EST ENCORE DE 49 %. LE TAUX DE MAINTIEN À DOMICILE EST LÉGÈREMENT INFÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE, UNE SITUATION POUVANT S'EXPLIQUER PAR UN ÉQUIPEMENT RÉGIONAL PLUS IMPORTANT ET UN TAUX DE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- RETARDER L'ENTRÉE EN DÉPENDANCE PAR LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ÂGE :
promouvoir les actions de prévention des chutes, de la dénutrition, de la dépression...
- ASSURER LA COORDINATION ET LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE À DOMICILE :
assurer la coordination des soins et des autres prestations d'aide à domicile des personnes âgées ; prévenir les ruptures de prise en charge dans le parcours de soins des personnes âgées.
- DÉVELOPPER L'AIDE AUX AIDANTS POUR PERMETTRE LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES :
améliorer l'information des aidants, développer une palette d'offre complète pour les aidants conjuguant des dispositifs de soutien et des solutions de répit adaptées, mieux repérer les aidants et prévenir leur épuisement.

Les partenaires

Les conseils généraux – Le réseau Alsace Gérontologie –
Les services et établissements médico-sociaux

PRIORITÉ AU MAINTIEN À DOMICILE ET À LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Sous l'effet de l'**augmentation du nombre de personnes âgées et de malades d'Alzheimer**, les besoins de prise en charge sont croissants et doivent être planifiés. C'est l'objet d'un volet propre du schéma régional d'organisation médico-sociale qui a été construit autour de deux principes :

- la priorité donnée au maintien à domicile qui se traduit par une priorité de financement à l'offre de services tels que les SSIAD et au développement des alternatives et formules de répit pour les aidants comme les accueils de jour, l'hébergement temporaire ;
- la continuité de la prise en charge car **les moments de rupture (hospitalisation en urgence, sortie d'hôpital, entrée en établissement) sont propices à l'entrée ou l'aggravation de la dépendance d'une personne**. Elle repose sur la poursuite de la structuration de la filière gériatrique, la possibilité de mobiliser plus fréquemment l'expertise gériatrique (rôle du Réseau Alsace Gérontologie, des équipes mobiles gériatriques).

FOCUS



PROMOUVOIR DES ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE POUR ACCOMPAGNER LE MAINTIEN À DOMICILE

Le schéma de prévention prend en compte la prévention des risques d'entrée en dépendance. Il s'agit de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile et de prévenir les hospitalisations. Les actions doivent porter prioritairement sur **la prévention des chutes** en encourageant l'activité physique et en favorisant l'aménagement de l'habitat, les ateliers de remobilisation et de mémoire, **la prévention de la dénutrition, le repérage des signes de dépression et la diminution de la iatrogénie médicamenteuse**.

LA PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE ET LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE, UN PARTENARIAT FORT AVEC LES CONSEILS GÉNÉRAUX

Les conseils généraux ont une compétence essentielle dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le schéma régional a été élaboré en coordination avec **les schémas gérontologiques du Bas-Rhin (2009-2014) et du Haut-Rhin (2006-2011)** qu'il complète sur le plan de la prise en charge sanitaire. Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, qui est l'outil de programmation financière et opérationnelle de créations et redéploiement de places dans le secteur médico-social, est élaboré en concertation et révisé chaque année en fonction des moyens alloués par la solidarité nationale.

Le **renforcement de la coordination gérontologique**, dont la loi du 13 août 2004 a confié la compétence aux départements, chefs de file de l'action sociale, est au cœur de ce schéma. Dispositif récent, les **MAIA** (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) ont vocation à se généraliser comme guichet intégré associant tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation et de la prise en charge des personnes âgées sur un territoire.

PRIORITÉ 7

FACILITER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN DÉVELOPPANT DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ADAPTÉES

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

LA LOI DE 2005 POUR L'ÉGALITÉ DES DROITS ET DES CHANCES, LA PARTICIPATION ET LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES A DÉFINI LES CONTOURS D'UNE NOUVELLE POLITIQUE DU HANDICAP ; ELLE S'EST ACCOMPAGNÉE, EN ALSACE, D'UN RENFORCEMENT DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE NOTAMMENT AU PROFIT DES SERVICES :

ON ESTIME À 90 % LA PROPORTION DES ADULTES ATTEINTS D'UN HANDICAP VIVANT À DOMICILE DANS LA RÉGION.

DES DIFFICULTÉS DEMEURENT NÉANMOINS : L'OFFRE EST INÉGALEMENT RÉPARTIE, DES MARGES DE PROGRÈS EXISTENT POUR LE MAINTIEN DES ADULTES EN MILIEU DE VIE ORDINAIRE ; CERTAINES PRISES EN CHARGE RESTENT INADAPTÉES ET LES BESOINS DE MEURENT IMPORTANTS – 500 NOUVEAUX JEUNES RELÈVERONT POTENTIELLEMENT D'UN AMENDEMENT CRETON SUR LA PÉRIODE 2012-2014 –, L'ALLONGEMENT DE L'ESPÉRANCE DE VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES NÉCESSITE LA MISE EN ŒUVRE DE SOLUTIONS D'ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉES ; DES DIFFICULTÉS PERSISTENT EN TERMES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- FAVORISER UN DÉPISTAGE PRÉCOCE ET UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE À TOUTE NOUVELLE SITUATION DE HANDICAP :
assurer un diagnostic pluridisciplinaire le plus précoce possible et un accompagnement global pour tout enfant où un handicap est suspecté, soutenir et accompagner la personne handicapée et son entourage lors de l'annonce du handicap, promouvoir auprès des professionnels de premiers recours une meilleure connaissance du handicap et des dispositifs territoriaux existants.
- FAVORISER L'AUTONOMIE ET LE MAINTIEN DANS LE MILIEU DE VIE ORDINAIRE :
garantir l'égalité d'accès à la prévention et aux soins, accompagner la scolarité et la formation, au mieux des capacités de l'enfant ou de l'adulte handicapé, accompagner les personnes handicapées vers une activité professionnelle en milieu ordinaire, développer les structures de répit en relais des aidants.
- ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE :
faciliter l'accès des jeunes adultes à une prise en charge adaptée, proposer un accompagnement adapté aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes, mieux répondre aux situations complexes au sein des établissements médico-sociaux.

Les partenaires

Conseils généraux – Éducation nationale –
Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) –
Les services et établissements médico-sociaux

FOCUS

UN PRÉ-REQUIS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES : L'AMÉLIORATION DE LA CONNAISSANCE DES BESOINS

La planification de la prise en charge des personnes handicapées est aujourd'hui desservie par l'absence de systèmes d'informations centralisant et partageant les informations détenues par de multiples acteurs. La juste évaluation des besoins nécessite de construire un **système d'information et de pilotage partagé avec les conseils généraux et les MDPH**, facilitant une gestion dynamique des orientations. Le schéma d'organisation médico-sociale prévoit en cohérence la **poursuite de la création de services**, notamment pour accompagner les enfants handicapés qui peuvent être scolarisés dans le droit commun (places de SESSAD), et de **places d'accueil pour adultes handicapés** (MAS, FAM notamment) répondant en particulier au besoin prioritaire de prise en charge de jeunes adultes toujours hébergés en établissement pour enfants (amendement Creton).



FACILITER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

L'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap est l'une des six orientations du schéma régional d'organisation médico-sociale. Les enjeux portent sur la **formation** des professionnels, l'élaboration d'une **charte d'accueil** de personnes handicapées dans le cadre du projet d'établissement, l'identification d'un **référé handicapé dans les établissements de santé**, l'adaptation des conditions matérielles de prise en charge voire des organisations spécifiques (soins dentaires). Une quote-part des financements de l'agence alloués à la **prévention** pourrait être réservée à des actions destinées à des personnes handicapées. L'accès au **dépistage** des cancers, la prévention du surpoids et de l'obésité des personnes handicapées sont des priorités de travail.

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES, UNE COMPÉTENCE PARTAGÉE ENTRE PLUSIEURS ACTEURS

La compétence relative au handicap est partagée entre plusieurs administrations. Les maisons départementales (MDPH) sont le guichet intégré qui propose des orientations de prise en charge et des aides financières aux personnes handicapées.

