

2012-2016
RÉGIONAL de **PROJET SANTÉ**
FRANCHE-COMTÉ



1. Introduction et Plan stratégique

Note au lecteur :

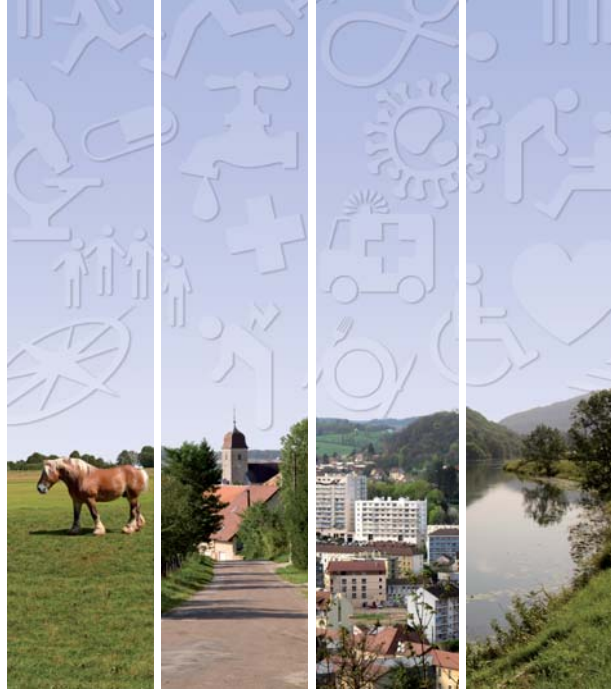
Les 2 parties de ce document font l'objet d'une pagination
et d'un sommaire séparés.

Le sommaire général ne propose donc que l'ordre
de présentation de ces 2 parties.

Sommaire général

1- Introduction

2- Plan stratégique régional de santé



Introduction



1 Le Projet régional de santé de Franche-Comté : un travail s'inscrivant dans un triple contexte

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

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

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

1.2 L'établissement d'un Panorama de la santé et de l'autonomie des Francs-Comtois (état de santé et évaluation de l'offre) réalisé au cours de l'année 2010 et largement diffusé durant ces derniers mois¹.

Il a permis de partager des constats communs qui ont été enrichis en 2011 par des données complémentaires recueillies lors de l'élaboration de chacun des trois Schémas relatifs à la prévention, aux soins ambulatoires et hospitaliers ainsi qu'à l'organisation médicosociale.

Il servira aussi de base pour :

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

Développer l'observation et l'analyse dans le champ de la santé et du médico-social

C'est pour l'ARS de Franche-Comté une impérieuse nécessité afin de bâtir et de conduire des programmes pertinents. Dans cette perspective, et au-delà de la réalisation du Panorama de la santé et de l'autonomie, le Département Observation, Statistiques et Analyses (DOSA) de l'ARS de Franche-Comté :

- développera une logique d'observation et d'analyse pour l'aide à la décision,
- aura un rôle d'animation et de garant méthodologique pour les études, travaux et recherches conduits dans le champ de compétences de l'Agence (prévention, soins, médico-social),
- développera les échanges et des travaux partagés, notamment avec la Cellule de l'Institut national de veille sanitaire en région (CIRE), l'Assurance maladie, l'Observatoire régional de la santé (ORS), l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)...

¹ ARS de Franche-Comté : Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté, Rapport complet, 126 p ; http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/PanoramaSanteAutonomie2010_Rapport.pdf

Une attention particulière sera portée :

- à une mise en cohérence des différents observatoires (ou registres) existant en Franche-Comté (cancers, suicides, urgences, médicaments, démographie des professionnels de santé...) et à la qualité du recueil ainsi que des analyses effectuées au service des programmes entrepris,
- au médico-social, pour lequel les informations disponibles sont insuffisantes, notamment dans le champ du handicap,
- à l'accessibilité de ces informations, non seulement aux décideurs, mais aussi aux professionnels concernés et à tous les usagers de la santé.

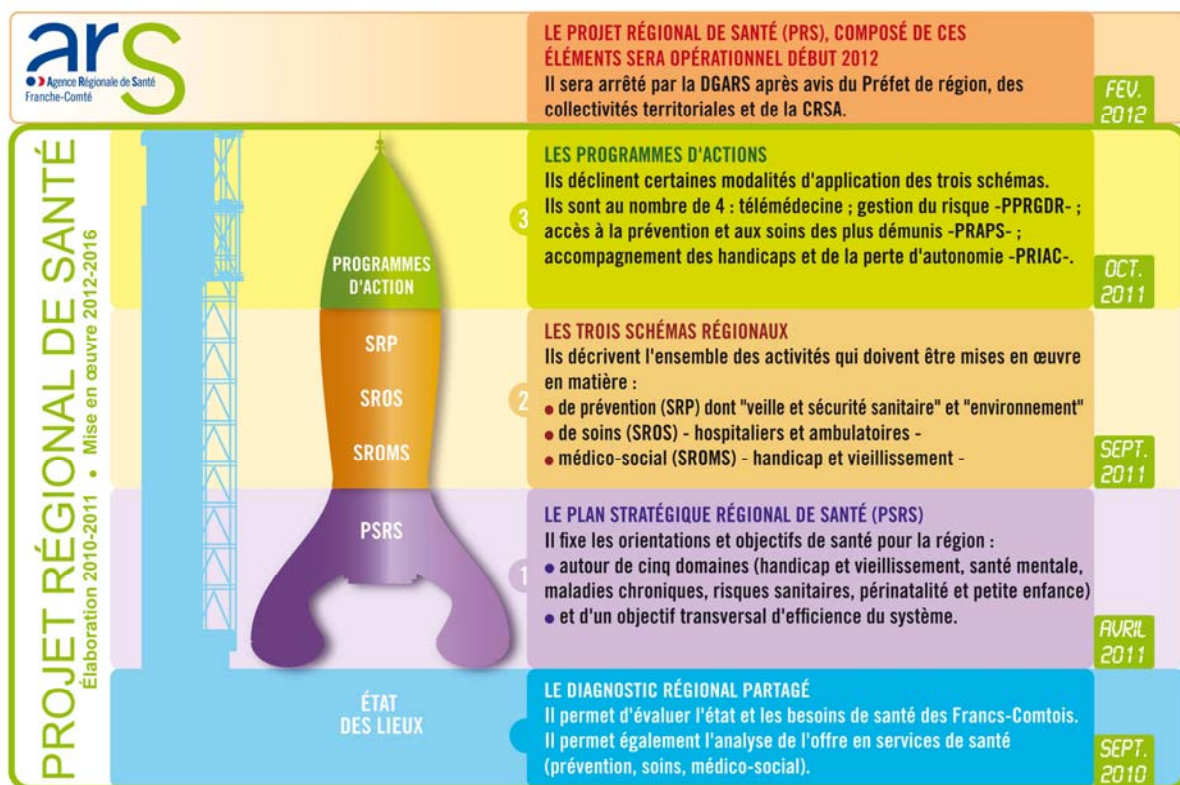
1.3 Les dynamiques engagées dans la région pour répondre aux besoins spécifiques de la population, avec leurs dimensions prometteuses mais aussi leurs marges de progrès.

Elles permettent de :

- s'appuyer sur des pistes d'actions déjà amorcées (Projet d'Agence)²,
- renforcer celles qui ont besoin de l'être.

Une construction progressive ayant pour ambition de couvrir les 3 champs de la santé

Le Projet régional de santé 2012-2016 est composé de différents éléments rappelés ci-dessous :



Ils ont été élaborés soit :

- successivement (état des lieux et PSRS par exemple),
- conjointement (PSRS et Schémas par exemple),

en fonction principalement de la pertinence à le faire, du temps disponible et des souhaits des partenaires de l'ARS.

Une méthode participative pour faciliter la diversité et la qualité des contributions et mettre en œuvre la démocratie sanitaire

Les enjeux, priorités, objectifs, schémas et programmes contenus dans ce document sont le résultat d'une démarche participative qui voulait mettre en application l'esprit de la loi HPST et sa volonté de porter les débats de santé au plus près de la population.

C'est ainsi qu'au delà des instances de consultation formelles prévues par la Loi (Préfet, Collectivités territoriales, Conseil de surveillance, CRSA, Commission de coordination médico-sociale des politiques publiques...), l'Agence a également sollicité la Conférence de territoire (sur le SROS) et la Commission de coordination prévention des politiques publiques (sur le SRP). De plus, des acteurs extérieurs à l'ARS, experts dans leur domaine ont également été associés à cette réflexion.

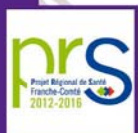
Des ambitions nationales déclinées au niveau régional

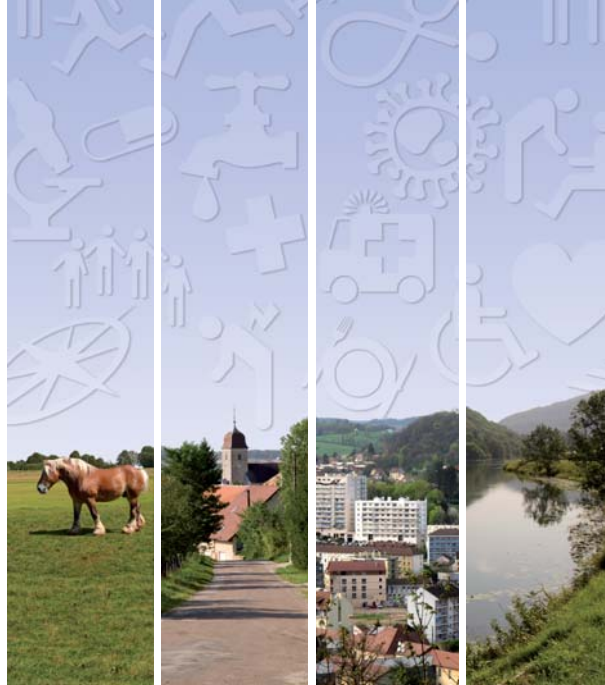
Au total, trois ambitions partagées au niveau national sont assignées à ce Projet régional de santé pour améliorer l'état de santé de la population dans les années à venir :

1. réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
2. garantir la pérennité du modèle de financement solidaire de notre système de santé en améliorant l'efficacité de la dépense et en choisissant résolument la voie de la performance,
3. promouvoir la qualité, la sécurité des soins et des prises en charge en favorisant les approches territoriales.

Ce travail collaboratif a été conduit sur une période de plus de deux ans (2010 : début des travaux sur l'état des lieux de la santé des Francs-comtois ; début 2012 : adoption du PRS) avec tous les acteurs francs-comtois de la santé et du champ médico-social. Il a permis d'aboutir à l'émergence d'une déclinaison régionale qui se présente sous la forme de 2 enjeux transversaux, 4 priorités et 19 objectifs.

Les priorités et les objectifs retenus dans ce PRS ne prétendent pas décrire l'ensemble des évolutions à venir dans l'organisation de la santé au cours des 5 prochaines années, car certaines seront guidées par des progrès des techniques diagnostiques et des thérapeutiques inconnus à ce jour. *Ils traduisent un choix stratégique d'engager l'action publique dans des domaines où elle peut être efficace à l'échelle de la région et où elle peut produire un bénéfice de santé ou social important*





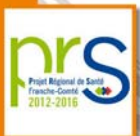
Plan stratégique régional de santé



Sommaire PSRS

| | |
|--|----|
| Enjeu transversal 1 : Assurer une offre de santé de qualité et impulser les réorganisations nécessaires dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé | 3 |
| Enjeu transversal 2 : Veiller à ce que les personnes en situation de précarité ou vulnérables accèdent à toutes les structures, programmes et actions de santé | 7 |
| Priorité 1 : Développer des environnements favorables à la santé pour tous | 11 |
| <i>Objectif 1.1 Promouvoir un environnement naturel favorable à la santé en réduisant les risques sanitaires liés aux usages de l'eau, les expositions aux polluants en milieu clos et aux polluants de l'air extérieur</i> | 12 |
| <i>Objectif 1.2 : Optimiser la sécurité sanitaire en renforçant la performance du dispositif de veille et de gestion des alertes pour diminuer les risques dans l'environnement de chacun</i> | 16 |
| <i>Objectif 1.3 : Renforcer la prévention des maladies infectieuses, notamment par la promotion de la vaccination</i> | 19 |
| <i>Objectif 1.4 : Promouvoir l'information et l'éducation relatives à la sexualité, à la contraception, à la grossesse et à la parentalité</i> | 22 |
| <i>Objectif 1-5 : Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail</i> | 26 |
| Priorité 2 : Renforcer la prévention et les soins pour certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte qui exposent au risque de chronicité | 29 |
| <i>Objectif 2.1 : Réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de prévention, de dépistages organisés et de traitement des patients atteints de cancers</i> | 30 |
| <i>Objectif 2.2 : Prévenir le surpoids et l'obésité des enfants et des adultes en agissant sur l'alimentation et l'activité physique, et développer une prise en charge pluri professionnelle</i> | 36 |
| <i>Objectif 2.3 : Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser leur prévention ainsi que l'accès aux soins, notamment par rapport aux risques de suicide</i> | 39 |
| <i>Objectif 2.4 : Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge</i> | 43 |
| <i>Objectif 2-5 : Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions</i> | 46 |
| <i>Objectif 2-6 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare</i> | 49 |
| Priorité 3 : Développer de nouvelles formes de coordination de l'offre de santé entre les professionnels autour de l'usager | 53 |
| <i>Objectif 3.1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé</i> | 54 |
| <i>Objectif 3.2 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social)</i> | 58 |
| <i>Objectif 3.3 : Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire</i> | 66 |
| <i>Objectif 3.4 : Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins</i> | 70 |
| Priorité 4 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées dans le respect des choix de vie de chacun et renforcer la qualité de leur prise en charge | 73 |
| <i>Objectif 4.1 : Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet</i> | 74 |
| <i>Objectif 4.2 : Développer l'aide aux aidants</i> | 78 |
| <i>Objectif 4.3 : Promouvoir la bienveillance en institution et à domicile</i> | 81 |
| <i>Objectif 4.4 : Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints de la maladie d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes</i> | 84 |
| Eléments de cadrage pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du PRS | 89 |





ENJEU TRANSVERSAL 1 :

**Assurer une offre de santé de qualité
et impulser les réorganisations nécessaires
dans un cadre budgétaire solidaire et maîtrisé**



a- Contexte

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

- des pratiques professionnelles qui répondent aux recommandations promues par les agences sanitaires nationales, au regard des progrès de la science (données probantes), notamment la Haute autorité de santé (HAS) en ce qui concerne les soins, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour la prévention en général, l'Institut national de lutte contre le cancer (INCA) concernant plus spécifiquement le cancer, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dans le domaine du médico-social...
- des organisations performantes, dans l'esprit de la loi HPST,
- la présence de professionnels de santé et du champ médico-social bénéficiant d'une formation de qualité (initiale et continue) et en nombre suffisant (Cf. l'objectif 3 de la priorité 3).

En Franche-Comté, de nouvelles modalités d'organisation ont été promues aussi bien dans le champ ambulatoire (par exemple, la dynamique des regroupements de professionnels de santé et de maisons de santé pluridisciplinaires avec de nouveaux modes de rémunération) (cf l'objectif 1 de la priorité 3 et *Fiche SROS - Ambulatoire*), qu'au niveau hospitalier (par exemple en psychiatrie, en oncologie et dans le domaine des urgences (*Fiches SROS - Psychiatrie - Cancérologie - Urgences*)) ou dans le champ de la prévention et du médico-social par exemple pour les addictions (*Fiche SRP – Addictions ; Fiche SROMS – Personnes vulnérables*).

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

- les besoins ont évolué de façon significative, comme le montrent les données du Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté¹,
- les réponses à ces besoins bénéficient à la fois des progrès de la science médicale mais aussi de technologies nouvelles, notamment au niveau des systèmes d'information (télémédecine, dossier médical personnel...) (Cf. le programme de télémédecine),
- les usagers ont le souhait de disposer d'une offre qui leur permettent de garder des services de santé et médico-sociaux de qualité au plus près de leur domicile (proximité), en réduisant les temps de séjours en établissements (Cf. l'objectif 4 de la priorité 3),
- les professionnels de santé, quant à eux, désirent des modes d'exercice différents qui leur permettent de faire progresser la qualité de leur offre de santé tout en préservant leur propre qualité de vie.

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

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

C'est la raison pour laquelle l'ARS de Franche-Comté met en avant ce premier enjeu et souhaite se donner les moyens de cette ambition :

- en interne, avec la mobilisation de plusieurs Départements de l'ARS (Appui à la performance, Inspection/contrôle, Veille et alertes sanitaires, Santé environnement...),
- en externe, avec le concours de différents opérateurs, notamment le Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté (RéQua) et le Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales (RF-CLIN).

¹ Panorama de la santé et de l'autonomie en Franche-Comté. Octobre 2010 www.ars.franche-comte.sante.fr



b- Perspectives

L'Agence régionale de santé entend développer son action en vue de développer la qualité des prises en charge en santé. Pour cela, elle poursuit les 4 objectifs suivants :

1- La promotion des bonnes pratiques en matière de prévention, de soins, et d'accueil dans les structures sanitaires et médico-sociales

Ce sera particulièrement le cas avec :

- le GIP RéQua en direction des établissements de santé et médico-sociaux. Ce partenariat vise à accompagner les différentes structures dans la mise en œuvre de leur démarche qualité, à préparer les structures médico-sociales de la région à la réalisation de leurs évaluations internes et externes, et à travailler sur des thématiques ciblées comme la bientraitance, les soins palliatifs ou les événements indésirables graves (*cf objectif 3 de la priorité 4 et Fiche SROMS – PA Démarche Qualité en EHPAD*) ;
- l'Observatoire du médicament (OMEDIT), qui associe professionnels, institutions ainsi que des chercheurs et des universitaires dans le but de promouvoir le bon usage du médicament tant dans le champ hospitalier que médico-social et dans le cadre de la médecine de ville.

D'autres actions seront réalisées, notamment à destination des laboratoires de biologie médicale (*Fiche SROS - Biologie*) ou dans le champ de la prévention afin de poursuivre les efforts de développement de la démarche qualité de certains réseaux.

2- La mise en œuvre d'organisations performantes pour l'articulation de l'offre dans les champs de la prévention, sanitaire et médico-sociaux.

La concrétisation de cet objectif passe d'abord par une bonne organisation des actions développées par les pouvoirs publics au niveau de la planification, du financement, du suivi et de l'évaluation des structures des 3 champs évoqués. Les Conseils généraux (*Fiches SROMS*) et l'Assurance maladie (dans le cadre du programme régional de gestion du risque) sont les partenaires privilégiés de cette meilleure coordination.

Il passe aussi par la sécurisation des soins prodigués aux patients, par exemple en matière transfusionnelle (*Fiche SROS - SOTS*), d'adaptation des moyens en personnels (*Fiche SROS - Réa SI SC*) ou de sécurisation de la réponse téléphonique apportée par le Centre 15 (*Fiche SROS - Urgences*).

Il s'agit enfin de promouvoir les organisations les plus efficaces au regard des contraintes budgétaires auxquelles nous sommes confrontés. Le développement des prises en charge ambulatoires en chirurgie ou en médecine, la bonne articulation entre les professionnels libéraux (*Fiche SROS - Ambulatoire*) et hospitaliers sont autant de pistes de progrès.

3- Le développement d'une fonction inspection/contrôle résolument tourné vers la qualité des prises en charge

Le Département Inspection/contrôle/évaluation de l'ARS prévoit un programme spécifique regroupant 400 missions de contrôle sur 41 thématiques différentes concernant aussi bien la sécurité sanitaire (établissements de santé, santé environnementale, médicament et biologie) que la qualité des prises en charge et les accompagnements médico-sociaux (prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes -EHPAD- (*cf objectif 3 de la priorité 4 et Fiche SROMS - PA Démarche qualité en EHPAD*), contrôle du fonctionnement général des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées. Dans ce cadre des collaborations sont initiées avec les Conseils généraux et les services de l'Etat.



4- Le développement des vigilances et de la gestion des risques dans les structures de soins et d'accueil

Les instances responsables des dispositifs de vigilances réglementées sont multiples et ne disposent pas toujours d'un relais régional :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) est en charge de huit vigilances sanitaires, avec un niveau régional pour les seules trois premières citées : hémovigilance, pharmacovigilance, addictovigilance, matériovigilance, réactovigilance, biovigilance, cosmétovigilance et vigilance portant sur les produits de tatouage ;
- l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) est responsable de la nutriviigilance et de la pharmacovigilance vétérinaire, sans relais régional ;
- l'Institut de veille sanitaire (InVS) anime la toxicovigilance via le relais des Centres antipoison et de toxicovigilance (CAPTV) et l'infectiovigilance avec le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), en lien avec les Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) et les antennes régionales comme le RF-CLIN en Franche-Comté ;
- l'Agence de sûreté nucléaire (ASN) avec ses divisions territoriales est en charge de la vigilance portant sur les événements significatifs en radioprotection (ESR) ;
- l'Agence de biomédecine (ABM) suit la vigilance portant sur l'assistance médicale à la procréation ;
- la Haute autorité de santé (HAS) est en charge de la vigilance relative aux événements porteurs de risque (EPR).

L'enjeu sera donc pour l'ARS de s'inscrire dans ce dispositif, afin de :

- bénéficier des bilans d'activité des vigilances organisées au niveau régional et d'en tirer les orientations utiles à l'amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité sanitaire,
- faire connaître les dispositifs existants aux professionnels de santé et au public pour développer la culture du signalement et de l'échange d'informations.

L'Agence proposera aux structures de soins et d'accueil de s'engager dans la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte sanitaires et de promotion d'une politique interne de sécurité sanitaire. Dans les établissements médico-sociaux, au travers notamment des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des conventions tripartites, il s'agira de développer la prévention et la gestion du risque infectieux, de prévenir les risques liés à l'environnement (risque légionelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire, gestion des Déchets d'activités de soins à risques infectieux - DASRI, prévention des risques liés à l'alimentation...) et d'anticiper la gestion des situations exceptionnelles.

Un effort particulier sera réalisé dans la prévention des infections associées aux soins tant en établissements de santé que médico-sociaux. A cette fin, l'ARS consolide son partenariat avec le RF-CLIN, réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales. Des actions partenariales seront ainsi déployées dans plusieurs domaines pour décliner le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins : élaboration d'un plan de maîtrise des épidémies loco-régionales activable dès le déclenchement de l'alerte (plan local dans chaque établissement, plan régional si l'épidémie locale est susceptible de s'étendre aux établissements voisins ou à la région), procédure partagée de signalement et d'investigation des événements infectieux en EHPAD, réunions d'information et de formation, mise à disposition d'outils d'autoévaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, enquêtes sur la couverture vaccinale et promotion de la vaccination...

L'Agence développera aussi des actions visant à consolider le dispositif de veille, de gestion des alertes et de sécurité sanitaire (*Fiche SRP Vagusan*).



ENJEU TRANSVERSAL 2 :

**Veiller à ce que les personnes
en situation de précarité ou vulnérables
accèdent à toutes les structures,
programmes et actions de santé**

a- Contexte

Les inégalités sociales face à la santé perdurent (voire s'aggravent) dans notre pays². La notion de gradient de santé³ est maintenant admise. Elle sert à décrire le phénomène par lequel les sujets qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux et ainsi de suite jusqu'aux classes les plus modestes. Les conséquences néfastes qui en découlent s'expriment donc de façon plus marquées pour les populations en situation de précarité ou de vulnérabilité (temporaire ou permanente) (Cf. le programme d'accès à la prévention aux soins -PRAPS- et (*Fiche SROMS - Personnes vulnérables* ; *Fiche SRP - Précarité*) pour la définition de ces publics).

Ces inégalités sont le plus souvent liées à des événements entraînant une rupture dans un parcours de vie. Les raisons en sont économiques mais aussi familiales, professionnelles, sociétales...

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

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

b- Perspectives

Il s'agira non seulement de renforcer et d'améliorer l'information auprès des publics en situation de précarité ou vulnérables mais surtout de faciliter leur accès au système de santé de droit commun et de façon tout à fait exceptionnelle et plus temporaire à des dispositifs spécifiques (*SROMS Personnes vulnérables*).