Le schéma propose de renforcer les partenariats institutionnels de l'Agence avec l'Éducation nationale pour mieux planifier conjointement les services d'accompagnement (scolaires et médico-sociaux) des **enfants scolarisés en milieu ordinaire**, ainsi qu'avec la DIRECCTE, chargée de coordonner les acteurs de l'**insertion professionnelle des travailleurs handicapés** dans le cadre de l'élaboration d'un plan régional (PRITH).

PRIORITÉ 8

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE POUR FACILITER L'AUTONOMIE ET L'INSERTION DES PERSONNES SOUFFRANT DE PATHOLOGIES MENTALES ET DE HANDICAP PSYCHIQUE

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

LA PSYCHIATRIE A DÉVELOPPÉ DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION COMPLÈTE ET DES FORMES DE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISÉES, FAVORISANT L'INSERTION SOCIALE. EN ALSACE,

EN 2009, 68 % DES PRISES EN CHARGE PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES ET 81 % POUR ENFANTS ONT ÉTÉ EFFECTUÉES EN AMBULATOIRE.

LA LOI DE 2005 RECONNAÎT EXPLICITEMENT LE HANDICAP PSYCHIQUE ET CONFIRME LA NÉCESSAIRE COMPLÉMENTARITÉ DE DEUX CHAMPS, PROFESSIONNEL ET INSTITUTIONNEL, AUX CULTURES ET PRATIQUES DIFFÉRENTES : LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL QUI ACCUEILLE UNE PART CROISSANTE DE PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES SANS ADAPTATION DU DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT ; LES SECTEURS PSYCHIATRIQUES QUI SE VOIENT DANS L'OBLIGATION DE METTRE EN PLACE DE NOUVEAUX MODES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PARTENARIAT.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

→ AMÉLIORER LE REPÉRAGE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT, AINSI QUE L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC :

accompagner les professionnels de première ligne dans le repérage précoce des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et les jeunes adultes, et des troubles envahissants du développement dans la petite enfance ; impliquer davantage les équipes de proximité dans l'aide au diagnostic et les évaluations initiales de l'autisme.

→ GARANTIR UN DISPOSITIF DE SOINS ACCESSIBLE, GRADUÉ ET ADAPTÉ À L'ÉVOLUTION DES PATHOLOGIES :

développer les programmes d'éducation thérapeutique et de réhabilitation psychosociale en psychiatrie ; garantir un bon maillage territorial des structures de proximité ; faciliter l'accès aux soins somatiques de la personne ; assurer la continuité des soins dans le temps et envisager d'expérimenter des « référents de parcours ».

→ RENFORCER LA COORDINATION ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES RÉPONSES :

faciliter la connaissance des ressources disponibles au sein d'un territoire ; garantir l'effectivité de la coordination des prises en charge sanitaires et médico-sociales ; activer les outils de contractualisation ou de formes juridiques nouvelles favorisant la complémentarité de la prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et ambulatoire.

→ CONTRIBUER À FAVORISER L'INSERTION DANS LA CITÉ :

renforcer l'accès territorial à l'éducation des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques ou de troubles envahissants du développement ; favoriser le développement d'une offre de logements adaptée ainsi que l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique ; améliorer l'intégration sociale des personnes par le développement d'un accompagnement personnalisé et de formules innovantes concernant leur participation ou celle de leurs proches aux soins et à la réinsertion.

Les partenaires

Collectivités locales – Établissements de santé et médico-sociaux – Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) – Groupes d'entraide mutuelle (GEM – Professionnels soignants et éducatifs – Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) – Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

LE SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE, AU SERVICE DE L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE POUR PERMETTRE UNE RÉINSERTION DANS LA CITÉ

Le schéma régional comprend un volet dédié à la santé mentale qui conforte l'organisation graduée des soins en insistant sur la coordination des établissements, notamment sur le territoire de la communauté urbaine de Strasbourg. Il fixe trois objectifs principaux :

- améliorer l'accès aux soins par le repérage précoce des troubles, l'amélioration de la réponse aux situations de crise et d'urgence, le renforcement de l'offre de soins dans les zones de proximité sous-équipées...
- améliorer le parcours de soins par la formalisation des partenariats entre acteurs, la généralisation des prises en charge inter-sectorielles (personnes âgées, personnes autistes...)
- améliorer la prise en charge des adolescents de 11 à 18 ans par le renforcement de la coordination des acteurs de prévention et de repérage, l'organisation d'une offre de soins spécifiques.

FOCUS



SANTÉ MENTALE ET HANDICAP PSYCHIQUE, LA NÉCESSAIRE COORDINATION ENTRE SECTEUR SANITAIRE ET SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

La meilleure coordination des besoins et des acteurs doit permettre de **réduire les taux d'hospitalisations jugées « inadéquates »** dont les patients en attente de places dans le secteur médico-social ayant déjà une orientation de la MDPH. En Alsace, une première estimation fait état en 2010 pour les seuls adultes, de 120 patients en attente de places en MAS et FAM dont 90 patients hospitalisés au long cours dans les établissements de santé mentale de la région, soit 7 % des lits d'hospitalisation complète. La création de places pour adultes handicapés, dédiées notamment au handicap psychique, doit permettre dans le cadre du schéma régional d'organisation médico-sociale de proposer un accompagnement plus adapté que la prise en charge sanitaire et propice à la réinsertion et à l'autonomie.

PRÉVENIR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE, PRIORAIREMENT CHEZ LES JEUNES

Le schéma de prévention traduit cette priorité en deux objectifs principaux, visant un public jeune :

- la prévention de la souffrance psychique chez les jeunes par une sensibilisation et un accompagnement des parents et des professionnels ;
- l'amélioration du repérage des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent et l'aide au diagnostic par les professionnels de premier recours des troubles envahissants du développement dans la petite enfance et des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents.

Le renforcement des capacités d'accueil des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) doit y contribuer.

PRIORITÉ 9

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS TERRITORIALES ET SOCIALES DE SANTÉ POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION, À LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET AUX SOINS

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION N'EST PAS HOMOGENÈME SUR LE TERRITOIRE RÉGIONAL. **CERTAINES ZONES DU TERRITOIRE CONCENTRENT DES INDICATEURS SANITAIRES DÉGRADÉS** : STRASBOURG, COLMAR, MULHOUSE, ET QUATRE CANTONS DU MASSIF VOSGIEN : LA PETITE PIERRE, SCHIRMECK, SAALES ET SAINTE-MARIE-AUX-MINES, FRÉQUEMMENT CORRÉLÉS À DES INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES DÉFAVORABLES. LES POPULATIONS DE CES ZONES BÉNÉFICIENT MOINS DES DÉMARCHES DE PRÉVENTION, SOIT QU'ELLES NE LEUR SONT PAS PROPOSÉES, SOIT QUE DES FACTEURS ÉCONOMIQUES, CULTURELS, SOCIAUX FONT OBSTACLE À LEUR ACCÈS.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- AMÉLIORER LA CONNAISSANCE ET L'OBSERVATION PARTAGÉE DES INÉGALITÉS TERRITORIALES ET SOCIALES DE SANTÉ : mesurer les inégalités territoriales et sociales de santé ; assurer une veille sociale et sanitaire.
- ADAPTER LES POLITIQUES DE PRÉVENTION, DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ACCÈS AUX SOINS AUX POPULATIONS CONCERNÉES : promouvoir, par des actions de communication adaptées, des dispositifs de prévention et de promotion de la santé ; simplifier les procédures d'admission au droit commun en accompagnement plus spécifiquement certaines personnes ou publics ; encourager les actions facilitatrices d'accès à la santé pour les publics vulnérables ; prendre en compte l'expression de la demande et des besoins des personnes vulnérables elles-mêmes en privilégiant les démarches participatives de type santé communautaire.
- ADAPTER LES POLITIQUES DE SANTÉ AUX TERRITOIRES ET FAVORISER LEUR PRISE EN COMPTE AU SEIN DES AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES : favoriser l'émergence de projets et contrats locaux de santé ; intégrer la santé dans les autres politiques publiques.