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

1. la promotion de mesures agissant sur la qualité de l'environnement, qui sont en principe universelles et donc susceptibles de s'appliquer à tous, notamment en terme d'habitat, d'eau, d'air... (*Fiche SRP - Environnement*) ;
2. la prévention et l'éducation pour la santé, dont l'efficacité est plus grande auprès des populations favorisées et peuvent, si elles sont mises en œuvre de façon isolée, ponctuelle et non structurée, renforcer les inégalités (*Fiches SRP - Précarité - Personnes sous main de justice - Cancer - Périnatalité - Petite enfance - Maladies infectieuses - Maladies chroniques - Addictions* ; *Fiche SROS - Soins aux détenus*) ;
3. l'organisation de l'offre de soins (y compris le dépistage) qui doit répondre au principe de solidarité et donc assurer des modalités de prise en charge, en particulier financières, soutenables par tous (risque de renoncement aux soins)⁴ et de qualité (*Fiche SRP - Santé mentale* ; *Fiches SROS - Soins aux détenus - Périnatalité obstétrique*).

² Lang T. : Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Rapport du Haut Conseil de la santé Publique, décembre 2009, 100 p. ; http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

³ Réduire les inégalités de santé INPES 2010, www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf

⁴ Kambia-Chopin B., Perronnin M. : Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? Questions d'économie de la santé Irdes n° 158. Octobre 2010 : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>

L'un des enjeux sur ce sujet est d'amener l'ensemble des acteurs de santé de Franche-Comté à s'interroger systématiquement sur leurs programmes et actions afin de *s'assurer que les dispositifs actuels et futurs bénéficient de façon équitable aux personnes les plus fragiles.*

Un autre enjeu est de mettre en place des actions qui touchent l'ensemble des catégories de personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité, tout en assurant une réponse à leurs besoins immédiats.

Dans cette perspective, et afin de renforcer le principe d'égal accès pour tous, le raisonnement attendu de la part de l'ensemble des acteurs de santé, quel que soit son champ d'activité (prévention, soin, médico-social), pourrait se résumer selon 3 règles qui guideront la politique régionale de santé :

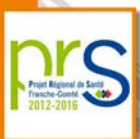
1. soit l'action ou le dispositif actuel ou nouveau relève du droit commun et ne demande aucune attention particulière, les personnes les plus fragiles pouvant y accéder sans freins notables et identifiables : le projet peut être continué ou proposé en l'état ;
2. soit l'action ou le dispositif se veut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

Cette préoccupation constante de la place des personnes les plus fragiles dans ces dispositifs conduira l'ARS à assurer la continuité et le développement d'expériences antérieures telles que les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou les Ateliers santé ville (ASV) dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), partie prenante de ce Projet régional de santé (*Fiche SRP - Précarité*).

Par ailleurs, pour se donner toutes les chances de rejoindre les personnes les plus fragiles, ces programmes actuels ou à venir devront, s'organiser autour des 3 principes suivants :

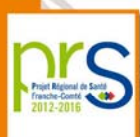
- décliner à un niveau territorial de proximité les actions d'accompagnement, de médiation et de promotion de la santé au sein du cadre de vie, en associant l'ensemble des acteurs (dont la population) ;
- établir des liens formalisés avec les autres politiques publiques : sociale, environnementale, migratoire, de la ville, mais aussi celles plus globales des collectivités territoriales ;
- mettre en œuvre, entre l'ARS et les différents acteurs de la santé, tous les outils de contractualisation prévus par la loi HPST notamment les Contrats locaux de santé (CLS), les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)... mais également les plus classiques, de type chartes ou conventions.





PRIORITE 1 :

Développer des environnements favorables à la santé pour tous



Document soumis pour avis – Septembre 2011

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

a- Contexte

La dynamique du Grenelle de l'environnement concrétisée dans le champ de la santé

Les relations entre la santé et l'environnement ont fait l'objet d'une prise de conscience de plus en plus importante au cours de ces dernières années. Ce mouvement a une forte dimension sociétale. Il est donc important pour les pouvoirs publics d'établir une médiation entre, d'une part, les inquiétudes légitimement exprimées par le grand public et relayées dans les médias, et d'autre part, les éléments de connaissances scientifiques sur ces sujets complexes et les décisions prises. La création de plusieurs agences de santé, au niveau national, a apporté certaines réponses ou facilité le développement d'études et de recherches complémentaires. Elles éclairent les décisions à prendre et les programmes à mettre en œuvre. Même si de "grands" déterminants de santé, comme l'alcool, le tabac ou la consommation excessive de lipides, restent les facteurs majeurs des principales maladies dites de civilisation, d'autres composantes de notre environnement doivent être prises en compte afin de préserver une santé "durable".

Dans cette perspective, le Grenelle de l'environnement a marqué une étape clef, non seulement pour cette prise de conscience, mais aussi pour favoriser la mise en œuvre d'actions permettant d'agir très directement sur la santé des Français. Le premier Plan national santé environnement (PNSE 2004-2008)⁵ a ainsi obtenu des résultats concrets, comme une réduction des émissions atmosphériques industrielles, une baisse de l'ordre de 20 % des cas recensés de légionellose (2005-2008), une protection engagée ou réalisée de 75 % des captages d'eau potable... Dans la continuité du PNSE1, le PNSE2 (2009-2013)⁶ se décline selon 2 axes. Le premier visait à réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé : cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires.... Le second a objet de réduire les inégalités environnementales, en limitant les nuisances écologiques susceptibles d'induire ou de renforcer des inégalités de santé.

En Franche-Comté, le 1^{er} Plan régional santé environnement (PRSE1) a permis, non seulement de fédérer les acteurs concernés (institutions et associations), mais aussi d'obtenir certaines avancées. Elles devraient être amplifiées et étendues à d'autres domaines, à travers un PRSE2 qui sera adopté en septembre 2011.

b- Chiffres clés

L'eau

Une situation moins favorable qu'au niveau national

Eau potable

Dans la région, les situations de non-conformité de l'eau potable sont plus fréquentes que dans le reste de la France.

⁵ Santé environnement : 1^{er} plan national 2004-2008 (PNSE1) <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-4.pdf>

⁶ Santé environnement : 2^{ème} plan national 2009-2013 (PNSE2) www.sante.gouv.fr/environnement-et-sante.html

En 2008, le pourcentage de la population alimentée par une eau conforme était de 93 % par rapport aux paramètres microbiologiques (France : 96 %) et de 87 % pour les pesticides (France : 93 %). Certaines spécificités peuvent expliquer cette situation : un réseau de type karstique, des Unités de distribution de petite taille, un nombre de captages insuffisamment protégés.

Légionellose

Pour le risque "légionelle", la Franche-Comté se distingue par une sur-incidence depuis 5 ans. Concernant la période 2004-2008, le taux d'incidence s'élève à 3,7 % (2,2 % au niveau national).

Les polluants en milieux clos à fort impact sur la santé

Des expositions variables dans un contexte régional spécifique

Habitat indigne

De nombreuses pathologies sont accentuées, voire provoquées par des désordres présents dans l'habitat : saturnisme, maladies respiratoires (asthme, allergies), maladies infectieuses favorisées par des équipements sanitaires insuffisants et par l'humidité, accidents domestiques accrus... En Franche-Comté, la situation est plus de type diffus que localisé dans des zones bien délimitées. En 2010, 310 dossiers d'habitat dégradé ont été instruits et ont donné lieu à 44 enquêtes d'habitat insalubre et à la prise de 8 arrêtés d'insalubrité concernant 14 logements. A titre de comparaison, en France, il existe 600 000 logements indignes occupés à titre de résidence principale et relevant du parc privé.

Qualité de l'air intérieur

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

Nuisances sonores

Le bruit à l'intérieur des bâtiments, notamment scolaires, impacte le comportement social, les attitudes et les performances intellectuelles, notamment des jeunes enfants. Un niveau sonore élevé à l'école peut ainsi entraîner un retard dans l'acquisition du langage écrit et parlé. Au sein de certaines cantines, des niveaux sonores analogues à ceux d'une imprimerie ou d'une menuiserie artisanale (proche de 90 décibels avec des pointes à 100 db, ont été relevés⁷). Par ailleurs, plusieurs études ont montré que 1 jeune sur 4 a un audiogramme pathologique. Le nombre de consultations ORL par an pour cause de traumatisme auditif est évalué en France à 1 400 dont 800 liées à la musique amplifiée.

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

Un problème qui progresse dans la région

Parmi les espèces végétales allergisantes, l'ambrosie est une plante à risque. Elle est présente sur tout le territoire franc-comtois et de façon plus importante dans la plaine jurassienne et la région doloise. On estime que 15 à 20 % de la population française est allergique aux pollens. De plus, l'augmentation des allergies alimentaires est parallèle et certainement liée au développement des allergies respiratoires dues aux pollens des végétaux.

⁷ Plan national d'actions contre le bruit. Ministère de l'écologie. 2003



c- Perspectives

(Fiche SRP - Santé environnement)

L'eau

Poursuite des actions entreprises

Des progrès encore insuffisants

Eau potable

Entre 2006 et 2009, le taux de protection des captages en Franche-Comté est passé de 29,6 % à 40 % soit au total 440 captages protégés sur les 1090. Une évaluation de la contamination par les pesticides des eaux destinées à la consommation humaine a été réalisée et des propositions d'actions ont été faites.

Légionellose

Depuis 2005, un programme d'inspection des établissements de santé a été mis en place. Fin 2010, 35 % d'entre eux avaient été inspectés. En parallèle, un programme d'inspection dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi qu'une action de diagnostic du risque « légionelle » dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées ont été développés en 2009.

Nouvelles orientations

Former, agir et contrôler de façon encore plus large

Eau potable

Les deux orientations sont les suivantes :

- améliorer la qualité bactériologique de l'eau du robinet en formant les exploitants d'eau potable à la désinfection de l'eau et en priorisant les inspections des installations présentant des non conformités ;
- protéger les captages d'eau contre les pollutions ponctuelles et accidentelles, en mettant en œuvre des actions contraignantes envers les collectivités et en amplifiant les contrôles des périmètres de protection (sur la base de 40 inspections par an).

Légionellose

L'objectif est de réduire les expositions aux légionelles dans les établissements sanitaires et médicosociaux en les engageant dans la mise en œuvre de mesures de prévention - notamment au travers des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des conventions tripartites - et d'améliorer l'investigation des cas de légionellose.

Les polluants en milieu clos à fort impact sur la santé

Poursuite des actions entreprises

Des interventions innovantes dans des milieux très diversifiés

Habitat indigne

Des commissions départementales de l'habitat, permettant une approche globale de chaque situation (technique et sociale), ont été instaurées dans chaque département. De plus, un partenariat avec le Réseau d'allergologie de Franche-Comté (RAFT) pour l'intervention d'un conseiller médical en environnement intérieur a été mis en place suite à certaines enquêtes d'habitat dégradé menées par les Unités santé environnement de l'ARS.

Qualité de l'air intérieur

Pour prévenir ce risque spécifique à la région, plusieurs actions ont été conduites :

- une campagne d'information sur les risques liés au radon dans le Territoire de Belfort ;



- une étude d'évaluation des risques sanitaires liés au radon en Franche-Comté ;
- un contrôle des établissements recevant du public, qui doivent obligatoirement réaliser des mesures de radon.

Nuisances sonores

Diverses actions préventives ont été conduites durant les 5 dernières années :

- dans le cadre du Festival de musique « les Eurockéennes » à Belfort ;
- par l'intermédiaire d'un spectacle pédagogique de prévention des risques auditifs destiné aux collégiens et lycéens ;
- par des diagnostics acoustiques au sein des locaux accueillant des jeunes enfants dans les départements du Territoire-de-Belfort et de la Haute-Saône ;
- par des contrôles de discothèques.

Nouvelles orientations

Toucher des publics différents, d'autres départements et s'appuyer sur des dispositifs nouveaux

Habitat indigne et qualité de l'air intérieur

Les nouvelles actions visent à prendre en compte la problématique de la qualité de l'air intérieur dans sa globalité en ciblant les élus et les techniciens des collectivités territoriales (pour les établissements recevant du public), le grand public (pour les logements individuels) et les professionnels du bâtiment (pour les constructions nouvelles).

Par ailleurs, il s'agit d'améliorer l'offre de diagnostic « habitat » en développant le champ d'intervention d'un(e) conseiller(e) médical(e) en environnement intérieur.

Nuisances sonores

Les principaux objectifs sont d'étendre, en particulier dans les départements non actuellement concernés (Doubs et Jura), les diagnostics acoustiques des locaux accueillant des jeunes enfants (à travers les Contrats locaux de santé).

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

Poursuite des actions entreprises

Des actions dans des environnements variés

Plusieurs actions préventives ont été mises en place ces dernières années sur ce sujet :

- développement du réseau de surveillance et d'information du public sur les pollens ;
- mise en œuvre dans le Jura d'actions de sensibilisation du public sur les risques liés à l'ambrosie ainsi que sur les méthodes de limitation de prolifération de la plante et mise en application d'un arrêté préfectoral de 2008 ;
- réalisation d'une étude d'impact sanitaire de la pollution de l'air dans l'agglomération de Besançon.

Nouvelles orientations

Maîtriser plus largement les risques

Ces actions qui visent à réduire les expositions aux pollens et aux polluants chimiques seront poursuivies ou feront l'objet d'une extension sur d'autres sites de la région selon 2 axes de travail :

- améliorer l'information du public et des populations sensibles sur les pollens et les pics de pollution atmosphérique, en particulier chez les asthmatiques ;
- renforcer les actions de lutte contre la prolifération de l'ambrosie, en les étendant à l'ensemble des départements de la région.

A noter : des informations complémentaires et des développements (fiches actions) de certains points abordés pour l'atteinte de cet objectif du Projet régional de santé sont inscrits dans le Plan régional santé environnement 2⁸.

⁸ Mettre la référence du site lorsque le document sera sur le site de l'ARS



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

a- Contexte

La sécurité sanitaire : un enjeu sociétal

(Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)

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

La loi de santé publique d'août 2004 a apporté sa contribution au renforcement de la gestion des menaces sanitaires graves en rendant obligatoire le signalement sans délai au représentant de l'Etat des menaces imminentes pour la santé de la population.

En Franche-Comté, le Plan régional santé publique alerte et de gestion des urgences sanitaires (PRAGSUS)⁹ adopté en 2008 constituait la déclinaison régionale des orientations nationales. Il a favorisé le renforcement de la veille sanitaire par le développement de la culture du signalement et permis de mieux structurer la veille sanitaire sur le territoire. Dans la région, les systèmes de surveillance déjà existants (pharmacovigilance, infectiovigilance, hématovigilance, "Assistance Médicale à la Procréation" vigilance, dispositif de déclaration obligatoire de certaines maladies, réseaux de médecins sentinelles, surveillance des indicateurs de qualité environnementale...) se sont mis en place par strates successives (Cf. *l'enjeu 1*). Ces systèmes ne sont pas forcément « lisibles » et connus par la population et les professionnels de santé, tout comme ne sont pas lisibles les actions menées pour maîtriser les situations pouvant impacter la santé publique.

b- Chiffres clés

Des alertes permettant d'accroître la connaissance, la vigilance et les interventions ciblées

(Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)

En Franche-Comté, sur les 9 derniers mois de l'année 2010, 265 alertes sanitaires ont fait l'objet d'une ouverture de fiche alerte suivie d'un travail d'investigation et de mise en œuvre de mesures de gestion adaptées.

Parmi ces alertes, 182 concernaient des maladies infectieuses à déclaration obligatoire : méningocoque, légionellose, tuberculose, rougeole... Vingt quatre alertes étaient relatives à des toxi-infections alimentaire (TIAC) concernant 266 patients, quatorze étaient liées aux soins (infections nosocomiales notamment).

⁹ Plan régional de santé publique. Volet alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire. Bourgogne et Franche-Comté Novembre 2008

Trente-neuf alertes étaient d'origine environnementale : elles concernaient essentiellement des intoxications au monoxyde de carbone et des restrictions d'usage liées à la qualité de l'eau potable.

c- Perspectives

(Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)

Poursuite des actions entreprises

Une plate-forme pivot

Avec la mise en place d'une plate-forme régionale de veille et d'alerte sanitaires, la Franche-Comté a pour ambition d'améliorer l'exhaustivité de la veille sanitaire et de renforcer la qualité de réception, d'analyse et de gestion des signaux et alertes sanitaires, contribuant ainsi au développement de la sécurité sanitaire. Cet outil favorise la prise en compte des retours d'expérience et donc une meilleure adaptation des réponses à venir.

La nouvelle étape proposée (régionaliser le dispositif qui était jusqu'alors départemental) facilite une harmonisation des pratiques et de la réponse aux alertes. Elle permet, également de formaliser et rendre plus efficiente la relation entre les Cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire et les Cellules de l'Institut de veille et de sécurité sanitaire en région (Cire) et de rationaliser les flux d'information. Ce processus concourt à une meilleure détection des menaces et à une meilleure réaction aux alertes¹⁰.

Nouvelles orientations

Consolider une organisation nouvelle et promouvoir l'information, la formation et la communication

La 1ère orientation consiste à *développer le signalement des alertes sanitaires et les systèmes de surveillance* par :

- le renforcement de la veille et de la surveillance en partenariat avec les autres acteurs œuvrant dans ce domaine (Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations - DDCSPP, Centre de lutte antituberculeuse - CLAT, Protection maternelle et infantile - PMI, Inspection académique - IA, Centres hospitaliers, Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales - RFCLIN/PRIMAIR...);
- le développement du signalement par les établissements de santé et médico-sociaux ainsi que les professionnels de santé en ambulatoire (Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes - EHPAD, regroupement de professionnels de santé...);
- l'amélioration de la qualité du signal (en lien avec la formation).

La 2ème orientation vise à *organiser, optimiser et généraliser les activités de veille, la gestion des alertes, la sécurité sanitaire et se préparer à gérer les situations exceptionnelles* en harmonisant les procédures, de la réception des signaux jusqu'au traitement avec retour d'expérience, et en adaptant les plans de gestion de situations exceptionnelles à la nouvelle organisation régionale : toxi-infections alimentaires collectives, infections invasives à méningocoques, pandémie grippale, risque Nucléaire radiologique biologique et chimique (NRBC)...

La 3^{ème} orientation devra *développer la communication* sur la veille, la gestion des alertes, la sécurité sanitaire et les situations exceptionnelles. Pour cela, il s'agira de :

- mettre en place un site internet ARS pour la veille et la sécurité sanitaire ;
- développer la culture du retour d'information ou d'expérience auprès des professionnels de santé,
- harmoniser la communication aux médias.

¹⁰ La veille et l'alerte sanitaire en France, InVS mars 2011 ; www.invs.sante.fr



La 4ème orientation concerne *la formation des professionnels*, de l'ARS, des institutions (Etablissements de santé, établissements médico-sociaux, maisons d'arrêt - *Fiche SROS - Soins aux détenus*) et des professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, paramédicaux...).

Pour atteindre cet objectif il faudra : proposer un plan de formation initiale et continue pour le personnel de l'ARS et inscrire dans le programme de travail un plan de formation des professionnels de santé ad hoc : formation initiale et développement professionnel continu.

Enfin, la 5ème orientation vise à *améliorer l'information de l'utilisateur et à former ses représentants* (Cf l'objectif 3-4).

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

a- Contexte

Des pathologies souvent imprévisibles, déroutantes pour la population et les soignants

La prégnance des sujets liés aux maladies infectieuses reste toujours forte : non maîtrise du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales (avec le risque de passage à la chronicité pour certains patients), retour de la tuberculose et de cas groupés de rougeole, menace de pandémie grippale encore présente, liens entre certaines affections et le cancer (papillomavirus, hépatite...), résistance aux antibiotiques et infections associées aux soins... Toutes ces questions suscitent de nombreux débats et rendent donc ces maladies très actuelles. Elles font l'objet d'interrogations, de doutes et de remises en cause sur les solutions apportées, notamment par les autorités sanitaires. Dans ce paysage complexe, il est donc nécessaire d'apporter des réponses claires. L'incidence et la prévalence actuelle de ces pathologies ainsi que les risques d'évolution non maîtrisés rendent la vigilance essentielle et la prévention indispensable.

Des programmes nationaux successifs ont été relayés et amplifiés en Franche-Comté, notamment concernant le VIH¹¹ et les hépatites¹², mais aussi autour des infections associées aux soins¹³ et sur le bon usage des antibiotiques¹⁴. Plus récemment, le plan pour l'éradication de la rougeole et de la rubéole a été réactualisé¹⁵.

b- Chiffres clés

Une situation plutôt favorable mais certains signes de recrudescence

Dans le domaine du VIH/SIDA, la région bénéficie d'une position plutôt favorable. En effet, on y observe :

- un taux annuel de découvertes de séropositivité plus bas qu'au niveau national : 40 cas pour 100 000 habitants contre 103) ;
- un pourcentage plus faible de découvertes de séropositivité au stade sida : Franche-Comté : 13,5%, versus France : 19 %.

La tuberculose est également peu présente dans la région (5,9 cas déclarés pour 100 000 habitants contre 9 en France) mais certaines évolutions récentes sont inquiétantes. C'est ainsi que le nombre de cas déclarés dans le Jura a fortement augmenté passant de 7 à 17 entre 2008 et 2009. Le registre des nouveaux cas d'hépatites du Doubs dénombre en moyenne plus de 188 nouveaux cas annuels pour le virus de l'hépatite C (VHC) et 83 pour le virus de l'hépatite B. La Franche-Comté ne fait pas partie des régions les plus touchées par les Infections sexuellement transmissibles (IST).

¹¹ Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

¹² Programmes et plans nationaux de lutte contre l'hépatite B et C

<http://www.sante.gouv.fr/programmes-et-plans-nationaux-de-lutte-contre-l-hepatite-b-et-c.html>

¹³ Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_264_190809-2.pdf

¹⁴ Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques

<http://www.sante.gouv.fr/le-plan-du-20-novembre-2001.html>

¹⁵ Plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale

<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-d-elimination-de-la-rougeole-et-de-la-rubeole-congenitale.html>

Concernant les maladies infectieuses à prévention vaccinale, les taux de vaccination sont insuffisants (inférieurs à 95 %) en Franche-Comté, notamment pour les vaccins contre la Rougeole-Oreillons-Rubéole. Les données nationales relatives à la grippe saisonnière montraient en 2007-2008 que seulement 63,9 % des plus de 65 ans et 48,4 % des moins de 65 ans en affection de longue durée étaient vaccinés. De plus, seulement 66 % des médecins généralistes et 38 % des personnels de maison de retraite étaient vaccinés en 2004-2005¹⁶.

Les personnes vulnérables sont les plus touchées. C'est ainsi qu'en Franche-Comté :

- les détenus présentent une prévalence de VHC plus élevée ;
- les adultes nés à l'étranger, les personnes sans domicile fixe et les détenus sont davantage concernés par la tuberculose ;
- les hommes homosexuels et les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne sont plus atteints par le VIH/SIDA.

Les complications des maladies infectieuses sont également plus graves chez certaines personnes vulnérables, par exemple les sujets âgés (grippe), les nourrissons (méningite), les adolescents et les jeunes adultes (rougeole, coqueluche) ou les personnes ayant une pathologie chronique.

c- Perspectives

(Fiche SRP - Maladies infectieuses)

Vaccination, dépistage et éducation, les trois stratégies clefs

Poursuite des actions entreprises

La Franche-Comté a engagé depuis plusieurs années une politique volontariste sur le thème des maladies infectieuses, avec notamment la création d'expositions de culture scientifique et technique "Microbes en question" et "Planète vaccination" utilisées actuellement dans toute la France, l'institution d'une semaine de la vaccination initiée en Franche-Comté et reprise au niveau national et européen.

Dans un contexte de doute et d'incertitude sur *le geste vaccinal*, cette politique sera poursuivie pour que le plus grand nombre possible de sujets aient une couverture en cohérence avec le calendrier vaccinal :

- semaine de la vaccination et dispositif d'accompagnement tout au long de l'année ;
- implication des professionnels de santé, notamment à travers les dispositifs conventionnels de l'assurance maladie et les nouveaux modes de rémunérations.

L'offre *en matière de dépistage* est relativement bien structurée en Franche-Comté :

- *spécialisées* : Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) / Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), Centres de lutte antituberculeux (CLAT) ;
- *non spécialisées* : Protection maternelle et infantile (PMI), Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ;

Ces dispositifs seront confortés et, si nécessaire, consolidés, d'une part, en réorganisant le dispositif CDAG-CIDDIST et en l'articulant avec les autres structures effectuant des dépistages, et d'autre part, en redéfinissant les conventions avec les Conseils généraux et les conventions d'habilitation avec l'Association d'hygiène sociale (AHS) de Franche-Comté et le Centre hospitalier de Lons-le-Saunier.

Il en est de même concernant la coordination régionale de *la prévention et des soins* pour :

- l'infection à VIH par la Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH (COREVIH) ;
- l'hépatite C par le pôle de référence et le Réseau ville hôpital hépatite C de Franche Comté (REVHOC).

¹⁶ Etat de santé de la population en France. Rapport 2009-2010. DREES juillet 2010. www.sante.gouv.fr



Par ailleurs, les programmes nationaux sur *le bon usage des antibiotiques et la lutte contre les infections liées aux soins* ont été relayés par :

- des formations de grandes envergures (plus de 50 % des médecins traitants rejoints) dans le cadre de la campagne "les antibiotiques, c'est pas automatique" ;
- un plan d'action des autorités de santé lié aux risques de pandémie ;
- le développement d'activités originales promues par le RF-CLIN PRIMAIR (Réseau franc-comtois de lutte contre les infections nosocomiales et pour le bon usage des antibiotiques), comme les guides de recommandations destinés aux prescripteurs hospitaliers et ambulatoires...

La situation épidémiologique impose une forte (re)mobilisation autour de toutes ces questions. Ces programmes devront s'exercer non seulement dans les établissements sanitaires, mais aussi au sein des établissements médico-sociaux et en ambulatoire, avec en perspective la vigilance, la qualité des soins et la prévention du risque infectieux ainsi que le respect des référentiels et la vaccination des professionnels de santé (*lien avec l'objectif 1-2*).

Enfin, les actions d'éducation devront être poursuivies. Elles relèvent de plusieurs types de démarches :

- éducation du public à des gestes simples, comme le lavage des mains,
- éducation de populations spécifiques autour de la réduction des risques de transmission par voie sexuelle ou matériels d'injection,
- éducation thérapeutique du patient, notamment pour les sujets entrés dans des phases chroniques de leur maladie, comme le VIH ou les hépatites (*lien avec l'objectif 2.5*).

Nouvelles orientations

La 1^{ère} orientation concerne *la politique contractuelle que l'Agence régionale de santé souhaite engager en matière de lutte contre les maladies infectieuses*, notamment avec les Collectivités territoriales (Conseils généraux et municipalités) et certains opérateurs. En effet, des conventions Etat-Conseil général avaient été signées pour :

- la lutte contre la tuberculose (Jura, Haute-Saône et Territoire-de-Belfort) ;
- les vaccinations (Jura, Haute-Saône et Territoire-de-Belfort) ;
- la lutte contre les infections sexuellement transmissibles -IST- (Haute-Saône et Territoire-de-Belfort).

En complément, l'Association d'hygiène sociale de Franche-Comté a été habilitée pour la lutte contre la tuberculose et contre les IST dans le Doubs, les Villes de Besançon et de Montbéliard pour les vaccinations dans le Doubs (système de rappel vaccinal et gratuité) et le Centre hospitalier de Lons-le-Saunier a été habilité pour la lutte contre les IST dans le Jura.

L'ensemble de ce dispositif sera réajusté dans le cadre de la politique que l'ARS entend promouvoir dans ce domaine (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, Contrats locaux de santé...) (**Fiche SRP - Maladies infectieuses**).

La 2^{ème} orientation a pour but *d'atteindre de façon plus efficace les sujets vulnérables et à risques*, aussi bien en matière de vaccination que de dépistage :

- pour la vaccination, il s'agit des enfants et femmes enceintes (**Fiche SRP - Petite enfance**), des sujets âgés en EPHAD et des personnes handicapées vieillissantes (**Fiche SROMS – PA Démarche qualité en EPHAD**) ;
- en ce qui concerne le dépistage des maladies infectieuses (VIH, hépatites, IST, tuberculose), l'objectif est de renforcer les liens avec les professionnels de santé de proximité (dont les laboratoires de biologie médicale (**Fiche SROS - Biologie**)), les Conseils généraux et les structures de dépistage. Cette prévention secondaire devra cibler, en premier lieu, les personnes les plus à risques (dans l'entourage d'une personne atteinte ou ayant un comportement à risques), notamment les sujets sous main de justice ou détenus (**Fiche SROS - Soins aux détenus ; Fiche SRP - Personnes sous main de justice**). L'enjeu est de traiter le plus précocement possible les personnes atteintes, afin, d'une part, d'améliorer leurs chances de guérison ou de stabilisation, et d'autre part, de diminuer le risque de transmission à d'autres personnes.



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

a- Contexte

Des changements très favorables concernant principalement la santé de la mère et de l'enfant

Au cours des dernières décennies, des évolutions marquantes et positives ont concerné les questions liées à la sexualité, la contraception, au choix de grossesse et de son suivi ainsi qu'à l'accompagnement du nouveau-né. Cependant, ces changements considérables doivent être modulés, en raison, d'une part, du poids des représentations liées à des questions qui touchent à l'intime, et d'autre part, de certains indicateurs qui tempèrent ces progrès. Par exemple, l'âge moyen des 1^{ères} relations sexuelles a évolué de façon beaucoup moins importante que les représentations couramment rapportées (ces comportements ont même été stables dans les années 80-90)¹⁷. Par ailleurs, d'après un rapport de l'IGAS (2009)¹⁸ sur l'application de la loi de juillet 2001 concernant l'IVG, "la diffusion massive de la contraception n'a pas fait diminuer le nombre des IVG, qui se maintient aux environs de 200 000 par an, et le fonctionnement réel des dispositifs contredit trop souvent la volonté affichée de donner la priorité à une approche préventive".

En matière de périnatalité, la France a mis en place, depuis les années 1970, une politique structurante se traduisant par trois plans successifs : 1970-1975, 1995-2000, 2005-2007. L'évaluation de ce dernier a fait l'objet d'un rapport (2010) qui montre les progrès et les pistes d'amélioration pour un programme national qui "visait à intervenir principalement sur deux dimensions, « sécurité-qualité » et « humanité-proximité », et cherchait à trouver le bon équilibre entre ces problématiques"¹⁹.

En Franche-Comté, cette politique s'est traduite par un renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention et au développement d'une prise en charge périnatale plus humaine. L'enjeu fondamental a été d'organiser, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Depuis 2004, le réseau périnatalité en a été l'opérateur majeur.

Concernant l'information et l'éducation relatives à la sexualité et à la contraception, de nombreuses initiatives ont été prises en région (notamment, dans le cadre d'un programme régional interinstitutionnel).

b- Chiffres clés

Des indicateurs de santé maternelle et infantile plutôt positifs

La Franche-Comté se caractérise par un taux de natalité stable et comparable au niveau national. Elle bénéficie d'un taux de fécondité en progression entre 1997 et 2008.

¹⁷ Institut national d'études démographiques : l'âge du premier rapport sexuel

http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premier_rapport_sexuel/

¹⁸ Rapport IGAS : Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_les_politiques_de_prevention_des_grossesses_non_desirees_et_de_prise_en_charge_des_IVG.pdf

¹⁹ Ministère de la santé et des sports, Direction Générale de la Santé, Évaluation du plan périnatalité 2005 – 2007, Rapport final

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

Il est à noter que dans la région comme au niveau national, la part des naissances chez les femmes de 30 ans et plus augmente de façon significative ainsi que la prématurité. Sur la période de 2006 à 2008, les taux de mortalité périnatale et maternelle étaient inférieurs en région à la moyenne nationale.

En revanche, la progression du recours à l'IVG est préoccupante. Bien qu'inférieur à la moyenne nationale, ce taux a augmenté chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Mais c'est pour les 15-17 ans que le taux a progressé le plus. La Franche-Comté est également caractérisée par une proportion d'IVG médicamenteuse moins importante qu'au niveau national même si elle progresse régulièrement : 17,9 % en 2001 et 32,7 % en 2006 (la moyenne nationale est de 45,7 %).

c- Perspectives (Fiche SRP - Périnatalité - Fiche SROS - Périnatalité)

Une organisation globalement efficiente avec un réseau régional, acteur du changement

Poursuite des actions entreprises

Un programme régional interinstitutionnel (Etat, Rectorat, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé –IREPS-) d'éducation à la sexualité auprès des jeunes francs-comtois a été mis en place en 2007. Il se poursuivra grâce à de nouvelles formations d'intervenants. Le but est de démultiplier le nombre et la qualité des interventions dans les différentes institutions accueillant des jeunes.

Concernant l'offre pour la réalisation d'une IVG, une vigilance particulière sera exercée (Fiche SROS - Périnatalité-obstétrique) :

- d'une part, quant aux effectifs médicaux consacrés à l'activité IVG, afin que la continuité de ces interventions puisse être assurée dans l'ensemble des établissements concernés ;
- d'autre part, quant à l'accessibilité des différentes techniques (médicamenteuses et chirurgicales), tant au sein des établissements qu'en médecine de ville.

Le Réseau périnatalité de Franche-Comté (RPFC) est maintenant bien structuré. Il devra poursuivre son rôle de coordination de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés en conformité avec les directives nationales et les orientations régionales. Il assure aujourd'hui deux niveaux d'interventions complémentaires :

- *régional* : ces actions correspondent, en plus de l'organisation des transferts in utero et néonataux, à la mise en place des formations, aux réunions de groupes de travail, au développement des outils de communication et de partage de l'information ;
- *de proximité* : l'aire géographique d'intervention correspond en général au bassin de recrutement d'une maternité ; l'objectif est de permettre aux professionnels, amenés à prendre en charge les mêmes patientes, de se rencontrer, de reconnaître leurs compétences mutuelles, leurs places et leurs rôles dans la prise en charge de ces patientes, d'améliorer la communication et la transmission interprofessionnelle.

L'Entretien prénatal précoce (EPP) était une des mesures phares du Plan périnatalité 2005-2007. Réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme, ou d'un professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue, il a pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité. Il doit être l'occasion d'évoquer les sujets mal ou peu abordés avec la future mère lors des examens médicaux prénatals : questions sur elle-même, son environnement affectif et social, son état psychoaffectif, sa vie professionnelle, ses habitudes alimentaires, ses addictions... D'après une enquête récente en région (mars 2010), près de la moitié des femmes (42,8 %) concernées en bénéficient, avec un pourcentage de satisfaction très élevé (93,4 %). L'objectif est de le généraliser.

Concernant les femmes en situation de vulnérabilité, deux problématiques doivent être prises en charge de façon renforcée ou mieux organisée :



- celle des violences conjugales, avec la poursuite des formations à l'attention des professionnels de la périnatalité ;
- celle du parcours de santé des femmes en situation de précarité avec d'une part la formalisation de liens plus structurés entre les centres périnataux et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), et d'autre part, la mise en place d'une sage-femme référente dans ces centres.

Plus généralement, les grands principes de l'organisation de l'offre actuelle (grossesse et naissances) seront conservés :

- les centres périnataux de niveau 1, 2, 3 actuels²⁰ seront maintenus, compte tenu de leur situation géographique, de leur niveau d'activité et de l'évolution des naissances et de la prématurité ;
- les 4 centres périnataux de proximité actuels remplissent leurs missions.

En revanche plusieurs points devront faire l'objet d'un traitement particulier :

- le schéma organisationnel et les protocoles des transferts in utero (TIU) des mères vers le niveau 3 doivent être appliqués par l'ensemble des intervenants concernés (Centres périnataux, SMUR) ;
- les moyens octroyés aux transferts néonataux (TNN) vers le niveau 3 doivent être réévalués ;
- pour ce qui concerne la prise en charge des hémorragies graves de la délivrance, un groupe de travail en cours définira les modalités de la prise en charge ;
- l'hospitalisation à domicile (HAD) obstétricale devra être évaluée ;
- enfin, le positionnement des sages-femmes libérales sera repensé, notamment dans le cadre des regroupements de professionnels de santé.

Les problématiques psychiatriques périnatales ne sont pas exceptionnelles (troubles psychiatriques antérieurs à la grossesse ou à déclenchement gravido-puerpéral). Une attention particulière sera donc portée à la structuration de la filière de prise en charge psychique et psychiatrique périnatale (avec le concours actif du réseau périnatalité) (*Fiche SROS - Psychiatrie*). Cet effort passe par un renforcement des moyens : postes de psychologues dans les centres périnataux, psychiatres référents, hospitalisation de jour en psychiatrie périnatale, structure de type unité Père-Mère-Bébé. Cette dernière a été expérimentée avec succès à Besançon. Il s'agit d'un lieu d'accueil de jour pour les familles. Il répond à des objectifs de prévention et de soin : soutenir l'accès à la fonction de mère et de père, prévenir l'installation ou soigner les troubles psychopathologiques chez le nourrisson et le jeune enfant, prévenir et/ou soigner les troubles du lien parents-enfant, prévenir les risques de maltraitance précoce (*Fiche SRP - Petite enfance*).

Nouvelles orientations

Une 1^{ère} orientation vise à promouvoir l'information, le conseil, l'orientation et l'accès à la contraception, en particulier chez les mineures et les personnes en situation de vulnérabilité, à travers différentes initiatives :

- faire mieux connaître le point écoute régional contraception-IVG ;
- actualiser le répertoire des structures régionales intervenant dans le domaine de la contraception et des IVG ;
- assurer la diffusion auprès des jeunes et des personnes en situation de vulnérabilité du répertoire et des plaquettes d'informations éditées par l'INPES (contraception, IST et questions d'adolescents...);
- faciliter l'accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures et personnes en situation de vulnérabilité (consultations, moyens contraceptifs, examens complémentaires),

Concernant les personnes vulnérables, une attention particulière sera portée au développement de l'éducation à la vie affective et sexuelle pour les sujets sous main de justice (*Fiche SROS - Soins détenus - Fiche SRP – Personnes sous mains de justice*).

²⁰ La réglementation définit 3 niveaux de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés :

Niveau 1 : Obstétrique ; Niveau 2 A : Obstétrique et Néonatalogie sans soins intensifs ; Niveau 2 B : Obstétrique et Néonatalogie avec soins intensifs ; Niveau 3 : Obstétrique, Néonatalogie, avec et sans soins intensifs, Réanimation néonatale

La 2^{ème} orientation a pour objet de *promouvoir l'information préconceptionnelle auprès de toute femme en âge de procréer* (déterminants de santé, facteurs de risques, vaccinations, alimentation notamment l'importance des folates...) par différentes modalités d'interventions complémentaires :

- séances d'information collectives ou consultation en santé scolaire et universitaire ;
- actions de formation ou d'information auprès des généralistes, des gynécologues obstétriciens, des centres de planification ;
- promotion de la consultation préconceptionnelle.

La 3^{ème} orientation touche à *l'assistance médicale à la procréation*. Il est nécessaire d'organiser la promotion du don d'ovocytes afin de répondre aux besoins actuels et à venir dans ce domaine ([Fiche SROS – AMP / DPM](#)).

La 4^{ème} orientation concerne *la consolidation et la mise en œuvre de nouvelles démarches de soins à travers le "Programme néonatal individualisé d'évaluation et des soins de développement"* dans tous les centres périnataux de niveau 3 et 2 de la région. Ce programme novateur considère le prématuré comme acteur de son propre développement, aidé par des soins individualisés grâce à des observations comportementales très fines et codifiées, en collaboration avec les parents qui deviennent co-acteurs de ces soins.

La 5^{ème} orientation doit permettre *l'accompagnement des proches des enfants en soins palliatifs* pour créer une véritable politique de prévention des deuils compliqués des parents et fratries des enfants décédés ([Fiches SROS - Soins palliatifs - Périnatalité](#)).

A noter : plusieurs sujets concernant la périnatalité sont traités dans d'autres objectifs : Objectif 2. 2. : *prévention de l'obésité (allaitement maternel)* ; Objectif 2. 3. : *souffrances psychiques et troubles mentaux (groupe régional pour le repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent)* ; Objectif 2. 4. : *pathologies chez l'enfant et l'adolescent (troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensorielles, conseil génétique, gradation des soins)* ; Objectif 2.5 : *addictions (tabac et alcool chez la femme enceinte)*.

Objectif 1-5 : Contribuer au développement de la santé et du bien-être au travail

a- Contexte

Une fragilisation de l'emploi et des conditions de travail ont des conséquences sur la santé

Au cours des dernières années, les conditions de l'emploi et du travail ont profondément changé. Dans ce nouveau contexte, de nombreux facteurs pèsent sur la santé au travail : le chômage de plus en plus présent, la forte précarisation des emplois, le vieillissement de la population salariée, l'accélération des rythmes de travail et les nouvelles méthodes de management... Les situations d'arrêts de travail longs ou répétitifs, l'inaptitude au poste de travail, voire au travail, l'incapacité suite à des accidents ou maladies professionnelles, affections de longue durée favorisent l'entrée dans une spirale conduisant au licenciement pour raison de santé et à la désinsertion professionnelle. La précarisation qui en résulte a des conséquences sociales et financières importantes.

Le Plan santé au travail 2010-2014²¹ affirme que « le développement de la santé et du bien-être au travail et l'amélioration des conditions de travail constituent un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir. Ils passent par la mise en œuvre effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels, à réduire les accidents et maladies professionnelles, à prévenir l'usure au travail et la dégradation de la santé, ainsi qu'à permettre le maintien dans l'emploi ».

C'est donc un enjeu fort de santé publique auquel la Franche-Comté n'échappe pas. En région, le Plan régional de santé au travail (PRST 2), piloté par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), constitue le cadre des actions conduites.

b- Chiffres clés

Des risques très diversifiés

En France, plus de deux personnes meurent par jour d'un accident du travail ou des suites d'une maladie professionnelle.

Depuis plusieurs années, le nombre d'accidents du travail est stable en Franche-Comté (autour de 12 500 par an) : ce chiffre tend à diminuer depuis 2009 (10 800)²². En revanche, 824 maladies professionnelles avec arrêt²³ étaient comptabilisées en 2009. Stables entre 2005 et 2008, elles ont fortement augmenté entre 2008 et 2009 (+26 %).

Par ailleurs, 1 209 accidents du trajet avec arrêt étaient comptabilisés dans notre région en 2009 (en hausse de 15 % en regard de 2008).

²¹ Plan santé au travail 2010-2014. www.travail-emploi-sante.gouv.fr

²² Statistiques 2005 à 2009 Accidents du travail, maladies professionnelles, accidents du trajet. CARSAT Bourgogne / Franche-Comté, 2010

²³ Une pathologie professionnelle résulte de l'exposition à un risque, auquel est exposée une personne à son poste de travail. En France, Pour être considérée comme une maladie professionnelle et être prise en charge par la [Branche accidents du travail et maladies professionnelles](#) du régime général ou la [Mutualité sociale agricole](#) pour le régime agricole, la pathologie doit être présente dans le tableau des 118 maladies professionnelles reconnues par le législateur. De nouvelles affections sont ainsi périodiquement ajoutées à cette liste, mais le processus de reconnaissance de maladie professionnel est relativement lent et complexe.



Trois grands types de risques professionnels sont identifiés :

- *le risque de pathologies liées à l'exposition aux cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques* (CMR). Près de 13 % de la population active, principalement dans l'industrie, est aujourd'hui exposée à au moins un cancérogène ;
- *le risque de troubles musculo-squelettiques*. Ce dernier regroupe plusieurs pathologies des tissus mous liées à la répétitivité des gestes, à l'augmentation de leur fréquence, aux efforts excessifs, aux postures inconfortables maintenues longtemps... Ce sont les maladies professionnelles les plus courantes (70 %) et en augmentation continue depuis plusieurs années. Leur coût a dépassé celui des cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante. Les régions Bourgogne et Franche-Comté comptabilisent 2026 affections péri-articulaires en 2009 soit 79 % des maladies professionnelles avec arrêt enregistrées, en augmentation de 3 % en regard de l'année précédente ;
- *les risques psychosociaux, souvent résumés sous le terme de souffrance au travail*. Ils recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variées. Ils mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. Ils ont un impact sur le fonctionnement et l'économie des entreprises. Leur augmentation récente doit attirer notre vigilance. Le développement des démarches préventives et de prise en charge est indispensable.

c- Perspectives *(Fiche SRP - Santé au travail)*

Poursuite des actions entreprises

Des acteurs engagés mais qui doivent se fédérer dans l'action

La santé et le bien-être au travail reposent principalement sur la prévention, avec ses trois niveaux :

- faire en sorte que le travail ne soit pas source de maladies ;
- adapter les postes et contraintes de travail en cas de pathologies ;
- prévenir la désinsertion professionnelle.

En région, les premiers et principaux acteurs dans ce domaine sont la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) pour les salariés du régime général, la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les agriculteurs, les services de santé au travail et les médecins du travail, le Centre de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) et l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT).

La CARSAT de Franche-Comté a réalisé en 2010 plus de 3 200 interventions concourant à la prévention des risques professionnels dans 1 895 établissements de Franche-Comté. Ainsi, soixante-seize contrats de prévention ont été signés avec des entreprises.

Nouvelles orientations

Agir dans le cadre des prérogatives relevant directement de l'ARS

Dans l'attente de la réalisation d'un état des lieux de la santé au travail en Franche-Comté, initié par la DIRECCTE, trois orientations doivent être poursuivies.

La 1^{ère} est de *sensibiliser les médecins généralistes aux pathologies professionnelles et aux risques psychosociaux*, en particulier en renforçant les liens avec le Centre de consultation de pathologies professionnelles²⁴ et les médecins du travail.

La 2^{ème} est le maintien dans l'emploi de personnes vulnérables pour éviter leur désinsertion professionnelle :

²⁴ Les CCPP ont vocation à : diagnostiquer des pathologies et maladies professionnelles, à rechercher les nuisances professionnelles, à évaluer des risques pour la santé, à participer à l'évaluation de l'aptitude au travail, à contribuer au reclassement professionnel et au maintien dans l'emploi.



- les travailleurs victimes de troubles musculo-squelettiques (TMS), lombalgies communes chroniques et risques psycho-sociaux (RPS) constituent une population prioritaire et pourront être pris en charge par le Centre de consultation de pathologies professionnelles ;
- une attention devra être également portée à la réinsertion socioprofessionnelle des personnes cérébrolésées (*Fiche SROS - Patients cérébrolésés*) ainsi qu'à celles des personnes souffrant de troubles mentaux (*Fiche SROS - Psychiatrie*), par le biais de structures et services adaptés ;
- de même, la réflexion sur le passage à temps partiel et l'adaptation des rythmes de travail pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en ESAT devra être conduite (*Fiche SROMS - PH vieillissantes*).

La 3^{ème} est de *contribuer à la prévention de la santé au travail dans les établissements de santé ou médico-sociaux (hôpitaux, EHPAD...), sous la responsabilité directe ou indirecte de l'ARS*. Finalité en soi, c'est également une condition nécessaire de la qualité des soins délivrés et de la bienveillance aux usagers (*en lien avec l'objectif 5-3*).



PRIORITE 2 :

**Renforcer la prévention et les soins pour
certaines pathologies de l'enfant et de l'adulte
qui exposent au risque de chronicité**



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

a- Contexte

Des plans nationaux mobilisateurs et un institut régional fédérateur

Le premier Plan cancer (2003-2007) a facilité le développement d'un engagement collectif jamais connu auparavant²⁵. Impulsé par les plus hautes autorités de l'Etat, il a concerné chaque région française. Les 70 mesures préconisées ont donné un élan novateur, tant en termes de prévention que de prise en charge : actions volontaristes sur les principaux déterminants de la santé, renforcement de l'efficacité des approches thérapeutiques, mais aussi écoute du patient et attention portée à sa qualité de vie. Ces différentes dimensions ont permis d'impulser une dynamique inédite pour une affection majeure, touchant directement ou indirectement chaque Français.

Le deuxième Plan cancer (2009-2013) est en cours²⁶. Il est décliné selon 5 axes (recherche, observation, prévention-dépistage, soins, vivre pendant et après le cancer), 30 mesures et 118 actions. Il comprend 3 thèmes transversaux :

- mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité de l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer ;
- stimuler l'analyse des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre, notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

En Franche-Comté, la création de l'Institut régional fédératif du cancer (IRFC)²⁷ constitue la clef de voûte de cette politique. Elle vise d'abord à rejoindre et à prendre en charge chaque usager du système de santé au plus près de son lieu de vie, avec un souci de qualité et d'équité de l'offre.