Les partenaires

Assurance maladie – Collectivités territoriales – Observatoire régional de la santé d'Alsace – Services de l'État

FOCUS



LE PRINCIPE D'ÉQUITÉ TERRITORIALE, AU CŒUR DES SCHÉMAS DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

Si l'état des lieux a montré que le taux d'équipement dans le secteur médico-social en Alsace se comparait favorablement à la moyenne nationale, on observe des disparités territoriales très importantes. **Le rééquilibrage de l'offre pour assurer un maillage territorial homogène**, particulièrement pour les offres de proximité (hébergement permanent en EHPAD, accueils de jour), est une priorité du schéma régional d'organisation médico-sociale. Le schéma identifie donc les zones déficitaires qui feront l'objet d'une priorité de créations de places : zones de Villé, Sélestat-Obernai, Munster, Ensisheim pour les SSIAD, zones de Saverne et Altkirch pour des places d'EHPAD...

LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ, UNE PRIORITÉ TRANSVERSALE À L'ENSEMBLE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Le choix a été fait d'identifier la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé (ITSS) parmi les 15 priorités d'action en santé régionales mais cette priorité est singulière car elle est commune à toutes les autres. L'ensemble des volets des schémas et programmes du PRS doivent contribuer à favoriser l'accès aux soins et à la prévention et à réduire les inégalités.

Cette priorité constitue par ailleurs l'objectif du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) de 4^e génération qui réaffirme **le principe d'accès (ou de retour) aux dispositifs de droit commun en priorité**. Il identifie également certains dispositifs spécifiques qui doivent être développés quand les personnes en situation de précarité sont trop éloignées des dispositifs de droit commun, avec des actions par exemple destinées à certaines populations spécifiques (personnes détenues, gens du voyage, étudiants, migrants en situation de précarité, personnes sans « chez soi »).

LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS), OUTILS INNOVANTS POUR CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET À LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

Une approche transversale est nécessaire tant les déterminants agissant sur la santé sont multiples et relèvent de toutes les politiques publiques (emploi, logement, transport, environnement, sport...). Le contrat local de santé, nouvel outil à la disposition des ARS depuis la loi HPST de juillet 2009, doit permettre d'adapter les politiques de santé aux territoires et de mobiliser toutes les compétences des collectivités publiques partenaires. Les **collectivités territoriales** sont des vecteurs essentiels des politiques de santé et de réduction des inégalités par les leviers dont elles disposent et par leur connaissance fine des situations infra-communales. Le projet régional de santé a identifié plusieurs zones géographiques qui cumulent des indicateurs sociaux et sanitaires défavorables et propose donc l'élaboration de contrats locaux de santé aux collectivités concernées pour engager collectivement une action supplémentaire pour améliorer la situation de ces territoires : les communautés d'agglomération de Strasbourg et Mulhouse, les cantons de Saales, Sainte-Marie-aux-Mines notamment.

AXE 3

— FAVORISER LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE AUTOUR DU PATIENT

Dans le contexte d'une part croissante des patients atteints de pathologies chroniques et des personnes âgées en situation de dépendance, dont la prise en charge implique de façon itérative ou séquentielle les différents segments de l'offre sanitaire, la coordination des soins et la construction de filière de soins cohérentes en un enjeu central. L'objectif est également de promouvoir, dans un souci de bonne utilisation des ressources de la solidarité nationale, le principe de subsidiarité, c'est-à-dire le recours au juste niveau de soins.

Les deux priorités de cet axe 3 se concentrent donc sur les outils qui favorisent la coordination des acteurs, notamment le recours aux systèmes d'information comme le dossier médical personnel (DMP) qui centralise les données médicales du patient.

— PRIORITÉ 10

Développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins

PAGE 32

— PRIORITÉ 11

Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé

PAGE 34

PRIORITÉ 10

DÉVELOPPER LES ORGANISATIONS ET LES OUTILS PERMETTANT D'ASSURER LA CONTINUITÉ DU PARCOURS DE SOINS

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES SOUFFRANT DE MALADIES CHRONIQUES REPRÉSENTENT UNE PART IMPORTANTE ET CROISSANTE DES PATIENTS. LEUR PRISE EN CHARGE REQUIERT FRÉQUEMMENT DES SÉQUENCES DE SOINS HOSPITALIERS, DE SOINS EN MÉDECINE AMBULATOIRE ET, PARFOIS, DE PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE.

CONFORMÉMENT AU PRINCIPE D'ORGANISATION DES SOINS PAR NIVEAU DE RECOURS, **LA PRISE EN CHARGE PAR LE PROFESSIONNEL DE PROXIMITÉ** DOIT ÊTRE PRIVILÉGIÉE LORSQU'ELLE EST POSSIBLE. À L'INTÉRIEUR D'UNE ZONE DE PROXIMITÉ, L'ADRESSAGE DES PATIENTS PAR LES MÉDECINS TRAITANTS, COMME LE SUIVI EN AVAL D'UNE HOSPITALISATION, DOIVENT ÊTRE FACILITÉS. HORS SES MURS PAR AILLEURS, L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ A VOCATION À INTERVENIR EN APPUI DES PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ, NOTAMMENT PAR LE BIAIS D'ÉQUIPES MOBILES.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- **FACILITER L'EXERCICE PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE SA MISSIONS DE PREMIER RECOURS :**
rendre visible et coordonner les ressources en soins mobilisables par le médecin traitant ; garantir la continuité de l'accompagnement à domicile, quel que soit l'intervenant ; améliorer l'accès des médecins de ville à un avis spécialisé hospitalier.
- **RATIONALISER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT, ENTRE VILLE ET HÔPITAL :**
réguler le recours aux services des urgences ; organiser la sortie du patient avec les acteurs de soins de proximité ; assurer la continuité de la prescription médicamenteuse.
- **ORGANISER LA RELATION ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL ET AMÉLIORER LA CIRCULATION DE L'INFORMATION :**
conforter les pratiques des dispositifs d'appui à la prise en charge de proximité ; garantir une information médicale partagée.

Les partenaires

Centres 15 – Établissements de santé et médico-sociaux – Médecins traitants et professionnels de santé – Réseaux de santé

FOCUS

ACCOMPAGNER LE MÉDECIN TRAITANT DANS SON RÔLE DE COORDINATION DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DU SOIN

Le médecin traitant, qui connaît le mieux son patient, est **le garant de la continuité de sa prise en charge**. Il a un rôle de coordination des acteurs du soin et doit être informé du parcours du patient, en étant par exemple systématiquement et rapidement destinataire des comptes-rendus de fin d'hospitalisation. Il doit être soutenu dans ses missions, d'autant plus que l'évolution de la démographie des professionnels réduit le temps médical disponible. C'est le rôle par exemple des **réseaux de santé** vers qui il peut orienter des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète pour la réalisation d'actes qu'il ne peut prendre en charge dans son cabinet en ville. Il s'agit également de faciliter le recours par le médecin à l'expertise spécialisée et l'accompagnement des **équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs**. L'objectif est aussi de rendre plus accessible au praticien l'information sur l'ensemble des dispositifs disponibles pour orienter au mieux son patient ou ses proches quand le maintien à domicile nécessite des aides complémentaires (le recours à un SSIAD par exemple) ou n'est plus possible et qu'il faut prévoir une entrée en établissement.



ÉVITER LES RUPTURES DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE FRAGILITÉ

La continuité de la prise en charge des personnes en situation de fragilité (personnes âgées, handicapées, souffrant d'addictions, de pathologies mentales...) est déterminante car les ruptures (hospitalisation, retour à domicile, entrée en établissement) peuvent aggraver ou accélérer la perte d'autonomie. Pour les personnes âgées, le point central concerne **l'entrée en urgence et la préparation de la sortie de l'hospitalisation**. Plusieurs actions sont envisagées comme la mise en place d'une ligne téléphonique d'expertise gériatrique afin de limiter les hospitalisations évitables, la systématisation d'une fiche de liaison pour les urgences, la formalisation de protocoles d'admission directe aux urgences ou de protocoles de sortie... Pour les personnes handicapées, l'enjeu de la continuité de la prise en charge se pose particulièrement **aux âges « frontières »** qui sont aujourd'hui des moments de rupture : le passage d'un établissement pour enfants à un établissement pour adultes avec la problématique de la résorption des amendements Creton ; le vieillissement des personnes handicapées qui impose un accompagnement des familles et établissements confrontés à l'aggravation de la dépendance et des pathologies lourdes du fait de l'âge.