Trois composantes organisationnelles constituent des atouts pour la région :

- *Epidémiologie* : l'existence depuis 1977 du registre des tumeurs du Doubs (étendu maintenant au Territoire de Belfort) permet d'apporter une expertise dans la mise en œuvre d'une politique éclairée concernant la prévention et la prise en charge des cancers.
- *Prévention* : la présence d'une structure régionale unique de gestion, l'Association pour le dépistage du cancer (ADECA) Franche-Comté, facilite l'organisation des dépistages des cancers du sein et colorectal.
- *Soins* : grâce à un système d'information utilisé au quotidien, « au lit du patient » et dans toute la région, le taux de couverture de « Bonnes Pratiques de Chimiothérapie » (BPC) est aujourd'hui de 100 %.

²⁵ Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer : Plan cancer 2003-2007

http://www.oncarmor.fr/fileadmin/site_oncarmor/accueil/presentation/plan_cancer/doc/plan_cancer_2003_2007.pdf

²⁶ Plan cancer 2009-2013 :

http://www.oncarmor.fr/fileadmin/site_oncarmor/accueil/presentation/plan_cancer/doc/plan_cancer_2009_2013.pdf

²⁷ Cancérologie en Franche-Comté : une organisation régionale pour une meilleure prise en charge des patients, Les Dossiers de l'ARS, février 2011.

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

b- Chiffres clés ²⁸

Des cancers en progression mais une mortalité qui doit régresser du fait des progrès médicaux

Les cancers constituent la seconde cause des décès survenus en Franche-Comté entre 2004 et 2006 (29 % : 2 800 personnes), juste après les maladies de l'appareil circulatoire (30 %). En revanche, le nombre de décès prématurés, c'est-à-dire qui se produisent avant 65 ans, est 3 fois supérieur pour le cancer que pour les maladies cardiovasculaires. Si la Franche-Comté ne se distingue pas de la France métropolitaine sur le taux standardisé de mortalité par cancer, il existe en revanche, des disparités départementales : sur la période 2003-2005, le Territoire-de-Belfort (335) et la Haute-Saône (338) présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale (313 décès pour 100 000 habitants), pour les deux sexes.

Le nombre de nouveaux cas de cancers (incidence) observé en Franche-Comté (5 800 en 2005) est inférieur à la moyenne nationale. Les trois localisations les plus fréquentes sont chez les Francs-Comtois par ordre d'importance la prostate, le poumon et le côlon. Pour les Franc-Comtoises : le sein, le colon et le poumon. Concernant cette dernière localisation, l'incidence est supérieure de 7 % à la moyenne nationale. Globalement, on constate, comme dans la France entière, une augmentation de 61 % du nombre de cas déclarés en 20 ans.

Ces modifications de la morbidité et de la mortalité sont à mettre en parallèle avec l'évolution des expositions aux facteurs de risque, à la pratique des dépistages, à l'amélioration des techniques diagnostiques et au progrès des thérapeutiques.

Une particularité franc-comtoise : l'exposition au radon, responsable d'une proportion de cancer du poumon attribuable à ce risque supérieure à la moyenne nationale (cf. objectif 1.1).

c- Perspectives

Prévention (Fiche SRP - Cancer)

Agir sur les déterminants et rejoindre de nouvelles populations pour le dépistage

Poursuite des actions entreprises

Impliquer d'autres publics

Les questions en rapport avec les principaux déterminants de santé liés au cancer sont traitées dans plusieurs autres chapitres (cf. *tabac et alcool* : "addiction" objectif 2-5 ; *nutrition* : "prévention de l'obésité" objectif 2-2).

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a débuté en septembre 2003. A ce jour, 3 campagnes complètes se sont déroulées. La quatrième a été initiée en septembre 2009 et se terminera en septembre 2011. Les données INVS calculées sur deux années « glissantes » montrent que la Franche-Comté est plutôt bien située en regard de la moyenne nationale avec un taux de participation 2009-2010 de 56,2 % et une progression régulière au fil des années (le taux de participation pour la troisième campagne, calculé par rapport aux invitations, s'élève à 62 %).

La première campagne de dépistage organisé du cancer colorectal a été entreprise en juin 2008 et s'est terminée en juin 2010. Le taux de participation a été de 40,2 %. La seconde campagne est en cours.

²⁸ Le cancer en Franche-Comté : incidence et mortalité de 1980 à 2005, Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, Registre des tumeurs du Doubs, Décembre 2008
http://www.chu-besancon.fr/registretumeursdoubbs/ORS_Evo_incidence_mortalite_1980_2005_V2.pdf

Par ailleurs, des initiatives importantes et originales ont aussi été prises (depuis 2003) par l'Association des dermatologues de Franche-Comté (ASFODER) pour diminuer l'incidence des mélanomes avec des opérations significatives, tant en direction des professionnels de santé que du grand public : journée de dépistage gratuit, campagne de prévention... (*Fiche SRP - cancer*).

Nouvelles orientations

Assurer un continuum entre la prévention et le soin

La 1^{ère} orientation concerne, la dimension épidémiologique et le suivi du dépistage. Afin d'avoir la meilleure évaluation possible de la situation en matière de cancer, il est nécessaire de formaliser les liens de partenariat entre, d'une part, l'ADECA, et d'autre part, le Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort afin de favoriser des travaux de suivi et d'évaluation du dépistage.

La 2^{ème} orientation vise à améliorer les taux de participation aux 2 dépistages du cancer (sein et colorectal) sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'atteindre l'objectif de 65 % en 2012-2013 pour le cancer du sein et celui de 50 % pour le cancer colorectal en 2013.

Pour ce faire, plusieurs actions seront initiées ou amplifiées :

- relayer de façon encore plus forte les campagnes de communication à l'aide des supports nationaux ;
- renforcer le rôle primordial du médecin traitant pour le repérage des risques et les propositions de dépistage organisé ou individuel, notamment à travers de nouveaux modes de rémunération ;
- réduire les délais de réalisation des mammographies de dépistage et la prise en charge après le diagnostic ;
- développer des actions ciblées pour réduire les inégalités (territoriales, culturelles, socioéconomiques ou liées à l'âge) dans les taux de participation, notamment grâce à la signature de Contrats locaux de santé (avec les collectivités territoriales) et des actions ciblées avec les différents régimes de l'Assurance maladie (*Fiche SRP - Cancer*) ;
- prendre en compte les populations particulières, comme les personnes en établissement (sujets handicapés) (*Fiches SROMS – PH Veillissantes – PA Démarche qualité en EPHAD*) et les détenus (*Fiche SROS - Soins aux détenus*).

La 3^{ème} orientation est en rapport avec les actions de prévention diminuant les expositions à certains risques (tabac, alcool, alimentation) mais aussi d'autres facteurs liés à l'environnement (UV, air intérieur) et à certaines maladies infectieuses (vaccinations HPV et hépatite B, prévention de l'hépatite C). Ces sujets et les actions afférentes sont abordés notamment dans les objectifs 1-1, 1-3, 1-4, 2-2.

La 4^{ème} orientation porte sur les coopérations et les liens à renforcer entre les structures régionales qui œuvrent dans le champ "préventif" du cancer (ADECA, Registre des tumeurs, Réseau Oncolie...) et qui permettront de développer des liens fructueux entre le volet "prévention" et "soins". Dans cette perspective, l'Institut régional fédératif du cancer (IRFC) sera au cœur du dispositif à venir.

Soin (*Fiche SROS - Cancer*)

Poursuite des actions entreprises

Un institut et un réseau pour un cadre structuré

Le partage des compétences doit améliorer les pratiques et faire émerger des protocoles communs au bénéfice de la qualité, comme c'est déjà le cas pour la chimiothérapie. En effet, l'outil régional de prescription des chimiothérapies "*Bonnes pratiques de la chimiothérapie*" (BPC) est plus qu'un simple logiciel de prescription des chimiothérapies, il constitue une garantie de qualité pour la région. Il intègre les référentiels de bonne pratique, assure l'application des protocoles thérapeutiques et la traçabilité des prescriptions. Il garantit le contrôle et l'optimisation des doses prescrites et permet l'analyse des données en vue d'avancées constantes, au bénéfice du patient et des établissements de santé.

La mise en place de l'Institut régional fédératif du cancer (IRFC) de Franche-Comté s'inscrit dans cette perspective. C'est une démarche collective, régionale, moteur d'une organisation pragmatique dans laquelle tous les intervenants se retrouvent et où les patients bénéficient d'un accès à des soins de qualité et de proximité. Cette nouvelle organisation est en cohérence avec les orientations nationales préconisées :

- assurer une offre graduée de soins ;
- garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et coordonné ;
- améliorer les conditions d'accès à l'imagerie (dépistage et traitement), aux traitements innovants et aux essais cliniques, à la chirurgie de recours ;
- identifier un pôle régional de cancérologie et labelliser les réseaux de cancérologie ;
- favoriser une meilleure coordination entre les centres de radiothérapie ;
- structurer les filières de prise en charge des personnes âgées, des enfants et adolescents atteints de cancer.

L'IRFC a d'ores et déjà permis le maintien des activités de cancérologie sur certains des sites impliqués, avec constitution d'une équipe régionale d'oncologues qui se déploie à partir du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon sur plusieurs établissements et d'une équipe unique de radiothérapie intervenant sur les sites du CHU et du Centre hospitalier de Belfort Montbéliard (CHBM).

Par ailleurs, le réseau de cancérologie ONCOLIE existe maintenant depuis plusieurs années et son activité s'est conformée récemment au nouveau cahier des charges national. Par ailleurs, ce réseau s'est organisé en complémentarité avec l'IRFC, notamment autour de différents groupes de travail associant infirmières, assistantes sociales, psychologues...

Enfin, certains dispositifs prévus dans le cadre du Plan Cancer sont à consolider. Ils associent étroitement l'IRFC, ONCOLIE et certains acteurs clefs de la cancérologie, sur tout le territoire franc-comtois :

- *les Centres de coordination en cancérologie (3 C)* : ce sont de véritables cellules qualité opérationnelles ;
- *les Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)* : elles sont devenues incontournables et doivent concerner 100 % des patients pris en charge ; elles bénéficient des nouvelles techniques de l'information (télé médecine avec transfert de l'imagerie médicale) et permettent de palier, pour partie, la faible démographie des professionnels en cancérologie ;
- *le dispositif d'annonce* : l'objectif est que 100 % des patients y aient eu accès ;
- *le Dossier communicant en cancérologie (DCC)* : son déploiement et sa structuration devront être effectifs dans tous les établissements autorisés, avec une exhaustivité et une qualité des données médicales (notamment anatomopathologiques), permettant une discussion et une argumentation pertinente lors des RCP ;
- *le Programme personnalisé de soins (PPS)* : dans les 4 ans, 100 % des patients auront un PPS ; il mentionnera le calendrier du projet thérapeutique global et du projet thérapeutique spécifique (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) en lien avec les équipes de prise en charge ; il intégrera le volet psycho social.

Nouvelles orientations

Des composantes multiples mais un seul but : mieux prendre en charge le patient

Consolider la récente régionalisation de la radiothérapie

Ce mouvement se poursuivra autour d'une structure unique de radiothérapie, regroupant les deux services de radiothérapie publique de Franche-Comté en un service hospitalo-universitaire bi-site. Cette organisation permettra d'assurer la permanence et la qualité des soins sur les deux sites, de telle sorte qu'ils offrent une qualité identique, que les développements technologiques soient également répartis pour que les patients puissent être pris en charge dans les mêmes conditions.



Mieux structurer la chirurgie et développer des techniques innovantes

Cela concernera notamment :

- la formation initiale et le développement professionnel continu des chirurgiens ainsi que la justification d'une activité cancérologique régulière dans le domaine (critères qualitatifs et quantitatifs de l'INCA) ;
- la recherche avec en particulier la création de cohortes pour certains actes traceurs et pathologies ;
- les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), associant systématiquement les chirurgiens ;
- la radiologie et l'endoscopie interventionnelle, le développement de la chirurgie ambulatoire et l'articulation avec l'anatomopathologie (examen extemporané et tumorothèque) ;
- la nutrition, avec l'absence de structure dans le Grand-Est en capacité de prendre en charge des patients après une chirurgie lourde digestive ou ORL.

Organiser régionalement l'accès aux soins de support pour tous et la coordination des différents intervenants

Les soins de support en cancérologie sont définis comme étant l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes tout au long de leur maladie conjointement aux traitements spécifiques lorsqu'il y en a. Ils reposent sur une organisation structurée et pluri professionnelle de prise en charge du patient qui nécessite une concertation entre tous les acteurs de soins concernés, une traçabilité et une lisibilité afin de permettre un parcours optimal, évaluable à l'aide d'indicateurs de qualité. L'organisation régionale ainsi proposée doit assurer la facilité des échanges et la continuité des soins. Les guichets uniques des établissements seront coordonnés entre eux puisque le patient, tout au long de son traitement, est appelé à se déplacer dans plusieurs établissements. Par ailleurs, la coordination Ville-Hôpital devra conforter le rôle du médecin traitant.

Structurer les filières de prise en charge

- *Onco-gériatrie* : mettre en place une Unité de Coordination en Onco Gériatrie (UCOG) pour que les patients âgés puissent bénéficier dorénavant d'une double évaluation oncologique et gériatrique ;
- *Onco-pédiatrie* : augmenter le taux de guérison des cancers de l'adolescent et du jeune adulte avec notamment l'amélioration des conditions de traitement et d'accueil des enfants porteurs de cancer (unité d'hospitalisation spécifique, hospitalisation à temps partiel, coopération intra et interrégionale...) ;
- *Hématologie* : maintenir et développer l'accès à la greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) allogéniques pour les patients francs-comtois et bourguignons mais aussi maintenir l'accès aux traitements lourds (leucémies aiguës et autogreffes de CSH) pour tous les patients de la région ;
- *Neuro-oncologie* : développer une filière spécifique nécessitant des compétences en neurologie, chirurgie, radiothérapie, oncologie, soins de supports, imagerie et anatomopathologie ; elle pourra s'envisager dans le cadre de l'IRFC et d'une collaboration interrégionale ;
- *Chimiothérapie par voie orale* : favoriser le "Projet Bonnes Pratiques de la Chimiothérapie (BPC) - portail Officines" et faciliter ainsi un échange d'informations entre la ville et l'hôpital ainsi qu'un suivi ambulatoire des patients ;
- *Education thérapeutique* : élaborer un programme d'éducation thérapeutique personnalisé, destiné aux patients et à leur entourage, afin qu'ils acquièrent les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie chronique.

Développer la recherche

C'est une des conditions pour déployer l'excellence et attirer des jeunes professionnels dans la région.

Trois axes :

- *la recherche scientifique fondamentale* autour du Cancéropôle du Grand-Est et de la recherche sur "immunité et cancer" ;
- *la recherche scientifique translationnelle* (qui correspond à la mise en application médicale des résultats scientifiques de la recherche fondamentale) avec le développement de plates-formes « biologie du cancer », en lien avec l'anatomopathologie et la pharmacologie ;

- *la recherche clinique* à partir d'un centre régional unique permettant à l'ensemble des sites de bénéficier des thérapeutiques innovantes disponibles au CHU et favorisant une gestion pharmaceutique régionale de la recherche clinique à partir du CHU, dans le cadre de l'IRFC.

Prendre en charge les conséquences des traitements anti-cancéreux sur la fertilité

La problématique de préservation de la fertilité concerne l'autoconservation de gamètes et les conservations de tissus germinaux, ovariens et testiculaires. Elle passe par la reconnaissance d'un plateau régional de cryobiologie dédié à la reproduction ([Fiche SROS – AMP/DPM](#)).



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

a- Contexte *(Fiche SRP - Nutrition)*

Une mobilisation régionale, structurée et volontaire

Les programmes de santé publique concernant la nutrition ont été mis en œuvre très tardivement en France (début des années 2000). Ce retard est pour partie lié à une situation épidémiologique (prévalence de l'obésité) moins préoccupante que dans d'autres pays développés. Cependant, la Franche-Comté avait déployé, dès le début des années 80, des programmes sur ce thème, notamment en direction des publics scolaires et socialement en difficulté.

Le 1^{er} Programme national nutrition santé (PNNS) a été lancé en 2001, suivi d'un second (2006-2010) puis, récemment, d'un troisième (2011-2015)²⁹. Ce dernier est complété par un Plan obésité 2010-2013³⁰.

La déclinaison du PNNS en Franche-Comté est effective et organisée depuis 2003 à travers le Programme régional : "*Pour manger mieux et bouger plus en Franche-Comté*". Plusieurs axes de travail ont été définis (dont la promotion de l'activité physique), des groupes de pilotage mis en place, des actions entreprises et des évaluations réalisées. Deux initiatives sont emblématiques de cette dynamique : d'une part, la signature de nombreuses chartes par des collectivités territoriales "actives du PNNS" : communes, conseils généraux, région (la seule en France), et d'autre part, la mise en place d'un Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP), l'un des 5 réseaux régionaux de ce type existant en métropole.

Enfin, le Ministère de l'Agriculture a lancé en 2011 un Plan national pour l'alimentation³¹. Il s'articulera et complètera, au niveau national comme au niveau régional, le PNNS dans certaines dimensions de l'alimentation humaine : qualité de l'offre, circuits d'approvisionnement de proximité, patrimoine culinaire...

b- Chiffres clés *(Fiche SRP – Nutrition)*

Un problème de grande ampleur dont les évolutions donnent des perspectives prometteuses

Si les indicateurs de surpoids et d'obésité ne diffèrent pas de façon significative entre la Franche-Comté et le reste du pays, il n'en reste pas moins que 43.3 % des adultes francs-comtois sont en surpoids, et parmi eux, 10.5 % sont en situation d'obésité.

Les indicateurs pour les enfants sont un peu plus favorables dans notre région qu'à l'échelle nationale : en 2006, 11.4 % des enfants francs-comtois de 6 ans étaient en surpoids, et 2.4 % obèses, contre 12.1 % et 3.1 % en France.

²⁹ Programme national nutrition santé 2011-2015 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

³⁰ Plan obésité 2011-2013 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf

³¹ Programme national pour l'alimentation <http://alimentation.gouv.fr>

Il est possible de faire l'hypothèse que l'amélioration des données enregistrées au cours des 10 dernières années en Franche-Comté pourrait être, en partie, liée aux actions entreprises. La situation reste toutefois préoccupante au regard du nombre de personnes concernées et à une prévalence de l'obésité importante dans les familles modestes et/ou au niveau d'éducation le plus faible.

Par ailleurs, l'allaitement maternel est reconnu comme un facteur protecteur de l'obésité. En Europe, plus de quinze pays ont des taux d'allaitement supérieurs à 90 % à la naissance et plusieurs ont encore plus de 60 % d'allaitement à 6 mois. En France, ce chiffre s'élève à 62,6 % à la naissance dont 56,3 % en exclusif. Or, 75 % des Françaises aimeraient nourrir leur bébé durant au moins quelques semaines. Cette pratique est nettement plus répandue parmi les femmes issues des classes sociales les plus favorisées³².

c- Perspectives (Fiche SRP – Nutrition)

Poursuite des actions entreprises

Dans un premier temps, consolider l'existant

Quatre axes stratégiques concourent actuellement à la prévention et à l'amélioration de la prise en charge de l'obésité en Franche-Comté :

Axe 1 : Faciliter l'accès des publics prioritaires (enfants/adolescents, personnes en situation de précarité et sujets âgés) et des professionnels en charge de ces publics à une information de qualité, labellisée par le PNNS

Concrètement, la diffusion des documents du PNNS s'effectue à travers un maillage territorial homogène et plusieurs formations annuelles à l'attention des professionnels ;

Axe 2 : Promouvoir la cohérence entre l'offre alimentaire et les repères du PNNS

Cet axe concerne principalement le milieu scolaire avec la suppression de la collation matinale dans un nombre très important d'écoles maternelles, la formation des chefs de cuisine ainsi que des équipes éducatives, l'élaboration et la diffusion d'un guide de conseils d'achat... ;

Axe 3 : Faciliter l'accès à l'activité physique des Franch-Comtois

Un réseau "sport santé" a été créé à l'initiative de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Ce réseau organise des formations à l'attention des éducateurs sportifs sur les thèmes "sport et obésité de l'enfant", "sport et maladies chroniques". Un processus de labellisation des clubs pour l'accueil de patients atteints de maladies chroniques a été mis en place ;

Axe 4 : Dépister et soigner l'obésité de l'enfant

Un réseau sur l'obésité pédiatrique (RéPPOP FC) a été mis en place en 2004. Il est actif sur l'ensemble de la région. Il intervient en prévention mais organise aussi une prise en charge graduée des enfants concernés, en lien avec la médecine de ville, la PMI, la santé scolaire et les structures hospitalières.

Nouvelles orientations

Assurer un continuum entre la prévention et le soin

La 1^{ère} orientation concerne l'amélioration de l'offre en matière d'alimentation et d'activité physique :

- *Pour la nutrition*, elle doit pouvoir s'exercer dans certains lieux de vie privilégiés (établissements scolaires, de soins, dispositifs de garde d'enfants) ou auprès d'acteurs institutionnels, notamment autour des repas intermédiaires (maintien, aménagement ou suppression), de l'amélioration de l'accès à l'offre de restauration collective des établissements scolaires, de l'introduction d'aliments issus de l'agriculture biologique dans les services de restauration des administrations de l'Etat et des établissements publics (20 % en 2012³³) et d'un rapprochement entre les producteurs et les consommateurs.

³² Allaiter ou pas : accompagner le choix des mères. Santé de l'Homme, 408, juillet aout 2010

³³ Circulaire du 2 mai 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat en matière d'utilisation de produits issus de l'agriculture biologique dans la restauration collective

- *Concernant l'activité physique*, cette orientation vise à sensibiliser les professeurs d'écoles, de collèges ou de lycées à la dimension santé de l'activité physique. Elle a pour but aussi d'inciter les associations et les clubs sportifs à élargir leur offre, vers une activité physique et sportive non compétitive ou familiale et une pratique adaptée, pour accueillir des personnes atteintes de maladies chroniques ou rares ainsi qu'en situation de handicap.

La 2^{ème} orientation vise à *amplifier la dynamique autour des collectivités territoriales actives du PNNS et à étendre ce dispositif aux entreprises*. Ces engagements, qui se traduisent par la signature de charte, permettent d'assurer le développement et la pérennité des actions et programmes développés par ces entités.

La 3^{ème} orientation a pour objectif de *faciliter l'accès des publics vulnérables (notamment les enfants/adolescents et les personnes en situation de précarité) et des professionnels en contact avec ces populations, à une information nutritionnelle de qualité (PNNS)*.

Ce processus passe d'abord par une meilleure régulation de l'information en matière de nutrition (sources documentaires), la formation à l'éducation nutritionnelle (alimentation favorable à la santé, plaisante, accessible et vectrice de lien social) des professionnels de l'éducatif, du social et du soin mais aussi des bénévoles des structures caritatives de distribution alimentaire.

La 4^{ème} orientation concerne *la promotion de l'allaitement maternel* auprès des femmes, en respectant leur choix, notamment à travers la formation des puéricultrices ou sages femmes consultantes en lactation (*Fiche SRP - Périnatalité* et *Fiche SROS-Périnatalité*).

La 5^{ème} orientation a pour but de *renforcer le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité de l'enfant et de l'adulte* à travers une gradation de l'offre allant du repérage précoce, notamment par les acteurs du 1^{er} recours (principalement le médecin traitant) mais aussi la PMI, la santé scolaire et universitaire, jusqu'aux prises en charge lourdes pour les obésités morbides. Dans ce contexte, il sera possible de s'appuyer sur les nouvelles recommandations de la HAS ainsi que sur celles élaborées en Franche-Comté lors d'un séminaire qui s'est déroulé à Besançon en décembre 2008³⁴. Par ailleurs, l'offre d'éducation thérapeutique pour les patients (ETP) en surpoids et/ou obèses devra se structurer dans le cadre du dispositif d'autorisation des programmes d'ETP (incluant de nouveaux partenariats avec des structures de soins de suite et de réadaptation (de type La Beline, Pont d'Héry...) et de la mise en place d'une plateforme régionale en ETP fortement orientée vers l'ambulatoire (*Fiche SRP - Education thérapeutique du patient*).