AFFIRMER LA CONTINUITÉ ENTRE PRÉVENTION ET SOINS

Les schémas de prévention et d'organisation des soins se complètent pour affirmer la priorité donnée à la prévention et la promotion de la santé et rappeler qu'elle doit être au cœur de la pratique des soignants. **Le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)** illustre cette continuité de prise en charge : le patient prend en charge sa maladie pour en prévenir les complications. Il s'agit ainsi de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique du patient est à la charnière entre la prévention et le soin.

PRIORITÉ 11

FACILITER LA CIRCULATION ET LE PARTAGE DE L'INFORMATION ENTRE LES ACTEURS DE LA SANTÉ

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

LES SYSTÈMES D'INFORMATION EN SANTÉ CONSTITUENT UN ENJEU CROISSANT POUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ. DANS LA CONTINUITÉ DES STRATÉGIES DÉFINIES ANTÉRIEUREMENT, L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ SOUTIEN LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION PROPRES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX. ELLE MET ÉGALEMENT EN PLACE, PAR LE BIAIS DU **GCS E-SANTÉ**, UNE OFFRE DE SERVICE À DESTINATION DES OPÉRATEURS DE LA SANTÉ DE LA RÉGION : LES PROJETS DE SYSTÈMES D'INFORMATION EN SANTÉ DOIVENT PERMETTRE D'INFORMER LE GRAND PUBLIC SUR L'OFFRE DE SOINS RÉGIONALE, LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA PRÉVENTION, DE MIEUX COORDONNER LES SOINS ET DE FAVORISER UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE TERRITORIALE DES PATIENTS, ET DE CONSTITUER UNE AIDE À LA DÉCISION, NOTAMMENT EN CAS DE GESTION DE CRISE OU EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES OU DE QUALITÉ DES SOINS.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- **FACILITER LES COOPÉRATIONS À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE DE SANTÉ :**
déployer le dossier médical personnel (DMP) en région, mettre en œuvre le Répertoire opérationnel des ressources (ROR), définir une stratégie régionale pour la télémédecine, étendre les systèmes d'information à la prise en charge des patients à domicile.
- **METTRE LES SYSTÈMES D'INFORMATION EN SANTÉ AU SERVICE DE L'INFORMATION DU PUBLIC ET DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS :**
informer le public, former et informer les professionnels.
- **FAVORISER L'EFFICACITÉ DE LA GESTION DES OPÉRATEURS DE SANTÉ :**
achever le déploiement des systèmes d'information hospitaliers et s'assurer de l'interopérabilité des dispositifs, répondre aux besoins en systèmes d'information des établissements médico-sociaux.
- **PRENDRE APPUI SUR L'INFRASTRUCTURE RÉGIONALE DES SYSTÈMES D'INFORMATION ET CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE :**
utiliser au mieux les moyens de communication et les infrastructures en région, soutenir les actions de recherche et de développement en systèmes d'information en santé.

Les partenaires

Agence des systèmes d'information en santé partagés (ASIP) –
Conseil régional d'Alsace – Établissements de santé –
Groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé Alsace –
Professionnels de santé

UTILISER LES NOUVELLES TECHNOLOGIES D'INFORMATION POUR FACILITER L'ORIENTATION DES PATIENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

En appui à l'organisation des soins, les systèmes d'information doivent être déployés pour trois usages :
→ faciliter le partage des informations médicales entre professionnels de santé, avec l'accord du patient : c'est l'objet du **dossier médical personnel (DMP)** ;
→ améliorer la connaissance des acteurs et des ressources disponibles : c'est l'objet du ROR (**le répertoire opérationnel des ressources**) qui concentre les informations sur les professionnels et établissements ;
→ optimiser l'orientation des patients après l'hospitalisation, éviter les ruptures de prise en charge... c'est l'objet de **Trajectoire**, système d'information qui permet aux hôpitaux de court séjour d'adresser un patient en filière de soins de suite et de réadaptation : les caractéristiques et besoins médicaux du patient sont renseignés dans l'outil et les établissements de soins de suite font part de leur capacité d'accueil en réponse. Cet outil est en voie d'être étendu aux unités de soins de longue durée et doit inspirer la mise en place de systèmes de **gestion dynamique de listes d'attente dans le secteur médico-social**. Pour les EHPAD, il s'agira, à partir d'un dossier unique d'admission, de centraliser les demandes et de pouvoir les consolider en une seule liste d'attente, par territoire par exemple. Pour les personnes handicapées, il s'agira d'offrir aux MDPH un outil permettant une gestion dynamique des orientations.

FOCUS



LE PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉ-MÉDECINE

Il a pour objectif d'organiser le déploiement des outils favorisant le partage en temps réel et à distance d'informations médicales. L'évolution de la démographie des professionnels renforce le besoin d'utiliser au mieux une ressource médicale rare. La télémédecine peut contribuer à faciliter le recours à l'expertise médicale par la **télé-consultation** qui permet la consultation à distance d'un patient par un professionnel médical, la **télé-expertise** qui permet à un professionnel de solliciter à distance l'avis expert d'un autre professionnel spécialisé ou bien encore la **télé-surveillance**. Les applications concrètes de la télémédecine, qu'il est souhaitable de développer prioritairement concernent la télé-imagerie (transmission à distance d'images), la téléconsultation entre établissement de santé et EHPAD, la téléconsultation pour des personnes incarcérées, la télé-expertise dans le cadre de la prise en charge des AVC.

LES SYSTÈMES D'INFORMATION AU SERVICE DE LA SURVEILLANCE SANITAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le schéma de prévention comprend un volet consacré à **la veille, à l'alerte et à la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)**. Les systèmes d'information sont un pré-requis de l'organisation de la veille sanitaire pour pouvoir suivre en temps réel l'évolution de certains signaux qui peuvent signifier un risque sanitaire. Il s'agit de centraliser la connaissance pour suivre l'évolution de certaines maladies, et **alerter sur les risques d'une épidémie** par exemple : cela concerne les maladies à déclaration obligatoire (MDO) comme la rougeole ou la méningite, la grippe (GROG), les gastro-entérites aiguës (GEA) survenant en établissements pour personnes âgées... Il s'agit aussi de suivre l'activité de certains services comme les urgences (réseau OSCOUR, organisation de la surveillance coordonnée des urgences) pour détecter les tensions sur les capacités hospitalières. L'objectif de ces systèmes d'information et de surveillance est de **pouvoir déclencher précocement les alertes de santé publique**, afin de limiter l'impact de ces risques par la mise en place de mesure de gestion rapides et adaptées.

AXE 4

— VISER L'EXCELLENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ALSACE

Les quatre priorités de cet axe visent à poursuivre l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé alsacien. Celui-ci présente de nombreux atouts qui justifient l'ambition de le porter à un niveau d'excellence. Dans un contexte financier contraint, ces priorités ont pour objet d'accroître l'efficacité et de contribuer à modérer l'évolution de la dépense de solidarité nationale. Enfin, elles visent à adapter le système de santé à l'évolution majeure que constitue la diminution du nombre des médecins au cours des prochaines années.