Enfin, l'action conjointe concernant la nutrition et l'activité physique permettra de promouvoir des effets positifs préventifs sur l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque, les dyslipidémies et certains cancers.



Objectif 2.3 : Changer le regard sur les souffrances psychiques et les troubles mentaux à tous les âges de la vie, les repérer et favoriser leur prévention ainsi que l'accès aux soins, notamment par rapport aux risques de suicide

a- Contexte

Des souffrances souvent négligées nécessitant une politique plus affirmée

Dans le champ de la santé mentale, deux notions doivent être distinguées³⁵ :

- *La souffrance psychique* est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. C'est la mesure de son degré d'intensité, sa permanence et sa durée ainsi que ses conséquences qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire ;
- *Les troubles mentaux* sont plus ou moins sévères, de durée variable et peuvent entraîner une situation de handicap psychique. Ils relèvent d'une prise en charge médicale. Les pathologies mentales ou psychiatriques font référence à des classifications diagnostiques internationales correspondant à des ensembles de troubles mentaux (symptômes) et de critères spécifiques.

La souffrance psychique et les troubles mentaux ne sont pas des notions exclusives l'une de l'autre.

L'acceptation par la société, de l'existence des troubles mentaux liés à des maladies mentales qui se soignent, ainsi que la souffrance qui en découle, passe par un changement du regard du grand public. Par ailleurs, le soutien et la formation des familles ou des proches des personnes affectées par ces troubles, ainsi que la coordination des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social doivent permettre une prise en charge efficiente.

La politique nationale en la matière a été guidée principalement par le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Différents plans (santé jeune, autisme...) et lois (santé publique, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées...) ont été mis en œuvre. Par ailleurs, dans le contexte de la loi sur les soins sans consentement, un nouveau plan psychiatrie et santé mentale est en préparation.

En Franche-Comté, c'est principalement à travers un Programme régional de santé "prévention du suicide", le Plan régional de santé publique (PRSP) et le SROS de 3^{ème} génération que diverses initiatives ont été prises. Il s'agit notamment d'une réorganisation de l'offre sur le nord Franche-Comté, la forte diversification de la psychiatrie infanto-juvénile, l'amorce du développement de la gérontopsychiatrie, la création de plusieurs Groupements d'entraide mutuelle visant à instaurer des liens sociaux réguliers entre adultes connaissant des troubles psychiques, la mobilisation importante des associations de patients autour des personnes malades et handicapées psychiques...



b- Chiffres clés

De nombreux malades au regard d'un manque important de soignants psychiatres

En 2009, plus de 21 000 Franch-Comtois, affiliés au régime général, étaient en Affection de longue durée (ALD) pour psychoses (46 % d'hommes). L'âge moyen d'admission en ALD était de 57 ans pour les hommes et 61 ans pour les femmes.

Entre 2003 et 2005, 222 décès annuels par suicide ont, en moyenne, été recensés en Franche-Comté. Comparé au taux national, la région enregistre une surmortalité par suicide (plus 10 %). Ce sont les hommes âgés de 45 à 49 ans et les plus de 85 ans qui présentent les taux de décès par suicide les plus hauts. Par ailleurs, la diminution de la mortalité par suicide observée entre 1984 et 2004 est moins importante de 15 % en Franche-Comté qu'au niveau national.

La santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile avec une estimation (données nationales) de 17,9 % de personnes atteintes d'état dépressif majeur, 12 % d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (environ 4 fois plus qu'en population générale).

La mortalité par suicide est très élevée à 19/10 000 détenus en 2008 (données nationales), les détenus se suicident 6 fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans. Après une certaine baisse au début de la décennie, le nombre des décès par suicide est en augmentation.

Face à cette situation, la démographie des professionnels de santé intervenant en psychiatrie est préoccupante en Franche-Comté. C'est le cas pour les médecins psychiatres. Ils sont 208, tous modes d'exercice confondu (institution et libéral), avec une densité beaucoup plus faible que dans le reste de la France (17.9 contre 22 pour 100 000 habitants), de fortes disparités intra-régionales (20.1 pour le Doubs ; 15.5 pour le Territoire-de-Belfort), une moyenne d'âge très élevée (39 % ont plus de 60 ans). Trente pour cent des postes hospitaliers en psychiatrie sont vacants (dont 80% réellement inoccupés). Malgré une légère augmentation du nombre de médecins psychiatres actuellement en formation, la situation restera vraisemblablement encore très tendue pendant de nombreuses années dans la région.

c- Perspectives *(Fiche SRP - Santé mentale et Fiche SROS - Psychiatrie)*

Poursuite des actions entreprises

Faciliter le dépistage et la coordination des services rendus ainsi que le suivi des populations

Depuis quelques années, *un groupe régional pour le repérage précoce des souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent* a été mis en place. Il est actif et transversal (Education nationale, PMI et Pédopsychiatrie). Il est proposé de soutenir son activité (notamment, les formations interinstitutionnelles) qui concourt à un travail partenarial plus efficient pour la prise en charge des enfants et des adolescents *(Fiche SRP - Petite enfance)*.

La Franche-Comté compte une *Maison de l'adolescent* à Besançon, avec une antenne dans le Haut-Doubs. Une nouvelle maison devrait ouvrir prochainement dans le Jura et une autre est en projet dans l'Aire urbaine. Ce maillage doit permettre de couvrir une grande partie du territoire franc-comtois et répondre aux besoins exprimés par les adolescents en souffrance et leurs parents ainsi que par les équipes éducatives en charge de ces publics (éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse, collectivités territoriales...) *(Fiche SRP - Santé mentale)*.

Les formations *au repérage de la crise suicidaire* en milieu scolaire, universitaire et pénitentiaire seront renforcées. Concernant *le milieu carcéral*, il est nécessaire de consolider la collaboration entre les différents intervenants en milieu pénitentiaire, notamment par la participation régulière des personnels de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) aux réunions de Commission pluridisciplinaire unique (CPU). De façon plus générale pour les détenus, il faut améliorer l'offre en

consultations psychiatriques, la coordination avec les UCSA et les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ainsi que le suivi postpénal (*Fiche SRP - Personnes sous mains de justice* et *Fiche SROS - soins aux détenus*).

La couverture de l'ensemble du territoire de Franche-Comté, par un accueil permettant le repérage et le diagnostic de base et sans délai, reste un objectif principal du présent Programme (dans la suite du SROS de 3^{ème} génération). Le territoire doit donc être suffisamment couvert par des *Centres médico-psychologiques (CMP)* qui sont confirmés comme les pivots du dispositif de prévention et de soins et par les *équipes mobiles polyvalentes (Fiche SROS - Psychiatrie)* :

- les CMP manquants doivent pouvoir s'ouvrir par redéploiement et de façon articulée avec les équipes mobiles polyvalentes,
- des équipes mobiles polyvalentes sont à créer : la politique régionale de formation complétée par le projet de création des modalités de délégation de tâches doit permettre l'implication forte de professionnels non médicaux dans ces équipes.

La composante médico-sociale et sociale est un élément clef dans l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques (Fiches SRP et Fiches SROMS). Elle passe en particulier par :

- l'acquisition d'un socle commun de connaissances aux différents professionnels, au-delà du strict champ sanitaire (social, médico-social),
- le développement des structures relais (appartements, familles) adaptées permettant aux personnes en difficulté de conforter et de préparer leur réinsertion sociale,
- l'accompagnement social des personnes vivant en milieu "ordinaire",
- la reconnaissance de la place des familles et des aidants en les soutenant, les informant et les associant aux actions ("patients/familles/aidants).

Nouvelles orientations

Rendre plus opérationnelle la coordination sur les territoires, la gestion des urgences et faire face aux manques de soignants

La 1^{ère} orientation vise à *promouvoir une nouvelle organisation territoriale lisible et opérationnelle pour tous les acteurs* de la santé mentale et de la psychiatrie, sur un espace géographique déterminé. Pour ce faire, il est préconisé la mise en place et la structuration de *plateformes de coordination (Fiche SROS - Psychiatrie)*. Chaque établissement sanitaire ayant en charge une activité de psychiatrie, est le promoteur et le support administratif, sur son territoire d'intervention, d'une ou plusieurs plateformes de coordination, en psychiatrie générale et d'une plateforme psychiatrie infantile le cas échéant. Les missions de la plateforme de coordination sont les suivantes :

- développer et promouvoir une culture commune à tous les partenaires du territoire (organisation de formations) ;
- mettre en place, avec les partenaires du social, du sanitaire et du médico-social, un suivi des parcours individuels ;
- associer les usagers et les familles aux réflexions et propositions ;
- mettre à jour et diffuser à la société civile, les informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, au soin et à l'accompagnement ;
- être une instance de réflexion et de proposition ;
- mettre en place des outils d'évaluation de son action.

La 2^{ème} orientation concerne *les urgences psychiatriques* qui restent en Franche-Comté un problème non résolu (sorties longues, agressions...) (*Fiches SROS - Psychiatrie - Urgences*). Il doit trouver sa réponse dans le cadre des dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Il fait intervenir, notamment les SAMU, les établissements autorisés en psychiatrie et en médecine d'urgence. L'objectif est de structurer au sein d'une aire géographique prédéterminée, une organisation permettant la prise en charge des urgences psychiatriques et somatiques des patients souffrant de troubles psychiques et de leurs aidants. Pour ce faire, il est nécessaire de :

- mettre à niveau l'ensemble des sites d'accueil des urgences Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ;

- rendre lisible l'organisation de l'accueil 24h/24 des Centres hospitaliers spécialisés (CHS) et de leur plateforme d'accueil et d'orientation ;
- développer des équipes mobiles psychiatriques polyvalentes, venant en appui aux SMUR,
- assurer la régulation des appels psychiatriques urgents par un maillage opérationnel entre Centre15 - CHS -Services des Urgences (MCO), pour répondre 24h/24 aux personnes fragilisées par la maladie psychique et aux aidants ;
- renforcer l'activité de liaison avec les professionnels et services soignants en aval de leur passage aux urgences ;
- faire connaître ce réseau des urgences et ses points de contact aux professionnels de santé libéraux et au public en général.

La 3^{ème} orientation s'intéresse à une question clef : celle de *la démographie des professions de santé dans le champ de la santé mentale (Fiche SROS - Psychiatrie).*

Son amélioration passe par une progression du nombre de places d'internes en psychiatrie à l'issue de l'Examen national classant (ENC) mais surtout par la nécessité de les "fixer" en Franche-Comté, notamment à travers le développement des contrats de service public, voire de bourses d'internat, comme cela a été expérimenté avec succès dans le nord de la région. D'autres dispositifs seront promus, notamment :

- des coopérations avec les médecins généralistes, dans le cadre des CMP ;
- des coopérations entre professionnels de santé, accompagnées de formations, avec délégation de tâches, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre coordonnateur ;
- la participation de psychologues cliniciens à la prise en charge et au suivi des patients souffrant de troubles mentaux, tant à l'hôpital, qu'en ambulatoire et en activité libérale.

Enfin, le développement par l'Université, de formations interdisciplinaires, serait de nature à faciliter ces coopérations (« internat » en psychologie clinique ; création d'un master spécialisé en psychiatrie pour les infirmiers) (cf. l'objectif 3.3).

A noter : certains sujets en rapport avec l'assistance médicale à la procréation, au diagnostic prénatal, à la périnatalité, à la petite enfance et aux maladies chroniques sont traités dans d'autres objectifs (1-3 et 1-4).

Objectif 2.4 : Dépister précocement les pathologies en particulier chez l'enfant et l'adolescent et faciliter leur prise en charge

a- Contexte

Des problématiques très diversifiées pour des risques mettant en cause l'avenir de certains jeunes

Au cours des dernières décennies, les progrès de la médecine, la mise en place de dispositifs organisationnels à dimension médico-sociale et l'amélioration des conditions de vie ont permis de réduire considérablement la mortalité au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ces évolutions sont aussi dues à un renforcement du suivi et de la prise en charge de la grossesse.

Aujourd'hui et dans les années à venir, ce sont avant tout le dépistage précoce et une meilleure organisation des soins offerts aux enfants et aux adolescents souffrant de pathologies, notamment chroniques, qui seront les deux enjeux majeurs. La réduction de la mortalité restera, quant à elle, modeste. C'est donc en termes d'amélioration du parcours de soins, de la qualité de vie, d'insertion scolaire et sociale que les progrès pourront se mesurer.

La difficulté tient au large spectre interventionnel que ces orientations recouvrent, allant des techniques médicales les plus sophistiquées, à des actions permettant d'adapter le milieu de vie des enfants concernés (à la maison ou en institution). Par ailleurs, l'ampleur des pathologies visées (maladies rares, troubles psychiatriques...) et des facteurs de risque en cause (alcool, tabac, vulnérabilité sociale...) font intervenir des spécialités et des acteurs très différents. Au total, c'est donc une approche pluri disciplinaire, pluri structurelle et pluri institutionnelle qui est nécessaire. Elle requiert beaucoup de coordination afin d'assurer à l'enfant et à sa famille un parcours sans rupture. L'enjeu à cet âge est de faire progresser au maximum l'espérance de vie sans incapacité majeure et préserver l'autonomie pour l'adulte de demain.

Les plans nationaux sur ce sujet sont diversifiés, avec certaines composantes parfois fortement médicalisées et d'autres plutôt médico-sociales ou sociales : plans maladies rares (2005-2008 / 2011-2014), plan en faveur des personnes sourdes et malentendantes (2010-2012) ou plan handicap visuel (2008-2011).

Face à cette situation, la Franche-Comté a commencé à fédérer les acteurs, notamment à travers certains réseaux de santé (périnatalité, troubles du langage...), des formations et des rencontres partagées, mais surtout la volonté des professionnels de la petite enfance et de l'adolescence de travailler ensemble dans une approche se rattachant aux fondements de la pédiatrie sociale.

b- Chiffres clés ³⁶

Des informations trop éparpillées et qui ne permettent pas toujours d'appréhender les problèmes de façon précise

En 2008, le nombre de jeunes âgés de moins de 25 ans en Franche-Comté était de 360 754, dont 214 395 de 0-14 ans.

Entre 2005 et 2006, 436 enfants de moins de 15 ans ont été admis chaque année en affection de longue durée (ALD) en Franche-Comté (soit 2 % de la totalité des nouvelles admissions).

³⁶ La santé des jeunes : vue d'ensemble : démographie, modes de vie, état de santé et offre de soins, La santé observée, novembre 2010, ORS de Franche-Comté.

Les affections psychiatriques de longue durée (psychoses, troubles de la personnalité...) constituent le principal motif d'admission (30 %). Suivent les formes graves des affections neurologiques et musculaires et épilepsies (17 %), puis les insuffisances cardiaques (11 %). Pour les 15 à 24 ans, 375 jeunes âgés de 15 à 24 ans sont concernés. Les affections psychiatriques de longue durée (psychoses, troubles de la personnalité...) constituent là aussi le principal motif d'admission (35 %). Suivent les tumeurs (11 %) et les formes graves des affections neurologiques et musculaires et épilepsies (10 %) (*Fiche SROS - Médecine*).

Plusieurs données permettent d'appréhender, dans la population des jeunes francs-comtois, un contexte de vie fragilisé, une vulnérabilité et des risques de difficulté d'insertion sociale (*Fiches SROMS Handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent – Réponses aux handicaps à prévalence régionale*). Parmi elles :

- en 2007, 2 682 enfants et adolescents ont été signalés comme étant maltraités ou en risque de danger, soit 1 % de la population des moins de 18 ans ;
- en 2008, parmi les 13 606 jeunes francs-comtois présents lors des journées d'appel de préparation à la défense, des difficultés de lecture et de compréhension du français ont été détectées chez 10,2 % d'entre eux ;
- dans les ménages allocataires CAF en Franche-Comté, 104 000 enfants étaient issus en 2008 "de ménages fragiles ou précaires".

c- Perspectives (*Fiches SRP - Périnatalité - Petite enfance - Maladies chroniques - Personnes handicapées et Fiches SROS – Périnatalité - Médecine*)

Poursuite des actions entreprises

Faciliter le dépistage, la coordination des services et le suivi de ces populations

Le travail en commun et l'amélioration de l'articulation entre les professionnels d'institutions différentes (PMI, santé scolaire, médecins de ville et établissements de santé) ont été amorcés en Franche-Comté depuis plusieurs années. Ils doivent encore progresser pour mieux dépister, prendre en charge et accompagner le plus précocement possible les enfants ayant des troubles ou des pathologies psychiques, physiques ou sensorielles, en particulier lorsque le lieu de vie est situé dans des zones éloignées, ou lorsque la famille est en situation de vulnérabilité. Pour ce faire, il est proposé de :

- soutenir l'action des réseaux qui agissent déjà dans le repérage des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensorielles des enfants (autisme, langage, handicap sensoriel, obésité...);
- s'assurer de la bonne articulation entre, d'une part, les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), les Centres Médico-psychopédagogique (CMPP), et d'autre part, les Centres Médico-psychologiques (CMP) et les Centres de Guidance Infantile (CGI), pour permettre un accompagnement de qualité et de proximité concernant les enfants relevant d'une pathologie neurologique et/ou psychiatrique ;
- organiser des rencontres thématiques avec les institutions concernées pour tracer la fluidité des parcours ;
- mettre en place, notamment pour les jeunes professionnels en formation, des stages afin de rendre plus lisible et concret l'ensemble du dispositif dédié à la prévention et à la prise en charge dans le champ de la petite enfance.

Le suivi à long terme des prématurés de moins de 33 semaines et des enfants en risque de développer un handicap a été entrepris dans la région. Il doit être consolidé, notamment en effectuant, un bilan spécifique et systématique relatif aux troubles des apprentissages et de motricité à 5-6 ans.

L'intégration en milieu ordinaire des enfants ayant des troubles ou pathologies psychiques, physiques ou sensorielles ou à risque d'en développer est à encourager et à renforcer en favorisant l'intégration scolaire des enfants ayant une maladie chronique ou un handicap au sein d'un projet d'accueil individualisé ou d'un projet personnalisé de scolarisation.



Nouvelles orientations

Mettre en place un conseil génétique performant et développer une gradation des soins lisible

La 1^{ère} orientation est liée à l'insuffisance des consultations de génétique en Franche-Comté qui souffre d'un important retard dans la structuration de la filière et génère, d'une part, un défaut de prise en charge, et d'autre part, un accès inégal de la population à ces consultations (**Fiche SROS - Caractéristiques génétiques**). Il est donc essentiel d'organiser au sein d'une filière structurée, les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes et de leur famille touchées par les problématiques de génétique constitutionnelle.

Une 2^{ème} orientation concerne la mise en place d'une organisation identifiée par pathologie (ou groupe de pathologies), avec une gradation explicite des soins sur l'ensemble de la Franche-Comté pour tous les enfants et les adolescents concernés (épilepsie, obésité, asthme, troubles du langage...).

Elle doit être réalisée entre les soins de première ligne, les consultations de recours pour avis et les prises en charge spécialisées, tant en pédiatrie qu'en pédopsychiatrie. Elle permettra d'améliorer la qualité et de réduire les délais d'attente pour les consultations et les examens spécialisés concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles et déficiences sensoriels, cognitifs, psychiques et psychomoteurs, des maladies chroniques et des maladies rares de l'enfant et de l'adolescent. Dans ce contexte, un des objectifs est d'organiser des liens réels entre pédiatres hospitaliers "sur-spécialistes" et médecin habituel de l'enfant mais aussi d'établir des protocoles conjoints de suivi.

La 3^{ème} orientation vise les enfants ou adolescents victimes de traumatismes crâniens (TC) (**Fiche SROS - Cérébrolésés**). Si leur nombre a diminué en raison de l'amélioration de la prévention, leur suivi reste essentiel pour éviter et/ou prendre en charge les séquelles possibles. Pour ce faire, il est proposé d'établir un carnet de suivi systématique (lié au dossier informatisé des urgences) de tous les patients présentant un TC dès leur entrée aux urgences (lorsqu'une hospitalisation est envisagée). Ce dispositif assurera un suivi à moyen et long terme des patients permettant de remobiliser une prise en charge si nécessaire, avec notamment une consultation systématique (ambulatoire ou hospitalière), à un an, des enfants ayant présenté un TC.

A noter : pour compléter ces propositions, il sera important de faire le lien avec les objectifs traitant de la grossesse et de la parentalité, de l'obésité et de l'autisme ainsi que plus généralement des questions liées aux maladies chroniques, à la psychiatrie et au handicap.

Objectif 2-5 : Optimiser la prévention et la prise en charge des addictions

a- Contexte

Un contexte très évolutif nécessitant des réponses concertées

Si l'alcool et le tabac restent les deux principales addictions des Français et des Franch-comtois, certaines drogues illicites (notamment le cannabis) et d'autres conduites addictives (le jeu pathologique, certaines conduites alimentaires, les cyberaddictions...) ont aujourd'hui une place non négligeable (*Fiche SRP - Addictions*).

La diversité des pratiques et de leurs évolutions nécessite donc leur suivi pour adapter au mieux l'offre de prévention et de soin : développement de consommations massives d'alcool en groupe ("binge drinking"), banalisation de la prise de haschich, féminisation de la consommation de tabac dont les conséquences sur la santé commencent à émerger (troubles respiratoires et cancers) (*Fiche SRP - Cancer*), consommation d'alcool et de tabac chez la femme enceinte et risques pour l'enfant à venir (*Fiche SRP et Fiche SROS - Périnatalité*), pluri-addiction chez de nombreux détenus (*Fiche SROS - Soins aux détenus*)...

Face à cette situation complexe et diversifiée, l'organisation de l'offre s'est unifiée autour du concept global d'addiction. Tout en reconnaissant la spécificité de chaque produit et conduite de soin, elle doit permettre une approche plus cohérente et plus efficiente en Franche-Comté.

La politique nationale en la matière se décline en région à travers, d'une part, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, piloté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) 2008-2011 (avec un nouveau Plan annoncé pour 2012-2015), et d'autre part, le programme sur "La prise en charge et la prévention des addictions", piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 2007-2011 (avec un nouveau Plan annoncé pour 2012-2016).

Dans ce contexte, le Schéma régional d'addictologie de Franche-Comté 2009-2013 a permis de consolider certaines orientations structurantes pour la région (*Fiche SRP - Addictions*).

b- Chiffres clés

Des informations peu stabilisées sur un sujet socialement sensible

Les données régionales en matière de consommation des produits addictifs sont relativement rares chez les adultes, plus documentées et plus récentes parmi la population des jeunes. Comme pour de nombreux indicateurs de santé, ceux propres à la Franche-Comté sont souvent proches de la moyenne nationale.

Pour l'alcool, la France reste un pays à forte consommation, en dépit d'une baisse régulière depuis plusieurs années. Le fait que la Franche-Comté soit proche du niveau français expose donc sa population à des risques importants, notamment pour les sujets adultes de sexe masculin. Concernant



les adolescents, en 2008, 27 % des jeunes Frانس-Comtois de 17 ans³⁷ déclaraient des ivresses répétées contre 25,6 % au niveau national.

La consommation moyenne régionale de tabac est inférieure à celle que l'on constate au niveau national (54 paquets versus 59 paquets de cigarettes par an). En 2008, l'usage quotidien du tabac par les jeunes frانس-comtois de 17 ans est comparable à la moyenne nationale (27 % versus 28,9 %).

Pour le cannabis, si l'expérimentation semble moins fréquente dans la région, l'usage régulier chez les jeunes Frانس-Comtois de 17 ans (10 %) est supérieur à la moyenne nationale (7,3 %). Par ailleurs, dans la région, 2 600 personnes bénéficient d'un traitement de substitution par buprénorphine (76,5 %) et 800 par méthadone (23,5 %). Ces données permettent d'approcher de façon indirecte, la population dépendante aux produits opiacés.

Au total, les addictions aux substances psycho-actives sont responsables en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et maladies, dont près de 40 000 par cancers.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Poursuivre le travail de structuration

Plusieurs dispositifs organisationnels ont été mis en place en Franche-Comté au cours des dernières années. Ils permettent de donner de la cohérence à la politique régionale en matière de lutte contre les addictions et d'améliorer la prise en charge (**Fiche SRP - Addictions**) :

- les 10 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont pour vocation l'accueil, l'information, la prise en charge médicale et psychologique mais aussi sociale et éducative ;
- les 4 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) assurent l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues (accès aux soins, aux droits, mise à disposition de matériel de prévention des infections...) ;
- les 5 Equipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ont pour mission, au sein des différents services des établissements de santé ou en extra hospitalier, de réaliser des sevrages, d'assister et de former les soignants sur les questions soin et d'orienter les patients aux urgences et pendant l'hospitalisation (dans le champ de l'addictologie) ;
- les consultations externes en addictologie dans les hôpitaux (tabac, alcool, toxicomanie, jeux, médicaments...).

Ces dispositifs devront être consolidés au cours des prochaines années pour répondre aux besoins non couverts, en particulier dans des secteurs géographiquement isolés et sur la zone frontalière (**Fiche SROMS - Personnes vulnérables**).

Par ailleurs, une organisation régionale récente (2011) des réseaux en addictologie (regroupés en Groupement de coopération social ou médico-social – GCSMS), permet d'impulser un travail de concertation régionale fructueux entre tous les acteurs concernés et des axes de travail communs. Cette dynamique devra être poursuivie, notamment avec le réseau régional de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

³⁷ La référence à l'âge de 17 ans correspond aux enquêtes périodiques effectuées lors des journées d'appel et de préparation à la défense.



Nouvelles orientations

Dépister précocement, agir auprès de certaines populations à risque et faire le lien avec le champ de la psychiatrie et du médico-social

La 1^{ère} orientation concerne la *prévention des addictions chez la femme enceinte* à travers le relais des campagnes nationales, la formation et l'accompagnement des gynécologues obstétriciens, des généralistes et des sages femmes (notamment pour aborder ce thème lors de l'entretien prénatal précoce) et la promotion auprès des maternités de la région du concept de "Maternité sans tabac" (*Fiches SRP et SROS - Périnatalité*).

La 2^{ème} orientation porte sur la nécessité de *rendre accessible la prévention* à certains adolescents ou jeunes rarement touchés : *les apprentis et les étudiants*.

La 3^{ème} orientation consiste à mettre en œuvre *un chainage de la prise en charge* allant du repérage précoce (avec une amélioration des pratiques professionnelles et la formation des soignants à "l'intervention brève") jusqu'à la création d'une nouvelle unité de séjour thérapeutique en addictologie (*Fiche SROS - SSR*), en passant par un renforcement des liens avec la psychiatrie (mise en place de plateformes de coordination rattachées aux établissements sanitaires de référence) (*Fiche SROS - Psychiatrie*) et un accompagnement médico-social ou social consolidé (notamment pour l'hébergement) (*Fiche SROMS - Publics vulnérables*).

Enfin, la 4^{ème} orientation concerne *les personnes sous main de justice* : pour cette population, l'objectif est, d'une part, d'améliorer le dispositif de l'offre de soins somatiques en milieu carcéral (intervention des structures d'addictologie auprès des personnes détenues et suivi lors de leur sortie), et d'autre part, de développer les actions de prévention et de réduction des risques (*Fiche SROS - Soins aux détenus*).



Objectif 2-6 : Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou rare

a- Contexte (Fiche SRP - Education thérapeutique du patient et Fiches SROS - Maladies Chroniques - Médecine)

La transition épidémiologique modifie profondément la démarche de soin

Les sujets atteints de maladies chroniques³⁸ vivent de plus en plus longtemps avec leur affection. Cette évolution est en grande partie attribuée au progrès de la médecine. Elle a une double conséquence. D'abord, l'affection de longue durée a un retentissement important sur la vie quotidienne et peut détériorer la qualité de vie de la personne atteinte. Par ailleurs, la prise en charge de ce type d'affection doit être partagée entre le soignant et le soigné, dans un contexte familial, professionnel et personnel à prendre en compte. Cette nouvelle posture bouleverse les relations de soins habituelles et nécessite, de part et d'autre, une évolution des approches en matière de prise en charge et d'organisation, intégrant fortement les dimensions médico-sociales et sociales.

Dans ce contexte, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, 2007-2011³⁹, les plans sur les maladies rares et différents rapports, recommandations (HAS/INPES) et dispositions de la loi HPST (décrets et arrêtés de 2010) sur l'Education thérapeutique du patient (ETP), donnent de nouvelles perspectives à la prise en charge des maladies chroniques.

En Franche-Comté, des démarches innovantes d'ETP ont été mises en place dès les années 1990 et ont trouvé à partir du début des années 2000 une assise organisationnelle.

Les questions relatives à la prévention primaire (agir sur les déterminants de santé : tabac, alcool, alimentation, activité physique...) et à la prévention secondaire (développer les dépistages : cancer, maladies rares, maladies infectieuses persistantes - VIH/hépatite C/Tuberculose -, Accident vasculaire cérébral et HTA, Insuffisance rénale chronique...) sont abordés dans d'autres objectifs (notamment 1-3, 1-4, 2-1 et 2-2).

b- Chiffres clés (Fiche SRP - Education thérapeutique du patient et Fiches SROS - Maladies Chroniques - Médecine)

Des populations de plus en plus importantes nécessitant une organisation graduée et de proximité

On estime que 20 à 25 % de la population française est touchée par une maladie chronique, ce qui représente pour la Franche-Comté près de 300 000 personnes. En 2009, le nombre de sujets en Affections longue durée (ALD) pour le régime général était dans la région de 234 000 avec un nombre de nouvelles admissions de 17 600 par an. Environ 80 % de ces ALD concernaient quatre types de pathologies : affections cardio-vasculaires (32 %), tumeurs (25 %), diabète (18 %) et psychoses (7 %).

³⁸ Les maladies chroniques comprennent : 1. des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ; 2. des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ; 3. des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C ; 4. des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...), la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies (par exemple, l'ablation d'une grande partie de l'intestin).

³⁹ Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
<http://www.sante.gouv.fr/plan-pour-l-amelioration-de-la-qualite-de-vie-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-2007-2011.html>

En Franche-Comté, on peut estimer entre 55 et 73 000, le nombre de personnes atteint d'une maladie rare⁴⁰.

Par ailleurs, il est fait le constat que les populations vulnérables sont plus concernées par les maladies chroniques précoces en raison d'une exposition forte à certains déterminants de santé, d'un dépistage tardif et d'un accès aux soins difficile.

c- Perspectives (Fiche SRP - Education thérapeutique du patient et Fiches SROS - Maladies Chroniques - Médecine)

Poursuite des actions entreprises

Une inscription de l'éducation du patient dans la durée

Depuis 2003, un programme régional d'ETP a été mis en place par plusieurs institutions qui constituent aujourd'hui l'ARS. Ces axes de développement sont appelés à se renforcer au cours des prochaines années :

- mise en place de formations en ETP de plusieurs niveaux (niveau 1, destiné aux acteurs de terrain ; niveau 2, Diplôme Universitaire pour les personnes en responsabilité dans ce champ) ; ces sessions sont renouvelées chaque année et concernent plusieurs centaines de professionnels et de patients ("experts") ;
- organisation de l'offre en milieu hospitalier autour d'Unités transversales en éducation thérapeutique (UTEP), dans les principaux centres hospitaliers de la région ;
- développement de l'offre en ambulatoire à travers les réseaux de santé, les regroupements de professionnels (maisons, pôles et centres de santé) et les forfaits ETP mis en œuvre aujourd'hui principalement dans le cadre des nouveaux modes de rémunération ;
- mise en place de la *procédure d'autorisation des programmes* d'ETP qui s'inscrit au sein d'une démarche qualité (cahier répondant aux critères de la HAS) et a permis la reconnaissance de 78 programmes.

Nouvelles orientations

Développer un parcours de vie sans rupture

La 1^{ère} orientation a pour objectif de mettre *le patient au cœur du dispositif*, non seulement à travers la démarche d'ETP, mais aussi en renforçant le rôle des associations de patients, notamment pour le soutien psycho-social.

La 2^{ème} orientation vise à *établir une cartographie des programmes autorisés, de les suivre, de les évaluer mais aussi de prioriser les besoins en ETP*, tant en termes de pathologies ou de thérapeutiques à prendre en charge, qu'au niveau des secteurs géographiques à couvrir et de répartition de l'offre entre établissements de santé et en ambulatoire.

La 3^{ème} orientation consiste à mettre en place *un nouveau programme régional de développement spécifique à l'ETP*, dans la continuité de celui de 2003, avec en particulier les axes de formation et d'organisation (qui tiendra compte des 4 autres orientations).

La 4^{ème} orientation concerne le développement d'un outil permettant de faciliter l'organisation de l'offre d'ETP, notamment en ambulatoire. Pour ce faire, *une plateforme régionale ressource en ETP* sera expérimentée. Elle aura des missions en matière de formation, conseil, accompagnement et éducation. Elle s'attachera à mettre en place des outils de coordination et de communication (Dossier d'éducation, télémédecine) et à promouvoir des programmes plus généralistes en soins de 1^{er} recours (patients poly pathologiques, patients IRC) ou auprès de populations spécifiques

⁴⁰ site du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr/les-maladies-rares.html

(enfants/adolescents, personnes vulnérables) (*Fiches SROS – Périnatalité - Insuffisance rénale chronique et Fiche SROMS - Personnes vulnérables*).

La 5^{ème} orientation s'attachera à favoriser *l'articulation entre le médical, le médico-social et le social (parcours sans rupture)* autour du patient "malade chronique" et de ses proches, à travers le développement sur l'ensemble du territoire franc-comtois d'une offre de proximité en matière de coordination d'appui, de plateformes de services médico-sociales et sociales, d'appartements de coordination thérapeutique, d'un accompagnement pour favoriser l'inclusion scolaire (projets d'accueil individualisé et des projets personnalisés de scolarisation), la formation et l'insertion professionnelle et pour faciliter l'accès aux droits liés au handicap (*Fiches SROMS et Fiche SRP - Maladies infectieuses*).



PRIORITE 3 :

**Développer de nouvelles formes de
coordination de l'offre de sante entre les
professionnels autour de l'usager**

Objectif 3.1 : Améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements et les coopérations entre les professionnels de santé

a- Contexte

Le 1^{er} recours au cœur de la nouvelle organisation

La question de l'offre de santé est souvent abordée à travers la démographie des professions de santé : "demain, aurons-nous encore, près de chez nous, un médecin pour nous soigner ?". La tension actuelle, perceptible particulièrement dans les zones rurales et urbaines sensibles, exacerbe les inquiétudes. Mais derrière toutes ces craintes, se posent des interrogations plus fondamentales liées à l'organisation de la santé de demain, et bien au-delà, à celle de l'offre en matière médico-sociale et sociale (*Fiches SROMS*).

Dans cette perspective, la conjonction de différents facteurs influant l'organisation des soins doit nous conduire à une réflexion plus large afin de répondre de façon pertinente aux besoins de santé des Franches-Comtois dans les 5 années à venir. Ces déterminants sont d'origine et de nature très variées : augmentation spectaculaire du nombre de malades chroniques et de personnes dépendantes (*Fiche SRP - Maladies chroniques* et *Fiches SROMS - PA Consolider l'offre d'accueil en EPHAD - Prise en charge des personnes âgées vieillissantes*), filière de soins actuellement très hospitalo-centrée (*Fiche SROS - Médecine*), jeunes professionnels souhaitant des conditions de travail différentes de celles de leurs aînés, modalités de rémunération peu diversifiées au regard des nouvelles perspectives de prise en charge, technologies de l'information largement prometteuses (informatisation du dossier médical personnel, télémédecine...) mais dont l'appropriation reste complexe, ouverture possible à d'autres modalités de coopération entre professionnels devant s'accompagner d'une forte évolution des mentalités, rôle nouveau revendiqué par les patients dans la relation de soins, avec notamment une prise en charge partagée pour les malades chroniques à travers l'éducation thérapeutique (*Fiche SRP - Maladies chroniques*)...

Au cours des années 2000, trois lois ont fait évoluer en profondeur les perspectives de l'offre de santé en France et son contexte organisationnel :

- la loi de 2002, droits des malades et qualité du système de santé⁴¹ ;
- la loi de 2004 relative à l'Assurance maladie qui a notamment introduit la notion du médecin traitant (à la suite du dispositif "médecin référent")⁴² ;
- la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)⁴³.

C'est ce dernier texte, qui constitue le document de référence pour les orientations proposées dans ce Programme régional de santé. Il définit notamment les soins de 1^{er} recours et la place du médecin généraliste.

Depuis plusieurs années, la Franche-Comté a développé des initiatives innovantes dans ce champ : travaux avec l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) et la CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole) sur la notion de territoire de santé, dynamique autour des maisons de santé avec la 1^{ère} Fédération régionale et le 1^{er} colloque en France sur ces nouveaux modes d'organisation, mise en place d'une équipe d'appui "Territoires et santé" au service des

⁴¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

⁴² Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

⁴³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

professionnels et des collectivités territoriales, régulation régionale dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, développement des nouveaux modes de rémunération, mise en place d'une plate-forme pour l'implantation du Dossier médical personnel (DMP) et de la télémédecine, nombreux programmes d'éducation du patient, cellule d'accueil et de suivi des internes... Cette richesse est le fruit d'un partenariat fructueux entre les professionnels et les institutions de santé.

Enfin, le choix fait dans la région de privilégier deux niveaux majeurs d'organisation territoriale (la région et les territoires de proximité) permet d'accorder une place centrale à l'offre de 1^{er} recours et à sa nouvelle organisation.

b- Chiffres clés (Fiche SROS - Ambulatoire)

Des territoires définis pour mieux organiser l'offre de santé

Afin d'identifier les territoires prioritaires en termes d'aides financières destinées aux professionnels de santé en Franche-Comté (population, superficie, professionnels concernés), une méthodologie originale a été adoptée, combinant plusieurs approches complémentaires.

Tout d'abord, la réalisation d'un score de fragilité multicritère permettant d'identifier les zones géographiques de la région les plus fragiles en termes d'offre. Pour ce faire, 12 paramètres quantitatifs ont été retenus et sont observés sur l'ensemble des communes de la région. Ils sont de 3 types :

- *concernant la population* : le pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans et la part de la population en ALD ;
- *concernant les professionnels de santé* : la densité en médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes, la distance d'accès au médecin et au kinésithérapeute le plus proche, la part des médecins généralistes de plus de 60 ans ;
- *concernant la présence d'établissements ou services* : la densité en places d'hébergement du type EPHAD, la distance au service d'urgence le plus proche, la densité en places de SSIAD rapportés à la population des 75 ans et plus.

La deuxième approche répond à une logique de maillage régional visant à préserver au mieux l'offre de soins de 1^{er} recours ambulatoire. Partant du constat, largement partagé, qu'il est inutile de vouloir imposer la création de Maisons de santé pluridisciplinaires dans des secteurs où il n'y a plus de professionnels de santé, voire où il n'y en a jamais eu, ont été recensés :

- d'une part, les maisons de santé qui ont commencé à fonctionner au cours des 3 dernières années et qui sont implantées en milieu rural ;
- d'autre part, les projets connus et qui paraissent répondre à un besoin (contribution à une bonne répartition de l'offre de soins de 1^{er} recours, implantation prévue permettant de desservir les zones "fragiles", projet à l'initiative des professionnels de santé avec un vrai projet de santé et susceptible de conforter l'offre existante).

La définition de ces zones "prioritaires" résulte également d'un travail mené avec les acteurs de terrain lors des réunions de travail sur le volet ambulatoire du SROS. Il a ainsi été tenu compte des informations détenues par ces professionnels de santé sur l'évolution à court terme de l'offre de soins.

La définition des zones prioritaires pour l'offre de soins de 1^{er} recours ambulatoire aboutit donc à la prise en compte de 134 447 habitants (limite fixée suivant des critères nationaux). Actuellement, 153 médecins généralistes travaillent dans les 229 communes ciblées.

En complément de ces zones prioritaires, deux autres découpages sont prévus :

- *les territoires de proximité* répondant aux critères d'accès à l'offre de soins de 1^{er} recours ambulatoire (en cohérence avec la définition donnée dans la loi HPST) et qui s'articuleront autour de trois grandes fonctions :

1. l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
 2. le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social) ;
 3. le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.
- les territoires de permanence des soins ambulatoires qui seront déterminés dans le cadre d'un cahier des charges régional et après concertation au sein de chaque département (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires).

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Des regroupements vecteurs d'innovation

Le regroupement de professionnels de santé est un mouvement amorcé il y a plusieurs années en Franche-Comté. Cependant :

- il ne concerne qu'un nombre encore très limité de professionnels de santé (10% des médecins généralistes exercent en maison ou pôle de santé ou sont engagés dans un projet de ce type) ;
- il ne s'accompagne pas toujours d'un vrai projet de santé fédérateur et partagé ;
- le bâti (maison) ne doit pas être systématiquement privilégié et l'organisation en pôle est aussi à promouvoir.

L'équipe d'appui "Territoires et santé" poursuivra donc son travail d'accompagnement et de suivi des professionnels de santé volontaires. La Charte entre les différents partenaires de cette équipe vient d'être renouvelée (ARS/Région/FEMASAC/MSA)⁴⁴.

Cette dynamique s'inscrit dans de nouvelles perspectives :

- statut juridique plus favorable (Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires - SISA) ;
- Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) avec l'ARS qui pourra, dans certaines circonstances, être couplé avec un Contrat local de santé (CLS) signé avec la ou les collectivités territoriales concernées ;
- nouveaux modes de rémunération avec la possibilité de développer d'autres modules (protocoles de coopération, forfaits...) ;
- articulation plus formalisée avec le champ du médico-social et du social (**Fiches SROMS - Personnes âgées et handicapées**).

Nouvelles orientations

Accompagner les professionnels et futurs professionnels dans un cadre pluridisciplinaire

Une 1^{ère} orientation consiste à mettre en place une *Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)*. Elle repose pour partie sur des initiatives passées qui sont appelées à se fédérer : cellule d'accueil et de suivi des internes, lettre électronique des internes, aide financière pour des stages en zones éloignées, soutien au développement et à l'animation des maîtres de stage (Collège des enseignants de médecine générale)... La PAPS vise donc à donner une cohérence et une durabilité à l'accompagnement des professionnels de santé, de leurs études jusqu'à leur installation. Cette plateforme regroupe, depuis le 1^{er} juillet 2011, toutes les offres de service des partenaires régionaux.

⁴⁴ Charte de partenariat relative à l'amélioration de la répartition de l'offre de santé de premier recours sur le territoire franc-comtois
http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Presse/CharteRepartitionPS_04.07.2011.pdf

Elle s'appuie sur un mini site internet⁴⁵ mais surtout bénéficie d'une équipe dédiée de l'ARS, composée de 4 personnes. Elles sont les interlocuteurs privilégiés ("les référents") des professionnels et futurs professionnels. Une adresse mail unique (ARS-FC-PAPS@ars.sante.fr) et une ligne téléphonique spécifique permettent de faciliter les contacts.

La 2^{ème} orientation vise à développer *les protocoles de coopération* entre professionnels de santé. Ils sont définis dans la loi HPST comme "le transfert d'activités ou d'actes de soins entre professionnels de santé et la diversification des compétences". Ils concernent tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux quels que soient leur secteur et leur cadre d'exercice. En Franche-Comté, il a été décidé dans un 1^{er} temps de mettre l'accent sur leur développement dans le champ ambulatoire, notamment au sein des regroupements de professionnels de santé, et ceci pour deux raisons :

- le caractère pluridisciplinaire de ces structures ;
- la possibilité d'avoir un cadre de financement (les nouveaux modes de rémunération).

Ces protocoles proposent donc une démarche dérogatoire aux règles d'exercice de chacun des professionnels puisqu'elles les autorisent à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas permis par les textes régissant leur exercice professionnel. Les objectifs de ces coopérations sont principalement de trois ordres :

- améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins ;
- optimiser la ressource médicale et paramédicale ;
- valoriser des missions insuffisamment réalisées (prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique...) et améliorer la réponse aux demandes des patients (positionnement dans le parcours de soins).

A noter : plusieurs autres orientations concernant cet objectif sont abordées dans différentes priorités et/ou objectifs :

- la formation (cf. l'objectif 3 de la priorité 3),
- les systèmes d'information et la télémédecine (cf. l'objectif 2 de la priorité 3),
- l'éducation thérapeutique du patient (**Fiche SRP - Education thérapeutique du patient**),
- les sorties d'hospitalisation (cf. l'objectif 2 de la priorité 3),
- les transports (cf. l'objectif 2 de la priorité 3).

⁴⁵ http://www.franche-comte.paps.sante.fr/PAPS_franche-comte.112758.0.html



Objectif 3.2 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social)

a- Contexte

Des évolutions majeures dans l'organisation de l'offre de santé

Si la présence d'un généraliste, proche du domicile, est une préoccupation de beaucoup de Français et de Frانس-Comtois (cf. l'objectif 1 de la priorité 3), de nombreux questionnements portent aussi sur sa disponibilité pour des consultations sans rendez-vous ou en période de vacances, la gestion des urgences vitales (rapidité et efficacité), la proximité et l'accessibilité de certaines spécialités et plateaux techniques (problème des listes d'attentes), l'organisation des sorties d'hospitalisation...

L'ensemble de ces interrogations pose la question du parcours de santé pour des usagers dont il faut assurer la continuité de la prise en charge, sans rupture, dans un chemin de plus en plus long (maladies chroniques) au sein d'une organisation très complexe. En effet, cette dernière fait intervenir des professionnels et des structures œuvrant dans de multiples champs, trop souvent cloisonnés : prévention, soins, médico-social, social.

La gradation des soins est un enjeu majeur et doit permettre :

- de sortir d'une attractivité hospitalière d'amont (arrivée aux urgences d'une population qui ne devrait pas s'y trouver) et d'aval (difficulté d'avoir une filière de sortie de l'hôpital organisée pour les patients),
- une solidarité régionale en matière d'offre de santé, tenant compte des ressources existantes (professionnels de santé, établissements...), tout en garantissant la qualité (efficience).

La loi HPST donne un rôle important au 1^{er} recours, donc à la proximité ainsi qu'au médecin généraliste (cf. l'objectif 1 de la priorité 3). Ses missions sont notamment "d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social, s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients (...), s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé". Le 2^{ème} recours est quant à lui organisé autour des spécialistes (autres que les généralistes) qui sont en ville et à l'hôpital. Le 3^{ème} recours est positionné autour du CHU et de certains Centres hospitaliers. Bien évidemment, tous les équipements et les spécialités professionnelles (offre de 2^{ème} et 3^{ème} recours) ne peuvent être présents partout. Pour pallier cette difficulté, la loi HPST facilite le développement d'outils collaboratifs, en particulier le Dossier médical personnel (DMP) et la télémédecine. Par ailleurs, de nouvelles techniques permettent des prises en charge facilitées en ambulatoire (chimiothérapie, dialyse péritonéale, chirurgie...) dans de bonnes conditions, sous réserve qu'elles soient organisées. Enfin, les protocoles de coopération entre professionnels de santé, avec transfert de tâches dans un cadre prévu par la loi, peuvent être un élément facilitateur, en ambulatoire (cf. l'objectif 1 de la priorité 3) mais aussi à l'hôpital et dans le champ médico-social.

La Franche-Comté a engagé depuis plusieurs années un programme de restructuration des établissements, notamment hospitaliers (*Fiche SROS - Chirurgie*). Si la chirurgie ambulatoire accuse encore un certain retard, la dialyse péritonéale est particulièrement développée par rapport à d'autres régions françaises (*Fiche SROS - Insuffisance rénale chronique*) et la chimiothérapie ambulatoire est en cours de déploiement (*Fiche SROS - Cancérologie*). La télémédecine a déjà permis une amélioration importante des prises en charges, notamment pour les accidents vasculaires cérébraux (diminution des pertes de chance sur l'ensemble du territoire) (*Fiche SROS - Cérébro-lésés*) et la Franche-Comté est une des 5 régions d'implantation du DMP.

Enfin, la réorganisation de la cancérologie autour d'un Institut régional fédératif du cancer répond à ce souci de bénéficier de la même qualité de prise en charge quel que soit le lieu de résidence et de soins (cf. l'objectif 1 de la priorité 2).