— **PRIORITÉ 12**
Poursuivre l'amélioration de la qualité
et de la gestion des risques

PAGE 38

— **PRIORITÉ 13**
Promouvoir un recours efficace aux soins

PAGE 40

— **PRIORITÉ 14**
Anticiper dans l'organisation des soins les évolutions
de la démographie et des modes d'exercice
des professionnels de santé

PAGE 42

— **PRIORITÉ 15**
Développer le positionnement d'excellence
de la région en matière d'activités de recours,
de recherche et d'innovation

PAGE 44

PRIORITÉ 12

POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

PLUSIEURS DISPOSITIFS NATIONAUX CONCOURENT AU DÉVELOPPEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES DANS LE SECTEUR DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL. **L'ALSACE EST, POUR LA PLUPART DES INDICATEURS MESURANT LA QUALITÉ, BIEN POSITIONNÉE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE.** NÉANMOINS, DES PISTES D'AMÉLIORATION PEUVENT ÊTRE IDENTIFIÉES : CONNAISSANCE ET ÉVALUATION DES RISQUES A PRIORI ET A POSTERIORI, GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES, CIRCUIT DU MÉDICAMENT, PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR, DISPOSITIFS DE VIGILANCE, URGENCES, EXPOSITION AUX RAYONS IONISANTS, PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE, MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS. CONCERNANT L'EXERCICE EN CABINET, DES ACTIONS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ SONT MENÉES EN RÉGION, RELEVANT D'INITIATIVES LOCALES. LA LOI HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES PRÉVOIT LA MISE EN PLACE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU QUI INCLUT L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

→ DÉVELOPPER LA DÉCLARATION ET L'EXPLOITATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES :

favoriser la déclaration des événements indésirables dans les trois secteurs hospitalier, médico-social et libéral ; développer des outils de gestion des événements indésirables et assurer leur diffusion ; organiser le partage et le retour d'information.

→ PROMOUVOIR L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LA FORMATION :

élaborer des protocoles d'évaluation des pratiques professionnelles régionaux et assurer leur diffusion ; suivre les établissements médico-sociaux dans la mise en œuvre des évaluations internes et externes réglementaires.

→ CONFORTER LE DÉVELOPPEMENT DE LA BIENTRAITANCE ET DE LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR :

mutualiser les instances existantes dans le secteur sanitaire avec le secteur médico-social en matière de lutte contre la douleur ; promouvoir les outils existants en matière de formation ; définir un programme pluriannuel d'actions en matière de bientraitance ; engager une réflexion régionale pluri-professionnelle sur la notion de maltraitance envers les soignants et les aidants.

→ METTRE EN PLACE UN OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES COMMUN À L'ENSEMBLE DES SECTEURS.

Les partenaires

Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) – Établissements de santé et médico-sociaux – Haute Autorité de Santé (HAS) – Professionnels de santé

METTRE EN PLACE UN OBSERVATOIRE DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

L'Observatoire de la qualité et de la gestion des risques doit être le support de la politique régionale de qualité et de bientraitance définie dans le projet régional de santé. Mis en place en 2008 dans le secteur hospitalier, cet observatoire est depuis octobre 2011 élargi au secteur médico-social, aux professionnels de ville et aux représentants des usagers. Il doit favoriser le partage des bonnes pratiques régionales et la réalisation de travaux en commun pour expérimenter de nouvelles actions. Il organise son programme de travail dans des commissions spécialisées portant sur les thématiques suivantes :

- la **déclaration et l'analyse des événements indésirables graves** ;
- la **bientraitance et la lutte contre la douleur** ;
- la **prise en charge médicamenteuse** ;
- l'**évaluation des pratiques professionnelles**, en adoptant comme premier thème de travail la prévention des chutes ;
- la **biovigilance**, les travaux s'inscrivant dans la continuité de la coordination régionale des vigilances.

FOCUS



AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS, ENJEU TRANSVERSAL DU SCHEMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

L'ensemble des volets du schéma régional d'organisation sanitaire contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dans les établissements de santé, l'ensemble des professionnels de santé est sensibilisé, sous l'effet des certifications successives menées par la Haute Autorité de Santé (HAS), aux démarches d'amélioration de la qualité et à la nécessité d'établir des protocoles de soins pour encadrer les prises en charge. Une attention particulière est consacrée à la **diminution des expositions à l'irradiation en radiologie** (généralisation de l'accès à l'historique des doses des patients par exemple), à la possibilité **d'un choix éclairé des patients atteints d'insuffisance rénale de leur technique de suppléance**, au renforcement de la **prise en charge de la douleur** et au développement de la culture palliative dans la pratique des soignants.

ACCOMPAGNER LES ÉVALUATIONS INTERNES ET EXTERNES DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Le schéma régional d'organisation médico-sociale comporte un volet consacré à la qualité et l'évaluation dans la prise en charge médico-sociale. La bientraitance est un objectif central des démarches qualité. Les évaluations internes et externes, prévues par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui conditionnent le renouvellement des autorisations, conduisent les établissements médico-sociaux à s'inscrire dans une démarche d'évaluation des pratiques et des procédures et d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Ces évaluations visent à apprécier le positionnement des établissements au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques établies par l'ANESM. En Alsace, **près de 500 établissements et services** seront soumis à cette exigence d'ici fin 2014 au plus tard.

PRIORITÉ 13

PROMOUVOIR UN RECOURS EFFICIENT AUX SOINS

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

L'EFFICIENCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ S'APPRÉHENDÉ SOUS LA DOUBLE DIMENSION QUALITATIVE ET ÉCONOMIQUE, CES DEUX CHAMPS ÉTANT INDISSOCIABLES. CETTE EXIGENCE DOIT ÊTRE PORTÉE DANS TOUS LES DOMAINES DE COMPÉTENCE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, DE LA PRÉVENTION AUX SOINS ET AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : IL S'AGIT DE RECHERCHER ET DE DÉVELOPPER LES MODES D'ORGANISATION OU LES PRATIQUES PORTEURS À LA FOIS D'UNE QUALITÉ ÉGALE OU ACCRUE DU SOIN ET D'UNE MOINDRE DÉPENSE POUR LA SOLIDARITÉ NATIONALE. AU REGARD DU CHAMP À EXPLORER, LE PÉRIMÈTRE A ÉTÉ CIRCONSCRIT AU SEUL SECTEUR HOSPITALIER, L'ALSACE SE CARACTÉRISANT PAR DEUX CATÉGORIES D'ATYPES : DES DURÉES DE SÉJOUR EN HOSPITALISATION COMPLÈTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE COURT SÉJOUR PLUS ÉLEVÉES QUE LA MOYENNE NATIONALE, DES TAUX DE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS, NOTAMMENT POUR CERTAINS ACTES CHIRURGICAUX, SUPÉRIEURS À LA MOYENNE FRANÇAISE.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- **OPTIMISER LA DURÉE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE :**
mieux organiser et anticiper l'admission des patients en favorisant une bonne programmation des séjours par les établissements (utilisation du guide de gestion des lits de la MEAH), en généralisant l'utilisation d'outils d'orientation du patient, à l'image de la plateforme « Trajectoire » ; organiser le parcours de soins intra-hospitalier en encourageant, au sein des établissements, la mise en place d'un agenda-patient, organisant de façon anticipée le déroulement d'un séjour d'un patient ; organiser la sortie du patient avec les acteurs de proximité.
- **PROMOUVOIR LE RECOURS AUX ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION, NOTAMMENT LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :**
développer l'hospitalisation de jour en médecine et en soin de suite lorsqu'elle est pertinente : en médecine, ce mode d'hospitalisation permet la réalisation, au cours d'une même journée, de plusieurs examens par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents sur des plateaux techniques hospitaliers, la synthèse diagnostique ou thérapeutique étant réalisée par le médecin ; en soins de suite et de réadaptation, l'hospitalisation de jour peut correspondre à des besoins itératifs et/ou de réévaluation et d'ajustement des thérapies ; poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire en associant établissements et communautés médicales (partage d'expériences, promotion des bonnes pratiques, contractualisation, mise sous accord préalable pour certains gestes marqueurs).
- **AMÉLIORER L'ADÉQUATION DES PRISES EN CHARGE :**
faire évoluer les pratiques, en particulier pour les actes chirurgicaux pour lesquels le taux de recours en Alsace est particulièrement supérieur à la moyenne nationale (remplacement de la valve aortique, chirurgie d'un anévrisme aortique, pancréatectomie, prothèse totale du genou, chirurgie du canal carpien, appendicectomie) et pour les actes présentant des disparités de taux de recours intra-régionale (notamment dans le domaine de la cardiologie interventionnelle).

Les partenaires

Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) – Établissements de santé – Professionnels de santé

LA PRÉVENTION, PREMIÈRE ALTERNATIVE AU RECOURS AUX SOINS !