Au total, ces évolutions sont importantes, car elles vont permettre d'améliorer la prise en charge des malades, notamment dans leur milieu de vie habituel. Cependant, elles requièrent une grande vigilance pour garantir la qualité, la sécurité et l'accessibilité dans une organisation sensiblement modifiée.

b- Chiffres clés

Une offre hospitalière pour partie restructurée mais qui doit mieux s'articuler avec l'ambulatoire et le médico-social

Les données sur la démographie des professions de santé sont présentées dans l'objectif 3 de cette priorité 3 et celles sur les structures médico-sociales dans l'objectif 4.

Les établissements de soins dans la région sont au nombre de 48 dont un Centre hospitalier universitaire (CHU) à Besançon, 16 Centres hospitaliers (9 avec au moins une activité de médecine, 3 à orientation psychiatrique, 4 avec une activité de soins de suite et/ou de réadaptation), 7 Centres hospitaliers de proximité (ex hôpitaux locaux), 7 établissements privés avec au minimum de la chirurgie, 3 Centres hospitaliers dédiés exclusivement aux soins de longue durée, 2 établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) couvrant la région, 5 établissements privés de réadaptation fonctionnelle avec ou sans soins de suite, 3 établissements privés de soins de suite, 1 Maison de santé pour maladies mentales, 1 Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente, 1 Centre de postcure, 1 établissement pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (hors centres lourds).

En termes d'activité, la répartition se fait de la manière suivante :

- 213 000 entrées en hospitalisation complète court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique - MCO) en 2007 ;
- un peu moins de 10 000 entrées en psychiatrie ;
- près de 40 000 venues pour des actes de chirurgie ambulatoire ;
- de l'ordre de 47 000 journées de prises en charge en hospitalisation à domicile ;
- 600 000 consultations et soins externes.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Eviter les ruptures dans les parcours de santé

Les urgences

(Fiches SROS - Urgences - Ambulatoire)

L'activité de médecine d'urgence constitue une mission de service public. Sa structuration doit donc permettre de garantir à tout patient l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

En pré-hospitalier :

- *Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse téléphonique du centre 15* par la consolidation de la coordination entre les régulations libérale et hospitalière et par la mise en œuvre d'une régulation régionale unique sur le site du CHU, lors de l'ouverture du nouvel hôpital de Belfort Montbéliard,



- Assurer une prise en charge de qualité des détresses vitales en moins de 30 minutes par une harmonisation de l'organisation des transports SMUR à l'échelle de la région, le développement des transports sanitaires hélicoptérés, la mise en cohérence des Schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et régional d'organisation des soins SROS, et par la coordination des transports ambulanciers avec la création d'une plateforme ambulancière régionale,
- Améliorer les filières de prise en charge des patients, afin d'une part, de lisser les flux de malades et leur permettre de se trouver dans les bonnes filières, et d'autre part, d'améliorer l'orientation en amont et en aval des urgences :
 - . en amont, en lien avec le SROS ambulatoire par le cahier des charges régional sur la permanence des soins ainsi qu'avec le SROSMS et notamment l'articulation avec les EHPAD (cf. l'objectif 2 de la priorité 4),
 - . en aval, en lien avec le SROS médecine (pour une prise en charge différenciée aux urgences des personnes âgées et des malades chroniques), le SROS santé mentale (cf. l'objectif 3 de la priorité 2), le SROS périnatalité (cf. l'objectif 4 de la priorité 1), le SROS cérébro-lésés pour la filière propre aux AVC.

En intra-hospitalier :

- Disposer d'un Répertoire opérationnel des ressources (ROR) actualisé afin de rendre plus efficaces les moyens hospitaliers existants et disponibles à chaque moment, moyens qui seront d'ailleurs influencés par la restructuration des plateaux techniques.
- Améliorer le fonctionnement des services d'urgence en étendant la couverture temporelle de l'Infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) : dispositif H24 pour les établissements ayant un nombre important de passages aux urgences.
- Mettre en œuvre une meilleure articulation entre les Unités d'hospitalisations de courte durée (UCHD) et les Unités de surveillance continue (USC) en réanimation.

Au niveau du système d'information et de la télémédecine

L'Observatoire régional des urgences, issu du Réseau régional des urgences⁴⁶ (RRU), est en charge de l'exploitation des données remontées par les systèmes d'information des urgences afin de pouvoir décrire l'activité en particulier quantitative des urgences de la région. L'objectif est d'améliorer le recueil et la qualité des données sur les urgences dans la région mais également le périmètre et la nature des données qui sont remontées, afin de mieux éclairer les décisions à prendre.

Le RRU est également en charge de définir les besoins des urgentistes et des régulations 15 en particulier concernant le ROR, d'en étudier la faisabilité opérationnelle et de produire un cahier des charges. C'est le GCS Emosist qui est responsable du développement et du système d'exploitation du ROR.

Pour la télémédecine, les objectifs sont doubles (cf. le Programme régional de télémédecine de ce Projet régional de santé) :

- améliorer l'interopérabilité entre les outils communicants utilisés par le centre de réception et de régulation des appels et la plate-forme d'information et de téléconseil régionale permettant de désengorger les urgences gérées par l'ACORELI ;
- améliorer les outils d'aide au diagnostic.

La chirurgie

(Fiche SROS - Chirurgie)

Le schéma cible de l'organisation régionale de la chirurgie repose en premier lieu sur la gradation des niveaux de prise en charge. Il tient compte de la démographie médicale défavorable en Franche-Comté :

⁴⁶ Constitué des établissements sanitaires disposant d'un service d'urgences.

- le niveau de proximité doit permettre une prise en charge de la chirurgie viscérale et de l'orthopédie - traumatologie ;
- le niveau de recours doit pouvoir donner l'accès dans des conditions de sécurité, grâce à une régulation de qualité, à des soins chirurgicaux spécialisés en cas d'urgence. Ce niveau sera défini par spécialité chirurgicale, en fonction de l'organisation envisagée pour la permanence des soins des établissements de santé (voir ci-après) ;
- le niveau régional comprend des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux, à l'exception de celles faisant l'objet d'une organisation interrégionale. Il assure aussi l'ensemble de l'offre de services y compris des soins de proximité. On y trouve la chirurgie spécialisée et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation ;
- le niveau inter-régional concerne la prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque.

Ce schéma met aussi l'accent sur le développement de la chirurgie ambulatoire (cf. le Programme régional de gestion du risque de ce Projet régional de santé) et la permanence des soins, notamment celle qui permet l'accès à une prise en charge des urgences chirurgicales 24 heures sur 24. Une analyse de risque (délai d'accès, nécessité d'un environnement spécifique ou d'un plateau technique spécialisé, fréquence des événements critiques, densité de la population) sera menée au niveau régional en chirurgie, et en priorité pour les spécialités chirurgicales suivantes : urologie, ORL, ophtalmologie, chirurgie vasculaire. A partir de cette cartographie, une procédure régionale sera formalisée, reposant sur une organisation opérationnelle 24 heures sur 24.

Enfin, la mise en place de *Communautés hospitalières de territoire*⁴⁷ (nouvelle organisation prévue par la loi HPST), mais aussi des coopérations entre le secteur public et privé, devraient faciliter la gradation des recours, en chirurgie comme dans les autres spécialités.

Les différentes spécialités, notamment médicales

(Fiche SROS - Médecine)

La gradation des soins de médecine hospitalière est organisée de la façon suivante :

- niveau de proximité (activité concentrée sur la médecine, hors permanence des soins, structure d'urgence ou antenne de SMUR possible) ;
- niveau des plateaux techniques de recours infrarégional (obligation de Permanence des soins en établissement de santé - PDES, accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, plateaux techniques d'imagerie et de biologie) ;
- niveau de recours régional : CHU.

Elle doit permettre l'adéquation des séjours de médecine en recentrant l'hospitalisation sur les soins aigus. Pour ce faire, l'articulation avec la médecine de ville (médecin généraliste et autres spécialités) (Fiche SROS - Ambulatoire) et le champ du médico-social est essentielle (Fiches SROMS). Il est donc nécessaire d'organiser des filières de prise en charge spécialisées (2^{ème} et 3^{ème} recours) qui consolident, voire renforcent l'offre de proximité sur les territoires, en tissant des liens entre les professionnels de santé au sein de chacune des spécialités.

Dans cette perspective, une attention particulière sera portée :

- à la médecine polyvalente - gériatrie avec notamment une régulation de l'accès direct des personnes âgées aux urgences, une meilleure organisation de la gradation des prises en charge entre les différents niveaux de recours en médecine (voir plus haut) mais aussi avec les soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, les hospitalisations de jour, les consultations externes (dont certaines peuvent être avancées), les équipes mobiles et les soins de support ;

⁴⁷ Loi HPST Art. L. 6132-1. - "Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine"

l'objectif est de structurer en Franche-Comté une véritable filière de gériatrie (**Fiche SROMS - PA Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD**) ;

- aux plateaux techniques de Permanence des soins en établissement de santé (PDSES), en organisant la gradation des plateaux techniques médicaux de la région par spécialité médicale et dans le cadre des niveaux généraux de gradation des soins (*voir plus haut*).

Concernant *l'insuffisance rénale chronique*, la Franche-Comté bénéficie d'une offre de dialyse bien organisée, mais qui peut-être améliorée en la rééquilibrant sur le territoire de santé régional, en la diversifiant et en renforçant l'offre de soins de proximité (**Fiche SROS - Insuffisance rénale chronique**).

Quatre objectifs seront poursuivis :

- favoriser les prises en charge en Unité de dialyse médicalisée (UDM) de proximité et renforcer les Unités d'auto-dialyse (UAD) en zone de proximité notamment en complément des activités d'UDM de proximité ;
- faciliter le développement de l'hémodialyse à domicile en bénéficiant des évolutions technologiques (nouveaux générateurs simplifiés) ;
- utiliser la télémédecine pour améliorer l'offre de proximité ;
- faciliter l'accès à la dialyse péritonéale, en particulier, dans les structures de soins et d'hébergement (type EHPAD) (**Fiche SROMS - PA Démarche qualité en EHPAD**).

Le terme « cérébro-lésés » concerne deux groupes pathologiques pourvoyeurs de la majorité des patients cérébro-lésés : les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et les Traumatismes Crâniens (TC) ou médullaires (TM) (**Fiche SROS - Cérébro-lésés**). Les trajectoires de soins des malades cérébro-lésés sont très proches en terme d'organisation des filières de prise en charge et nécessitent une coordination des actions au sein de filières organisées entre les champs sanitaire et médico-social (*pour les spécificités propres aux TC et aux TM, on se reportera à la Fiche SROS - Cérébro-lésés*).

Les principes de l'organisation graduée des soins reposeront sur :

- un regroupement de patients cérébro-lésés au sein de services ou d'unités identifiées ;
- la structuration des unités de prise en charge pour les patients victimes d'AVC : UNV (Unités neuro-vasculaires) composées de lits aigus et de lits subaigus ;
- une gradation des structures de prise en charge selon trois niveaux (niveau de proximité, Unité neuro vasculaire – UNV, Unité neuro-vasculaire de recours-UNVR) ;
- l'utilisation de la télémédecine pour faciliter la coordination et la continuité de prise en charge des patients ;
- une formalisation par le biais de contrats passés entre les structures de prise en charge au sein de chacune des filières, afin de faciliter le suivi à long terme des patients et de leur famille dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social (SSR existants, les structures et services d'aide et d'accompagnement à domicile...).

La Franche-Comté a été dotée dès 1999 de moyens et d'une organisation pensée dans une visée d'équité de l'offre et de facilitation d'accès aux soins palliatifs (**Fiche SROS - Soins palliatifs**). Les objectifs poursuivis dans le cadre de ce Projet régional de santé sont de deux ordres, en termes de gradation de l'offre :

- conforter et poursuivre l'organisation territoriale, notamment en finalisant la création d'une Unité de soins palliatifs au Centre hospitalier de Belfort Montbéliard, en soutenant le développement de l'Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) et en couvrant le territoire régional par la coordination d'appui ;
- développer la pratique des soins palliatifs dans le secteur médico-social dans les établissements médico-sociaux (EHPAD, foyers-logements, Maison d'accueil spécialisée...) mais aussi en contribuant au maintien à domicile des personnes relevant de soins palliatifs (**Fiche SROMS - Démarche qualité en EHPAD**).

L'organisation territoriale pertinente pourra alors se définir, en partant de l'implantation des Equipes mobiles de soins palliatifs - EMSP (zone de couverture des EMSP et de la coordination d'appui) et en travaillant le lien EMSP / coordination d'appui / domicile / HAD (**Fiche SROS - Hospitalisation à domicile**).

Soins de suite et de réadaptation (SSR)

(Fiche SROS - Soins de suite et de réadaptation).

L'offre de soins en SSR en Franche Comté est globalement suffisante au vu des besoins des Francs-Comtois. Cependant, deux points de vigilance sont à considérer :

- la fluidité du parcours de soins entre l'amont (souvent un Centre hospitalier) et l'aval (autres structures d'accueil ou l'ambulatoire) est parfois difficile. L'insuffisance de professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, neuropsychologue...) disponibles dans les établissements ou en ambulatoire peut expliquer ces problèmes, notamment pour les retours à domicile de certains malades (cf. l'objectif 3 de la priorité 3) ;
- une attention particulière sera portée à la gradation des niveaux de prise en charge par rapport aux structures ayant une mention spécialisée de recours et d'expertise (cardio-respiratoire, locomoteur...) vis-à-vis des autres structures de santé, des établissements et services médico-sociaux. L'attribution d'une telle mention doit prendre en compte certains critères, afin de maintenir des seuils d'activité suffisants. Les autorisations ont été données récemment (2010) et les visites de conformité n'ont pas encore été réalisées. Certaines préconisations spécifiques sont cependant envisagées en pédiatrie, addictologie, onco-hématologie, pour les malades en état pauci relationnel ou végétatif chronique, concernant l'évaluation précoce du handicap en services MCO par des équipes mobiles de rééducation, sur l'implantation de trois laboratoires d'analyse du mouvement et concernant l'identification de correspondants "cérébro-lésé" au sein de certaines structures.

L'Hospitalisation à domicile (HAD)

(Fiche SROS - Hospitalisation à domicile).

L'hospitalisation à domicile est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Cette modalité de prise en charge est soumise au souhait du malade et de sa famille, à l'accord du médecin traitant mais aussi aux possibilités d'un accompagnement médico-social et social.

Plusieurs objectifs seront poursuivis en Franche-Comté, notamment :

- fluidifier les filières de prise en charge par l'information des structures d'amont. En effet, le succès d'une telle prise en charge tient à son anticipation ;
- développer le partenariat entre l'HAD et le secteur d'hébergement médico-social (principalement les EHPAD) ainsi qu'avec les SSIAD (Fiche SROMS - Renforcer la coordination du parcours de soins en EHPAD).

Nouvelles orientations

S'appuyer sur des technologies innovantes, notamment pour faciliter les relations ville/hôpital

Les systèmes d'information et la télémédecine

(Fiche SROS - Ambulatoire)

Depuis plusieurs années, la Franche-Comté a créé un socle technologique pour faciliter le déploiement de ces nouvelles approches (GCS Emosist).

Concernant le Dossier médical personnel (DMP), dont la configuration est maintenant nationale, l'enjeu est de favoriser son appropriation et son utilisation par les professionnels et les patients (enrichissement), en développant des actions fortes de communication et d'accompagnement. Par ailleurs, la question de la compatibilité avec les logiciels métier et le partage entre professionnels sont deux des points clefs à régler, si l'on souhaite que le DMP soit un outil de décloisonnement et de réel partage d'informations, notamment entre la ville et l'hôpital (bases de données communes). Le déploiement du dossier pharmaceutique est encouragé afin de prévenir les problèmes de iatrogénie médicamenteuse.

Enfin, la *dématérialisation des ordonnances* est développée dans le cadre, d'une part, de la permanence des soins ambulatoire (téléconsultations) (*Fiche SROS - Urgences*), et d'autre part, de la chimiothérapie per os (*Fiche SROS - Cancérologie*).

La *télé médecine* (télédiagnostic et télé expertise) a vocation à :

- diminuer les déplacements et les temps de prise en charge ;
- développer l'expertise (spécialistes ou collègue) au bénéfice des patients éloignés des plateaux techniques ;
- favoriser la coopération entre ville et hôpital, libéraux et spécialistes,
- augmenter le confort des patients en évitant notamment des déplacements voire des hospitalisations ;
- fluidifier le parcours de soins ;
- optimiser les dépenses de santé.

La télé médecine fait l'objet d'un des 4 programmes obligatoires du présent Projet régional de santé (cf. ce programme).

Les relations ville/hôpital et les sorties d'hospitalisation

(*Fiche SROS - Ambulatoire*)

Les questions liées aux sorties d'hospitalisation sont emblématiques des difficultés de relations entre la ville et l'hôpital. En effet, cette problématique est de plus en plus prégnante au regard, notamment, des durées d'hospitalisation souvent réduites. Elle nécessite donc d'être préparée afin d'assurer la continuité des soins, notamment avec les professionnels de santé ainsi que les intervenants médico-sociaux ou sociaux.

Plusieurs dispositifs sont de nature à améliorer la situation en Franche-Comté :

- *l'extension sur l'ensemble du territoire franc-comtois de l'activité de l'ARESPA* (Association du réseau de santé de proximité et d'appui) *et de la coordination d'appui* : elle s'adresse aux patients ayant des pathologies chroniques lourdes et complexes, nécessitant une prise en charge multiple en lien avec le médecin traitant et faisant des séjours itératifs et plus ou moins longs en établissements ; une coordination avec les autres opérateurs de ce domaine est souhaitable (Centres de soins infirmiers, SSIAD, aide à domicile) (*Fiches SROMS - Optimiser le maintien à domicile*) ;
- la transmission systématique au médecin traitant du "*Résumé du passage aux urgences*" (*Fiche SROS - Urgences*) ;
- *le soutien au dispositif "sorties d'hospitalisation" organisé par le GIE IMPA* et qui apporte des prestations à caractère social pour les personnes âgées relevant des régimes général, agricole et indépendant (*Fiche SROMS - Optimiser le maintien à domicile*).

Par ailleurs, *une expérimentation* sera lancée en 2011 et pour une période de trois ans, avec 4 établissements hospitaliers. L'objectif est de travailler sur 4 processus à l'interface de la médecine de ville et de l'hospitalisation (*Fiche SROS - Ambulatoire*) :

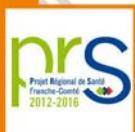
- la connaissance de l'offre hospitalière par les médecins libéraux ;
- les contacts médecin - hôpital préalables à l'hospitalisation ;
- l'information du médecin traitant sur l'orientation de sortie du patient et le déroulement du séjour d'un patient ;
- les prescriptions de sorties.

Enfin, *un état des lieux sur les sorties d'hospitalisation* est en cours par les Délégations territoriales de l'ARS. Il devrait permettre de faire des propositions au cours de l'année 2012, notamment autour de *plateformes de services de proximité* en lien avec l'organisation de l'offre au sein des territoires de proximité.

Les transports

(*Fiche SROS - Ambulatoire*)

Ce sont des outils au service de la nouvelle organisation de la gradation des soins. Ils ont un rôle central, non seulement dans les situations d'urgence, mais aussi pour faciliter l'accès aux soins,



notamment de 2^{ème} et 3^{ème} recours. Le budget consacré aux transports est en forte croissance dans la région, ce qui nécessite une meilleure organisation des flux et une démarche plus efficiente. Il convient d'optimiser l'organisation :

- des urgences pré hospitalières ;
- de la garde ambulancière ;
- des sorties d'hospitalisation ;
- des transferts inter et intra hospitaliers.

Les orientations pour les années à venir sont intégrées dans le Programme pluriannuel de gestion du risque (PPRGDR) qui est un des 4 programmes obligatoires du présent Projet régional de santé. Parmi elles, figure notamment la mise en place d'un centre de régulation régional des transports.

A noter : la gradation de l'offre de santé en matière de périnatalité, de pédiatrie et de psychiatrie est traitée dans les Priorités 1 et 2



Objectif 3.3 : Améliorer la formation initiale et continue pluridisciplinaire

a- Contexte

Former pour préparer l'avenir et assurer la qualité des soins

En matière de formation des professions médicales et paramédicales, les enjeux relèvent principalement de trois dimensions :

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

L'approche développée dans ce champ repose donc sur deux leviers principaux :

- le rôle conforté et étendu confié par la loi aux ARS en matière de formation (médicale et paramédicale) et de démographie des professionnels ;
- le Comité régional de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) qui constitue un outil pour conduire de façon adaptée et prospective la politique de l'ARS dans ce domaine.

C'est autour de ces trois enjeux et à l'aide de ces deux leviers que devra s'organiser en Franche-Comté la politique de formation initiale et continue des futurs professionnels de santé, pour adapter au mieux l'offre aux besoins de santé de la population, en lien étroit avec le Conseil régional dans le cadre du volet formation du contrat de plan Etat/Région.

En matière de formation continue, la loi HPST instaure, pour les professionnels de santé, le Développement professionnel continu (DPC). Il renvoie à une responsabilité portée par les professionnels eux-mêmes et partagée par les pouvoirs publics. La priorité accordée à l'amélioration continue des pratiques doit s'appuyer sur des méthodes intégrées à l'exercice professionnel, aussi bien pour les médecins que pour tous les autres professionnels de santé (ce qui constitue un puissant encouragement aux programmes interprofessionnels). Cette approche est centrale dans le concept de DPC⁴⁸.

b- Chiffres clés

Une démographie contrastée avec de fortes tensions pour certaines spécialités

Si l'offre de professionnels de santé libéraux est globalement satisfaisante en Franche-Comté et certaines perspectives optimistes (étude DREES)⁴⁹, il est nécessaire, d'une part, de rester prudent vis-à-vis de projections souvent fragiles, et d'autre part, de se maintenir dans une posture dynamique d'anticipation.

⁴⁸ Analyse des processus de DPC. Juin-Août 2011. www.has-sante.fr

⁴⁹ La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé N°9, DREES 2009. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

La densité régionale en professionnels de santé est proche de la moyenne nationale pour les médecins généralistes (106 versus 111 généralistes pour 100 000 habitants). Elle est en revanche très inférieure concernant les spécialistes (56 versus 87 spécialistes pour 100 000 habitants) avec des disparités inter départementales fortes. Parmi les spécialités particulièrement touchées figurent notamment la psychiatrie (*Fiche SROS - Psychiatrie*), la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie (*Fiche SROS - Périnatalité*).

La densité de sages femmes est supérieure à celle observée au niveau national. En revanche, la situation démographique en chirurgiens dentiste est préoccupante.

Concernant les auxiliaires médicaux :

- l'offre en infirmiers répond à la demande en ambulatoire grâce à une bonne couverture par les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les Centres de soins infirmiers, dont l'importance est une spécificité régionale ; en revanche, la tension est plus forte en établissements de soins ou médico-sociaux ;
- les effectifs de masseurs kinésithérapeutes sont très insuffisants (50 professionnels pour 100 000 habitants contre 83 en moyenne nationale) ;
- la densité des orthophonistes exerçant en libéral est de 15 pour 100 000 habitants contre 24 en France métropolitaine.

La tension pour ces deux dernières professions (mais aussi pour les ergothérapeutes et les psychomotriciens) limite les prises en charge concernant certaines pathologies, comme chez les personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (*Fiche SROS - Cérébro-lésés*) ou les sujets âgés dépendants (*Fiches SROMS - Conforter l'offre d'accueil en EHPAD - Démarche qualité en EPHAD*).

Le nombre d'étudiants inscrits en première année de médecine en Franche-Comté et le nombre d'admis au concours a été multiplié par 2 entre 2000 (390) et 2009 (833). Ceci est lié à l'augmentation du numerus clausus depuis 2002. Il y avait 544 internes en formation à Besançon en 2010 dont 189 en médecine générale, 109 en spécialités médicales et 96 en spécialités chirurgicales.

Concernant les praticiens hospitaliers, on dénombre début 2011, 335 postes vacants (non occupés à titre permanent). Les spécialités accusant le plus de postes vacants sont : la médecine d'urgence (*Fiche SROS - Urgence*), l'anesthésie-réanimation (*Fiche SROS - Médecine*), la radiologie (*Fiche SROS - Imagerie*), la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie (*Fiches SROS - Périnatalité - Médecine*), la psychiatrie (*Fiche SROS - Psychiatrie*) et la néphrologie (*Fiche SROS - Insuffisance rénale chronique*).