C'est une évidence mais pour promouvoir un recours justifié et efficient aux soins, il faut commencer par éviter le recours aux soins tout court... et **miser sur la prévention**. Le schéma de prévention affirme notamment le rôle croissant à donner aux actions de **promotion de la santé** qui permettront d'agir en amont sur les comportements et les pratiques afin d'encourager un changement des conditions sociales, économiques, environnementales qui influent sur la santé des individus. Plusieurs volets du schéma régional d'organisation des soins rappellent l'importance de la prévention pour éviter les complications liées à la maladie ou les rechutes (accidents cardiaques, AVC, insuffisance rénale, diabète). L'éducation thérapeutique est une mission essentielle des établissements de soins de suite.

FOCUS



LE PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE, DES ACTIONS POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE DES DÉPENSES DE SANTÉ

La gestion du risque d'assurance maladie comporte l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité des dépenses et la qualité du système de santé dans le respect de l'ONDAM voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. **10 priorités de gestion du risque** ont été fixées aux ARS en juillet 2010 et sont reprises dans le programme pluri-annuel de gestion du risque élaboré en partenariat avec les organismes d'assurance maladie, avec trois objectifs :
→ la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé : **limiter les prescriptions de transports et de médicaments**, notamment les médicaments et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la **liste en sus** ; diminuer la réalisation d'actes d'**imagerie** non indiqués ou redondants ; suivre **les dépenses de soins des EHPAD** ;
→ l'amélioration du parcours de soins : promouvoir la **chirurgie ambulatoire** ; améliorer la pertinence du recours aux services de **soins de suite et de réadaptation** ; élaborer le cahier des charges régional de la **permanence des soins ambulatoire** ;
→ l'amélioration de la prise en charge des patients : diffuser les recommandations de bonne pratique de **prescriptions médicales en EHPAD** ; diffuser les recommandations médicales sur l'**insuffisance rénale chronique**.

L'EFFICIENCE, AU CŒUR DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE ET MÉDICO-SOCIALE

L'exigence d'efficacité justifie :

- **le développement des alternatives à l'hospitalisation ou à l'entrée en établissement** : l'objectif est de réserver l'hospitalisation ou l'hébergement complets aux cas qui le nécessitent et donc par exemple de promouvoir le recours à la chirurgie ambulatoire (sans nuitée à l'hôpital) avec un objectif de 50% des séjours en chirurgie à horizon 2016, d'orienter la prise en charge de certaines rééducations en ville plutôt qu'en SSR, de favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes en développant les accueils de jour, l'hébergement temporaire...
→ **une réflexion sur la taille critique des établissements et services** pour garantir une prise en charge sanitaire plus efficace et sécurisée : par exemple le SROMS identifie la taille critique de 80 lits d'hébergement complet en EHPAD (plus de la moitié des EHPAD sont en deçà de ce seuil) ;
→ **l'utilisation d'équipements lourds moins onéreux** pour une même qualité de prise en charge comme des IRM dédiées aux explorations ostéoarticulaires.

PRIORITÉ 14

ANTICIPER DANS L'ORGANISATION DES SOINS LES ÉVOLUTIONS DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES MODES D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

L'ALSACE EST DANS UNE SITUATION DÉMOGRAPHIQUE GLOBALEMENT PLUS FAVORABLE QUE LE RESTE DU TERRITOIRE NATIONAL, ET SENSIBLEMENT PLUS FAVORABLE QUE LES RÉGIONS VOISINES.

LA DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EST COMPARABLE À LA MOYENNE NATIONALE, TANDIS QUE CELLE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EST SUPÉRIEURE DE 15 POINTS (189 POUR 100 000 HABITANTS CONTRE 174). LA MOYENNE RÉGIONALE CACHE CEPENDANT DES DISPARITÉS TERRITORIALES RELATIVEMENT IMPORTANTES. CONCERNANT LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX, LA DENSITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES EST SUPÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE, ELLE EST SIGNIFICATIVEMENT PLUS FAIBLE POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET LES INFIRMIERS.

L'ALSACE DEVRAIT CONNAÎTRE UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS EN EXERCICE ET UNE CROISSANCE DE SA POPULATION (PERSONNES ÂGÉES). ON NOTE UNE SUR-SPÉCIALISATION CROISSANTE DES PRATICIENS NOUVELLEMENT FORMÉS, QUI SE TRADUIT PAR UN ATTRAIT ACCRU POUR LES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT UNE MASSE CRITIQUE DE PROFESSIONNELS IMPORTANTE, AINSI QU'UNE ÉVOLUTION DES MODES D'EXERCICE ET DU TEMPS DE TRAVAIL DES JEUNES MÉDECINS.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- **MIEUX ANTICIPER LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES À VENIR ET LES BESOINS EN PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET RENFORCER LA CAPACITÉ D'ANALYSE EN RÉGION :**
établir un consensus régional sur l'évolution de la démographie des professions de santé et des besoins en professionnels, faire évoluer la répartition des postes d'internes en médecine ouverts à l'examen classant national pour prendre en compte les besoins prioritaires en formation.
- **FAVORISER L'INSTALLATION DES PRATICIENS ET LEUR BONNE RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE :**
garantir une bonne répartition des terrains de stage sur l'ensemble du territoire et améliorer les conditions de stage, faciliter l'installation des praticiens, orienter les installations vers les zones du territoire les plus déficitaires, faciliter un exercice collectif ou coordonné.
- **FAVORISER LES COOPÉRATIONS INTERPROFESSIONNELLES ET MIEUX UTILISER LA RESSOURCE MÉDICALE :**
faciliter la coopération interprofessionnelle, notamment au sein des établissements de santé, mieux organiser pour mieux utiliser la compétence médicale.

Les partenaires

Assurance maladie – Collectivités locales – Conseil régional – Établissements de santé et médico-sociaux – Faculté de médecine – Ordre des médecins – Professionnels de santé – Unions régionales des professionnels de santé

CARTOGRAPHIE DES ZONES PRIORITAIRES ET FRAGILES



UNE BOÎTE À OUTILS POUR INCITER À UNE RÉPARTITION TERRITORIALE HOMOGENE DES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS

Plusieurs actions simultanées doivent être lancées pour essayer de conserver une répartition homogène des professionnels sur l'ensemble du territoire parmi lesquelles :

- améliorer les conditions des stages de médecine générale, qui ont une incidence importante dans le choix du lieu d'exercice ultérieur ;
- faciliter l'installation des professionnels de santé avec la mise à disposition d'une plate-forme d'appui qui centralise les informations utiles pour s'installer (aides disponibles, formules d'exercice et de collaboration...);
- développer les contrats d'engagement de service public (CESP) qui prévoient pour les étudiants et internes en médecine une allocation mensuelle à partir de la deuxième année en contrepartie de l'engagement d'exercer dans une zone prioritaire ;
- favoriser un exercice collectif ou coordonné en développant par exemple des maisons de santé pluri-disciplinaires.

LES ZONES GÉOGRAPHIQUES DÉFICITAIRES, PRIORITAIRES POUR L'INSTALLATION DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le schéma régional d'organisation des soins comporte pour la première fois une partie ambulatoire qui a pour objectif de déterminer la partie du territoire régional où doivent être mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels, maisons, pôles et centres de santé. Ces « zones prioritaires » bénéficieront d'aides incitatives spécifiques, conventionnelles et fiscales. À partir d'une analyse de plusieurs critères (part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale, proportion de professionnels de plus de 60 ans, part de la population âgée de plus de 75 ans), les cantons suivants ont été identifiés comme prioritaires :

- deux dans le Bas-Rhin : La Petite Pierre et Saales ;
- trois dans le Haut-Rhin : Saint-Amarin, Masevaux et Dannemarie.

En dehors de ces zones, ont été identifiés des territoires (zones fragiles) qui présentent également des faiblesses quant à l'offre de soins de médecine générale : les cantons de Lauterbourg, Seltz, Sarre-Union, Drulingen dans le Bas-Rhin et d'Ensisheim et Neuf-Brisach dans le Haut-Rhin.

La situation de certains quartiers des grandes agglomérations présentant un déficit d'installation est également prioritaire.

LA PERMANENCE DES SOINS, UN ENJEU D'ORGANISATION EN VILLE ET À L'HÔPITAL

L'organisation de la permanence des soins cherche le point d'équilibre entre l'assurance d'une réponse en soins au bon niveau de recours et la disponibilité de la ressource médicale. La permanence des soins ambulatoire doit permettre d'assurer la disponibilité en proximité d'un médecin généraliste ; la permanence des soins hospitalière a pour objet d'assurer, à l'échelle d'un territoire de santé, la réponse aux besoins en soins qui ne peuvent être différés, en aval le plus souvent d'un passage aux urgences. La régulation par le centre 15 est déterminante pour une bonne orientation des patients vers le professionnel ou la structure adaptée.

L'organisation de la permanence des soins en radiologie telle que prévue dans le schéma régional d'organisation des soins est structurante puisqu'elle doit reposer sur les professionnels hospitaliers et libéraux : l'autorisation d'équipements lourds comme le scanner ou l'IRM est désormais conditionnée à la participation à la permanence des soins.

PRIORITÉ 15

DÉVELOPPER LE POSITIONNEMENT D'EXCELLENCE DE LA RÉGION EN MATIÈRE D'ACTIVITÉS DE RECOURS, DE RECHERCHE ET D'INNOVATION

POURQUOI CETTE PRIORITÉ D'ACTION ?

SI LA RECHERCHE FONDAMENTALE EST STRUCTURÉE ET TALENTUEUSE EN ALSACE, NOTAMMENT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ, ON CONSTATE QUE LA RECHERCHE CLINIQUE N'A PAS BÉNÉFICIÉ D'EFFORTS COMPARABLES. DANS L'ACTIVITÉ DES PRATICIENS, LA MISSION DE RECHERCHE CÈDE SOUVENT LE PAS AUX MISSIONS DE SOINS ET D'ENSEIGNEMENT.

LA PROPORTION DE PROGRAMMES HOSPITALIERS DE RECHERCHE CLINIQUE INTER-RÉGION RETENUE AU REGARD DES PROJETS PRÉSENTÉS EST FAIBLE :

23,5 % EN ALSACE, CONTRE UNE MOYENNE EN INTER-RÉGION DE 30 %. LE CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER PAUL STRAUSS FOURNIT UN EFFORT IMPORTANT DEPUIS 2009 AFIN D'ACCROÎTRE LE NOMBRE DE PATIENTS INCLUS DANS LES ESSAIS CLINIQUES (9 % EN 2010, AVEC UN OBJECTIF DE 15 % EN 2015). EN AVAL, L'ACCÈS À L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE ET AUX ACTIVITÉS DE RECOURS NE SEMBLE PAS POSER DE DIFFICULTÉ PARTICULIÈRE, UNE INSUFFISANTE ÉVALUATION DE LA PERTINENCE ET DES BÉNÉFICES POUR LE PATIENT DE CES INNOVATIONS POUVANT TOUTEFOIS ÊTRE RELEVÉE.

LES PRINCIPAUX OBJECTIFS

→ CONTRIBUER À DÉFINIR UNE STRATÉGIE RÉGIONALE PARTAGÉE EN FAVEUR DE LA RECHERCHE EN SANTÉ :

renforcer le rôle du comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique dans la définition d'une stratégie régionale, développer une culture de la recherche clinique en région, favoriser une structuration de la recherche clinique.

→ OPTIMISER L'ACCÈS DES PATIENTS AUX ACTIVITÉS DE RECOURS ET À L'INNOVATION :

organiser une évaluation inter-régionale des activités qualifiées d'innovantes, fédérer par spécialité à l'échelon régional les activités de recours.

Les partenaires

Comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique – Établissements de santé – Faculté de médecine – Professionnels de santé

UN NOUVEAU SCHÉMA INTER-RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SIOS) À VENIR

L'organisation des soins pour les activités relevant du niveau de recours inter-régional dans le SIOS n'a pas encore été revue, le schéma précédent (2008-2013) étant en cours. Il porte sur certaines activités médicales de haute spécialisation : la **chirurgie cardiaque**, le traitement des **grands brûlés**, la **neurochirurgie**, les **activités interventionnelles par voie endo-vasculaire en neuroradiologie**, les **greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques**. Il devra faire l'objet de travaux inter-régionaux d'état des lieux et de propositions d'organisation des soins entre les ARS de l'Inter-région Est (Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine). L'inter-région Est compte plus de 8 millions d'habitants (14 % de la population du territoire national).

FOCUS



PROMOUVOIR UNE RECHERCHE CLINIQUE PERFORMANTE

Les orientations du schéma, notamment pour les établissements reconnus dans leur mission de service public de recherche, visent à **promouvoir la recherche clinique** par la définition d'une stratégie régionale partagée et la mise à disposition des patients de l'innovation thérapeutique. Les projets d'**institut hospitalo-universitaire (IHU)** et d'**institut régional du cancer (IRC)** renforceront la place et la visibilité de la région reconnue pour la qualité de la recherche, fondamentale et clinique.

FAVORISER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Cette ambition affirmée du schéma de prévention porte notamment sur le développement d'une **expertise régionale d'évaluation de la qualité et des résultats des actions** de prévention et de promotion de la santé. Malgré la richesse et la diversité des actions existantes, les financeurs et les promoteurs disposent de peu d'informations sur les actions probantes et sur le « retour sur investissement » de la prévention. Il est proposé d'élaborer et valider une méthode d'évaluation et de valorisation du coût et de l'impact des actions en partenariat avec l'**Université de Strasbourg**, le **laboratoire d'épidémiologie de santé publique**, l'**ORSAL** et l'**IREPS**, et de lancer des appels à projet en matière de recherche au sein de l'Université de Strasbourg. Par ailleurs les référentiels déjà existants en matière de bonnes pratiques de prévention et promotion de la santé doivent être recensés et diffusés.

— MISE EN ŒUVRE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2012-2016

L'adoption du projet régional de santé le 30 janvier 2012 ouvre une nouvelle phase consacrée à la mise en œuvre de l'ensemble des actions prévues pour répondre aux orientations stratégiques. Le projet régional de santé constitue désormais la feuille de route qui guide l'action de l'Agence régionale de santé pour les cinq prochaines années.

SUIVI ET ÉVALUATION DU PRS

SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS D'ACTION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Chargée de mettre en œuvre le projet régional de santé, l'Agence régionale de santé rendra compte de l'avancement des travaux aux instances de la démocratie sanitaire qui ont participé à l'élaboration de ce projet.

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le Conseil de surveillance seront associés au suivi du projet régional pour faire toute proposition utile sur la mise en œuvre de la politique de santé en région. Les conférences de territoire poursuivront leurs travaux pour mettre en œuvre les orientations du projet dans le cadre des territoires de santé. Elles seront également amenées à se prononcer sur la conclusion de contrats locaux de santé relevant de leur territoire. L'ensemble des commissions spécialisées et commissions de coordination des politiques publiques en matière de prévention et de prise en charge médico-sociale ont également vocation à suivre les travaux dans leur domaine de compétences.

ÉVALUATION ET RÉVISION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Par ailleurs, le projet régional de santé n'est pas figé ; il a vocation à évoluer. D'une part, le suivi annuel de sa mise en œuvre doit permettre de réorienter certaines actions si nécessaire. D'autre part, le projet peut être révisé à mi-parcours ou en cours d'exercice à l'occasion par exemple de la parution de nouvelles dispositions réglementaires sur les conditions d'autorisation d'activités de soins ou de prise en charge médico-sociale. À chaque révision, il devra faire l'objet d'une consultation des partenaires et des instances de la démocratie sanitaire.

Le projet régional de santé est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé. Le dispositif de suivi et d'évaluation prévu dans le plan repose sur la sélection d'indicateurs pour chacune des 15 priorités d'action, dont une sélection est ici présentée (page 48).

Le suivi de ces indicateurs est organisé en lien avec le suivi du Contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'État qui fixe à l'Agence régionale de santé des objectifs de résultats en cohérence avec le projet régional de santé.

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES DE RÉFÉRENCE

LES MODALITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

→ **ART. R.1434-1 ET 2 DU DÉCRET DU 18 MAI 2010**

« Le projet régional de santé est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé »

LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

→ **ARTICLE L.1432-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur [...] la mise en œuvre [...] de la politique de santé dans la région »

→ **DÉCRET D.1432-36 DU 31 MARS 2010**

« La commission spécialisée de prévention [...] prépare un avis sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation »

→ **DÉCRET D. 1432-40 DU 31 MARS 2010**

« La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux est chargée d'émettre un avis sur [...] l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie »

→ **DÉCRET D. 1432-38 DU 31 MARS 2010**

« La commission spécialisée de l'organisation des soins contribue à la [...] mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins »

→ **DÉCRET D.1432-42 DU 31 MARS 2010**

« Chaque année, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé est chargée [...] de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social »

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'AGENCE

→ **ART. D.1432-25 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

« Le directeur général de l'ARS adresse au président du conseil de surveillance les documents relatifs à la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du plan stratégique régional de santé »

LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

→ **ART. L.1434-17 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PRS »

EXEMPLES D'INDICATEURS DE SUIVI DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

PRIORITÉ 1

- Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité mesurée parmi les enfants âgés de 5 à 6 ans à l'entrée en CP.
- Évolution du taux d'allaitement maternel à la sortie des maternités.
- Évolution de la proportion d'enfants en surpoids ou obèses pris en charge dans les réseaux de santé (et/ou dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés).

PRIORITÉ 4

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans.
- Nombre de séances de chimiothérapie réalisées en hospitalisation à domicile ou en établissement associé.

PRIORITÉ 7

- Nombre de jeunes adultes maintenus par défaut dans le dispositif enfants.
- Part des services dans l'offre globale médico-sociale.

PRIORITÉ 10

- Délai d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation.

PRIORITÉ 13

- Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète / médecine.
- Taux de recours à la chirurgie ambulatoire.

PRIORITÉ 2

- Nombre de patients diabétiques ayant bénéficié d'un suivi conforme aux recommandations de l'équilibre glycémique : nombre de dosages de l'hémoglobine glyquée portés au remboursement.
- Nombre de complications liées au diabète et/ou à l'hypertension artérielle : nombre d'amputations d'orteils et niveau supérieur réalisé chez des patients diabétiques.

PRIORITÉ 5

- Nombre d'acteurs de première ligne intervenant auprès de jeunes ayant bénéficié de temps de formation renforçant les compétences sur la prévention des conduites à risque.

PRIORITÉ 8

- Pourcentage (file active) des prises en charge psychiatrique respectivement enfants et adultes réalisées en ambulatoire.

PRIORITÉ 11

- Nombre de dossiers médicaux personnels (DMP) alimentés.

PRIORITÉ 14

- Nombre des maîtres de stage en 3^e cycle (médecine générale).
- Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires et de pôles de santé.

PRIORITÉ 3

- Évolution du nombre de thrombolyse réalisées (intra veineuse - intra artérielle) par an.
- Nombre d'établissements ayant un système de téléconsultation pour expertise neurologique en 2012 - 2016.

PRIORITÉ 6

- Taux d'entrée à l'hôpital par les urgences pour les personnes âgées de 75 ans et plus.
- Évolution du taux d'équipement en accueil de jour et en hébergement temporaire.

PRIORITÉ 9

- Nombre de contrats locaux de santé.
- Évolution de la participation des bénéficiaires de la CMU-C au dépistage organisé des trois cancers.

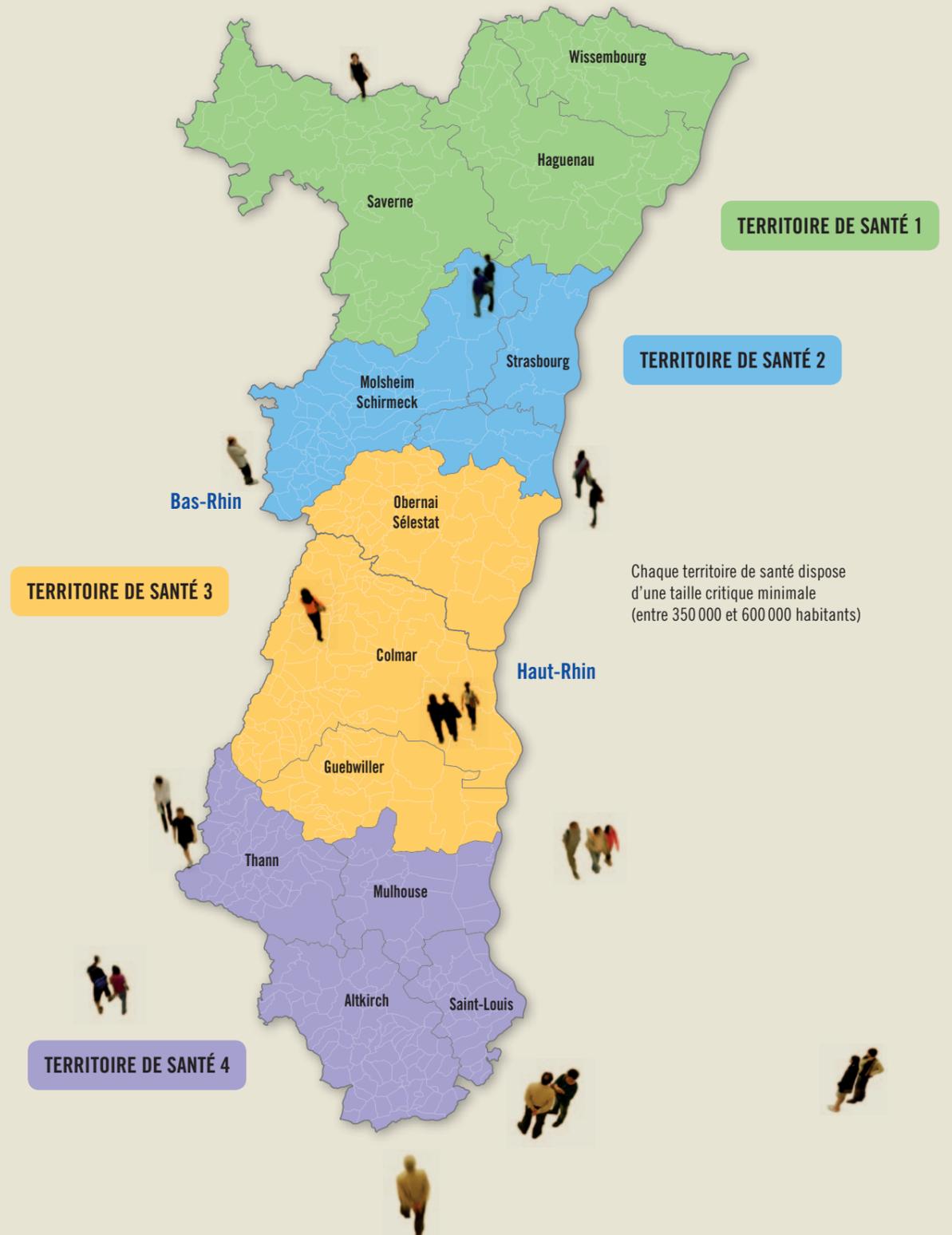
PRIORITÉ 12

- Taux d'évolution des établissements médico-sociaux engagés dans une démarche d'évaluation externe.

PRIORITÉ 15

- Évolution de la dotation au titre des Missions d'enseignement, recherche, référence, innovation (MERRI).
- Nombre de patients inclus dans les protocoles de recherche clinique.

LES TERRITOIRES DE SANTÉ EN ALSACE





AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ALSACE

Cité administrative Gaujot
14 rue du Maréchal Juin
67084 Strasbourg Cedex

Tél. : +33 (0)3 88 88 93 93
Courriel : ars-alsace-direction@ars.sante.fr
Site : www.ars.alsace.sante.fr

Contact projet régional de santé
Courriel : ars-alsace-prs@ars.sante.fr