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Former pour rester

Il est important d'anticiper les difficultés locales qui vont se présenter lorsque les soins dans un bassin de vie reposent sur un petit nombre de professionnels proches de l'âge de la retraite. Pour cela, des initiatives telles que l'appui aux projets de regroupement à travers l'équipe d'appui "Territoires et santé" vont se prolonger et se fédérer autour de la *Plateforme d'appui aux professionnels de santé* (PAPS) (cf. l'objectif 1 de la priorité 3).

Chaque année, les propositions d'internes à former prennent en compte les déficits constatés dans les spécialités, mais les capacités d'encadrement limitent l'augmentation du nombre d'internes. Les actions d'accompagnement mises en place ces dernières années avec la Faculté de médecine via la cellule d'accueil et de suivi des internes seront amplifiées ainsi que le travail avec le Collège des enseignants de médecine générale (CRGE), visant à renforcer la filière de spécialité en médecine générale, avec notamment la multiplication des stages en ambulatoire (notamment en 2^{ème} cycle et dans les zones rurales) et le développement de la recherche dans ce champ.

Au niveau hospitalier, différentes mesures ont été prises depuis quelques années, tant en ce qui concerne les modalités du concours national de praticiens des établissements publics de santé permettant d'accéder aux postes de praticiens hospitaliers, qu'en ce qui concerne la rémunération et la mise en place de différentes indemnités. Malgré ces incitations, sur une centaine de postes déclarés prioritaires à chaque tour de recrutement, le nombre de praticiens hospitaliers nommés n'a cessé de diminuer, passant de 27 % il y a 5 ans, à seulement 10% de postes pourvus dans ce cadre (postes prioritaires) en 2010. Ces mesures seront poursuivies mais devront être complétées.

Nouvelles orientations

Former ensemble

En matière de formation initiale

Cinq dynamiques sont prioritaires :

- le développement de l'attractivité de la région en termes de formation et d'installation des professionnels de santé relayé par des campagnes de communication ;
- la promotion des Contrats d'engagement de service public⁵⁰ (CESP) ;
- l'organisation des filières de formation au sein des spécialités médicales, pour que l'offre de 2^{ème} et de 3^{ème} recours soit à la fois de qualité et accessible sur l'ensemble du territoire franc-comtois ;
- le développement des possibilités de post internat afin d'éviter le départ des professionnels nouvellement formés vers d'autres régions (sujet évoqué notamment dans les Fiches SROS - Assistance médicale à la procréation/Diagnostic prénatal - Périnatalité) ;
- des formations croisées et concertées entre professions médicales et paramédicales, dans la dynamique actuelle de la réforme des études des professions paramédicales (LMD).

Les enjeux à court et moyen terme incitent à :

- assurer un accompagnement facilitateur et "rapproché" des étudiants et futurs professionnels du champ de la santé et du médico-social, allant du début de leur formation en Franche-Comté jusqu'à leur installation dans la région ; c'est un des objectifs prioritaires de la PAPS ;
- concentrer les efforts de formation initiale d'ici 2013 sur les professions suivantes (Fiche SROS - Ambulatoire) : médecins généralistes, masseurs kinésithérapeutes (sujet évoqué notamment dans la Fiche SROS - HAD) et chirurgiens dentistes.

En matière de formation continue

Il s'agit plus particulièrement de :

- promouvoir les référentiels de bonnes pratiques, notamment ceux de la HAS, auprès de tous les professionnels de santé (travail à réaliser en lien avec l'Assurance maladie dans le cadre du Programme régional de gestion du risque ; cf. ce programme) ;
- déterminer les thèmes prioritaires régionaux du dispositif de DPC afin qu'ils contribuent au développement du Projet régional de santé ;
- renforcer la formation pluri-professionnelle continue :
 - . pour une culture commune en promotion de la santé et en prévention tout au long de l'activité des acteurs de la santé, du médico-social et du social (Fiches SRP, Fiches SROS et Fiches SROMS) ;
 - . pour la prise en charge de certaines pathologies ou l'amélioration des compétences dans plusieurs disciplines ; par exemple concernant la prise en charge des maladies chroniques (Fiches SRP - Maladies chroniques - Education thérapeutique du patient), la périnatalité (Fiches SRP et Fiche SROS - Périnatalité), les risques sanitaires (Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires)... ;

⁵⁰ Le CESP est une prime mensuelle que touche l'étudiant en médecine sur la période allant de la date de sa signature jusqu'à la fin de ses études. En contrepartie, il s'engage à consacrer la totalité de son exercice professionnel, à compter de la fin de sa formation et pour une durée égale à celle pendant laquelle lui aura été versée l'allocation mensuelle, dans une zone en sous densité définie par les Agences Régionales de Santé.

- . dans le cadre du développement des maisons, pôles et centres de santé ainsi que des protocoles de coopération (cf. l'objectif 1 de la priorité 3).
- . concernant la formation à la fonction de coordination et de management interdisciplinaire auprès des professionnels de santé, du médico-social, du social et des futurs cadres dirigeants de ces champs;
- favoriser l'appropriation des nouvelles techniques de l'information et de la communication par les professionnels de santé, mais aussi les gestionnaires et les patients : télémédecine, dossier médical personnel... (cf. l'objectif 2 de la priorité 3 et le programme de télémédecine).

Par ailleurs, les besoins de formation (notamment continue) s'avèrent nécessaires dans tous les champs de la santé et toutes les spécialités. Plusieurs sont identifiés dans les différentes fiches des Schémas du présent Projet régional de santé (**Fiches SRP**, **Fiches SROS** et **Fiches SROMS**).



Objectif 3.4 : Conforter la place des usagers dans l'organisation du système de santé en facilitant l'accès à l'information sur l'offre de santé et en donnant une plus grande lisibilité au parcours de soins

a- Contexte

Informier pour mieux s'orienter dans le système de santé mais aussi pour mieux agir sur son fonctionnement

Depuis plusieurs années, la société civile s'est "auto-organisée", notamment via les associations de patients, afin d'apporter sa voix et sa contribution aux débats sur la santé. Cependant, la complexité des parcours de santé et de soins nécessite une attention particulière à l'accès à l'information. Le but est de rendre chacun plus autonome dans la gestion de son parcours de santé, en lui offrant une information "lisible" sur le système et l'offre de service. Cela doit aboutir à une circulation de l'utilisateur dans le système et au sein des structures de santé plus adaptée à ses attentes et plus fluide. On peut alors espérer un fonctionnement plus efficient : « *le bon soin, au bon moment, pour la bonne personne* » (cf. aussi l'objectif 2 de la priorité 3).

La loi Hôpital patients santé territoire (HPST) a créé des espaces de débats permettant à tous les acteurs du système de santé (et notamment aux usagers) d'exprimer leur avis sur l'organisation de ce système et sur ses priorités. Le champ dit de « la démocratie sanitaire » bénéficie ainsi de nouveaux lieux d'expression institutionnalisés que sont la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et ses cinq commissions ainsi que la Conférence de territoire et ses quatre Espaces d'animation territoriale. En parallèle et de façon complémentaire, les différents Conseils de surveillance de l'ARS et des établissements de santé, ainsi que les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sur le champ du sanitaire et les Conseils de vie sociale (CVS) des établissements médicosociaux de la région, constituent également des instances officielles d'échanges où les usagers peuvent s'exprimer. Tous ces espaces de débats et de participation des citoyens à l'organisation du système de santé doivent être confortés et développés.

La Franche-Comté dispose dans ce domaine de plusieurs caractéristiques intéressantes :

- quatre Espaces d'animation territoriale qui permettent aux acteurs d'un territoire de proximité (et donc aux usagers) de réfléchir à la meilleure organisation et prise en charge sur une problématique de santé donnée ;
- un nombre important d'associations d'usagers fédérés au niveau régional ;
- une vraie dynamique de formation pour les usagers⁵¹.

b- Chiffres clés

Des instances de dialogue, de conciliation et d'indemnisation

Les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sont installées dans 90% des établissements de la région. En 2011, 93 % de ces CRUQPC sont dotées de représentants des usagers titulaires. Le Collectif Interassociatif sur la santé (CISS) de Franche-Comté regroupe 78 associations, majoritairement de malades.

⁵¹ Rapport de la Conférence régionale de santé de Franche-Comté. Formation des usagers. 2007
<http://www.sante.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante-2006-2010>

La Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) a fait l'objet respectivement de 99, 49, 48 demandes d'usagers du système de santé en 2004, 2005 et 2006.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Etre présent dans les instances représentatives et apporter son soutien aux malades et à leur famille

La commission spécialisée de la CRSA dans le domaine des droits des usagers du système de santé poursuit le travail engagé par l'ancienne Conférence régionale de santé de Franche-Comté. Elle est chargée chaque année d'élaborer *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*. Elle poursuivra ce travail en lien avec les CRUQPC des établissements de santé.

La Franche-Comté se distingue aussi par la présence de *l'Association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux (ARUCAH)*. Elle assure la représentation des usagers auprès des instances régionales. Elle donne aussi aux élus de conseils de surveillance des hôpitaux, la possibilité d'acquérir les compétences (formation) leur permettant d'exercer leur mandat dans les meilleures conditions. Cette action de montée en compétence des usagers doit être poursuivie et développée. Dans ce champ de la formation des usagers, une attention particulière sera portée à *la santé publique*.

La Cellule d'accompagnement, portée par le CISS, a pour but d'aider à mieux gérer la maladie et ses conséquences sociales, juridiques ou professionnelles. Elle est destinée aux personnes souffrant d'affections chroniques ou héréditaires et leur famille. L'accent sera mis sur la connaissance des réseaux existants, en particulier, dans les zones où l'offre est déficitaire (équité territoriale).

Enfin, les initiatives *d'aide aux aidants* prises par différentes associations (Alzheimer, Parkinson...) ayant pour but de soutenir l'entourage des personnes malades seront poursuivies et renforcées (*lien avec la priorité 4 et Fiche SROMS - Optimiser le maintien à domicile*).

Orientations nouvelles

Rendre l'usager acteur de santé sur chaque territoire de vie

La 1^{ère} orientation propose d'*organiser des débats grand public (rôle de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie) ou de la communication* sur des sujets de santé qui rejoignent des problématiques sociétales, comme les soins palliatifs, la procréation assistée, la santé mentale... (*Fiches SROS - Soins palliatifs - Assistance médicale à la procréation/Diagnostic prénatal et Fiche SRP - Santé mentale*).

La 2^{ème} orientation est *d'ouvrir de nouveaux lieux d'expression*, en proximité des usagers, au sein de la Conférence de territoire.

La 3^{ème} orientation vise à *intensifier la sensibilisation des professionnels (prévention, soin, médico-social) pour une meilleure information aux patients et à leur famille sur les structures d'amont et d'aval susceptibles de les aider dans leur problématique*. Cet effort devra se porter plus particulièrement autour des activités en rapport avec certains domaines : la périnatalité et la petite enfance (*Fiche SRP - Périnatalité*), la veille et la sécurité sanitaire (*Fiche SRP - Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires*), les personnes âgées (*Fiches SRP et Fiches SROMS - Personnes âgées*) et handicapées (*Fiches SRP et Fiches SROMS - Personnes handicapées*), les pathologies pour lesquelles l'organisation de la prise en charge se complexifie afin de garantir sa qualité, comme le cancer (*Fiches SRP et Fiche SROS - Cancer*) et les maladies chroniques (*Fiches SRP - Maladie chronique - Education thérapeutique du patient*) ou lorsque l'offre est peu lisible, comme la santé mentale (*Fiche SRP - Santé mentale et Fiche SROS - Psychiatrie*).

La 4^{ème} orientation doit *permettre à certains usagers d'être plus directement acteurs dans le système de santé* :

- les publics précaires et/ou vulnérables (*Fiche SRP - Précarité*),
- les proches des personnes âgées ou handicapées (*Fiches SROMS - Personnes âgées - Personnes handicapées*).

Enfin, dans le cadre du dispositif "2011, année des patients" instauré par le Ministère de la santé et renforcé par l'organisation de colloques et de débats nationaux relayés en région⁵², des actions régionales exemplaires, visant à renforcer l'information sur les droits des patients, seront valorisées. Elles pourraient avoir vocation à être étendues sur l'ensemble de la région.

⁵² Site dédié à l'année du patient : <http://www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers.html>



PRIORITE 4 :

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



Objectif 4.1 : Permettre le soutien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dès lors que leur situation personnelle le permet

a- Contexte

Vivre à la fois plus longtemps et en bonne santé est un nouveau défi social auquel s'ajoute le désir des aînés de continuer à rester chez eux le plus longtemps possible. Cette liberté de choix doit pouvoir s'exercer dans les meilleures conditions selon l'autonomie de la personne âgée.

Concernant les personnes handicapées et plus particulièrement les adultes, toutes les politiques publiques (⁵³, ⁵⁴, ⁵⁵, ⁵⁶, ⁵⁷, ⁵⁸, ⁵⁹) conduites ces dernières années convergent pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle, donc le maintien en milieu de vie ordinaire des personnes handicapées et plus particulièrement des adultes. Cela passe notamment par l'élaboration d'un projet de vie où la personne handicapée, en lien avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), peut exprimer ses besoins et ses aspirations.

L'objectif de faciliter le maintien à domicile n'est soutenable que si l'on prend en compte deux limites :

- la nécessité d'assurer les moyens organisationnels et financiers pour une prise en charge ambulatoire de qualité ;
- l'attention qui doit être portée à des cas lourds (enfants handicapés ou personnes âgées très dépendantes) pour lesquels une prise en charge en établissement reste nécessaire.

Bien entendu, l'appréhension du maintien à domicile ne se fait pas sous le même prisme, et appelle des réponses différenciées pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Par ailleurs, la déclinaison régionale de l'action de l'Etat dans le cadre ces politiques sociales ne saurait se concevoir sans un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, et tout particulièrement les Conseils généraux, juridiquement en charge de l'action sociale concernant les personnes âgées et les personnes handicapées. (*SROMS - Introduction*)

En Franche-Comté, un dispositif original de sortie d'hospitalisation, destiné à des personnes âgées fragilisées, nécessitant un accompagnement spécifique pour un retour à domicile sécurisé a été mis en place par le GIE IMPA - Ingénierie maintien à domicile des personnes Agées - (réunissant la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Bourgogne/Franche-Comté, la Mutualité sociale agricole et le Régime social des indépendants), en étroite collaboration avec l'ARS (Agence régionale de santé). Ce dispositif est soutenu dans le cadre du programme PAPA FC (Programme d'aide aux personnes âgées Franche-Comté).

⁵³ Plan solidarité grand âge 2007-2012 www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

⁵⁴ Plan Alzheimer 2008-2012 www.plan-alzheimer.gouv.fr

⁵⁵ Programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie 2008-2014 www.cnsa.fr/IMG/pdf/Programme_pluriannuel_handicap_extranet.pdf

⁵⁶ plan autisme 2008-2012 www.solidarite.gouv.fr

⁵⁷ plan handicap visuel 2008-2011 www.cnsa.fr/IMG/doc/Plan_handicap_visuel_1_-2.doc

⁵⁸ plan en direction des personnes sourdes et malentendantes 2010 www.solidarite.gouv.fr

⁵⁹ loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées www.legifrance.gouv.fr

b- Chiffres clés

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

En 2006, 8,6% des personnes âgées de plus de 75 ans résidaient en institution.

En Franche-Comté, sur la période 2007-2011, les créations de dispositifs contribuant au maintien à domicile s'établissent comme suit :

- personnes âgées : 374 places en Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 106 en hébergement temporaire, 148 en accueil de jour ;
- personnes handicapées : 48 places en SSIAD, 200 en Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), et 90 en Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Depuis 2007, le dispositif de sortie d'hospitalisation a bénéficié à 13 289 personnes (478 en 2007 ; 3 360 du 1^{er} janvier au 30 août 2011)

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

- Construire une concertation renouvelée avec les Conseils généraux

Il convient de réfléchir avec les Conseils généraux à la méthode de concertation qui permettent de fluidifier les relations et de les faire converger, *dans le strict respect des attributions de chacun*. La signature de conventions, de partenariats spécifiques, sur la durée du Schéma, permettrait de donner un cadre organisé de mise en œuvre, en s'appuyant notamment sur les Commissions de coordination des politiques publiques de l'ARS.

Alors même que les moyens consacrés par l'ensemble des acteurs sont de grande ampleur, la meilleure optimisation doit être recherchée, ce qui induit de veiller tout particulièrement à la bonne articulation de tous les dispositifs de maintien à domicile (*SROMS - Introduction*).

- Poursuivre les actions de prévention en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées tant à domicile qu'en établissement

Pour les personnes âgées il s'agit prioritairement de prévenir l'entrée en dépendance (prévention des chutes, des accidents de la vie courante, de la dénutrition...). Pour les personnes handicapées, il s'agit principalement de s'inscrire dans une logique plus globale d'éducation pour la santé (*Fiches SRP - Personnes âgées - Personnes handicapées*).

- Consolider les procédures de retour à domicile suite à une hospitalisation

Le dispositif de sortie d'hospitalisation devra être développé et généralisé (*Fiche SROS - Médecine et Fiche SROMS - PA Maintien à domicile*).



Nouvelles orientations

- Construire une filière gériatrique intégrant les EHPAD

Le rapport de l'IGAS de mai 2011⁶⁰ relatif aux personnes âgées met en exergue qu'une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permet d'améliorer singulièrement la prise en charge globale des personnes âgées.

Si le SROS doit se porter garant de la mise à la disposition des personnes âgées du meilleur dispositif de soins, le SROMS doit lui, *s'attacher à proposer un maillage territorial de services qui permette la mise en œuvre de parcours adaptés pour la personne âgée*, et tout particulièrement lorsqu'elle est à domicile (**Fiche SROMS - PA Coordination du parcours de soins en EHPAD**).

S'agissant des personnes handicapées, la réponse n'est pas homogène, mais bien dépendante, de l'âge, du handicap et de sa sévérité, des possibilités plus ou moins marquées de compensation, et de leurs attentes et celles de leur famille.

- Mettre en place des plateformes locales de coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux autour de la personne âgée

(**Fiche SROMS - PA Maintien à domicile**)

Outre la consolidation de l'offre en places de SSIAD dans les zones les moins dotées au regard de l'offre de soins ambulatoire et de ses perspectives, le premier axe majeur d'amélioration se situe donc dans la *meilleure articulation des services de soins à domicile avec le secteur de l'aide à domicile*, dont le développement a été conséquent ces dernières années, sous l'effet conjugué de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, de l'amélioration de la solvabilisation (création de l'Allocation personnalisée d'autonomie - APA et de la volonté des pouvoirs publics de favoriser l'emploi ainsi que de promouvoir de nouveaux métiers dans ce secteur.

Le développement exponentiel et pas toujours maîtrisé de ce secteur au cours des ces 10 dernières années conjugué à une crise économique conséquente nécessitent de réfléchir à de nouvelles stratégies qui permettent un service de qualité tout en rationalisant les choix budgétaires à travers un renforcement de la coordination et une plus grande complémentarité des interventions.

L'enjeu majeur est de *permettre le développement de véritables plates-formes locales*, associant les EHPAD, la médecine de ville, les SSIAD, le secteur de l'aide à domicile et différents réseaux (ARESPA, Espace Seniors de Baume-les-Dames, réseau gérontologique bisontin et réseau Haut-Doubs Jura Santé Territoire), qui permettent d'organiser le maintien à domicile, mais aussi d'apporter une réponse aux retours d'hospitalisation qui demeurent un sujet crucial (*Cf la priorité 2 de l'objectif 3* (**Fiche SROS - Médecine**)).

C'est en tous les cas dans ce cadre, certes complexe à bâtir, mais indispensable, que l'ensemble de la politique sanitaire et médico-sociale, mais aussi de prévention, doit pouvoir se construire.

- S'agissant des enfants handicapés

(**Fiche SROMS - PH Développer un parcours de soins optimisé**)

Il s'agira de mettre en œuvre des projets de vie, incluant les projets personnalisés de scolarisation, pour chacun des enfants concernés en lien étroit avec les familles".

Plusieurs objectifs devront être poursuivis :

- *un renforcement de la coopération avec les établissements de santé* tant en termes de diagnostics pré et post natals que d'accompagnement de l'annonce du handicap et de suivi médical ;
- *une coopération accrue entre le champ sanitaire et le champ médico social*, les CAMSP doivent renforcer les liens déjà existants pour améliorer encore la qualité de la prise en charge et surtout développer une complémentarité indispensable ;

⁶⁰ "L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge". Rapport de Mmes Annie FOUQUET et Patricia SITRUCK et de M. Jean-Jacques TREGOAT - IGAS-Mai 2011

- *une coopération accrue avec l'Education nationale* qui doit se traduire par la signature d'une convention cadre entre le Rectorat et l'ARS ; elle définira les objectifs à atteindre et déclinera un programme d'action inter-départemental.

L'Agence régionale de santé doit, dans le cadre juridique et financier qui est le sien, adapter l'offre médico sociale aux nouveaux besoins repérés et aux attentes tant des enfants handicapés que de leur familles. L'évolution de certains taux de prévalence comme l'autisme (Cf. l'objectif 4 de la priorité 4), la souffrance psychique nécessite la mise en place de nouveaux dispositifs très souples en lien étroit avec les partenaires déjà cités (*Fiches SRP - Santé mentale - Petite enfance - Périnatalité*). Le redéploiement de places d'IME en places de SESSAD, ainsi que la réflexion sur leur implantation géographique doivent se poursuivre.

Dans une région jugée correctement dotée par le niveau national, ces efforts de diversification, de territorialisation nécessiteront une rationalisation des choix budgétaires puisque la Franche-Comté devra prioritairement compter sur ses seules ressources.

- *S'agissant des adultes handicapés*
(SROMS Orientations majeures et Fiches SROMS - PH Prise en charge des personnes handicapées vieillissantes - PH Soutenir le maintien à domicile,)

L'enjeu est un peu différent d'autant que la compétence est partagée avec les Conseils généraux et que seul un travail commun, concerté peut permettre une offre de services structurée et pertinente. D'emblée et malgré le travail conséquent des collectivités territoriales lors de l'élaboration des volets handicap de leurs Schémas départementaux, et en l'absence de données nationales suffisamment fiables, il est nécessaire d'avoir une meilleure évaluation de la situation des personnes en situation de handicap vivant à domicile dans notre région. L'ARS en lien avec les Conseils généraux, les MDPH et les associations représentatives doit conduire un travail préalable pour avoir une connaissance plus fine des besoins et des attentes de ces personnes ainsi que de leurs proches.

Cette démarche devra intégrer dès le départ des questions majeures comme :

- le vieillissement des aidants et donc la question de leur propre maintien à domicile et de l'organisation de l'aide qu'il convient de leur apporter ;
- le vieillissement des personnes handicapées elles-mêmes et leur insertion tardive dans un dispositif de prise en charge ;
- l'émergence du choix de personnes handicapées adultes optant pour le maintien dans un domicile, dont il reste souvent à dessiner les contours ;
- la nécessité de rechercher des formules souples et plus innovantes tant juridiquement qu'architecturalement.



Objectif 4.2 : Développer l'aide aux aidants

a- Contexte

"L'aidant", "l'aidant proche", "l'aidant familial", ou "l'aidant naturel", selon la terminologie retenue, est la personne qui vient en aide, seule ou en complément de l'aide d'un professionnel, à une personne dépendante et/ou handicapée, de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière est permanente ou non. Elle peut prendre différentes formes comme les soins d'hygiène et de confort, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance, le soutien psychologique, les activités domestiques, etc. L'activité de l'aidant peut se faire au domicile de l'aidant ou à celui de l'aidé⁶¹. Cette aide peut évoluer dans le temps. D'une aide occasionnelle, elle peut s'avérer pérenne selon l'évolution du degré du handicap ou de dépendance de la personne aidée.

La question de l'aide aux aidants vient en résonance du maintien à domicile (Cf l'objectif 1 de la priorité 4). Cependant, cet objectif n'est envisageable que par une importante implication des aidants familiaux des personnes concernées. Il peut s'agir d'un besoin d'aide à la vie quotidienne, d'un soutien financier ou matériel ou d'un soutien moral. Les familles qui aident quotidiennement ces personnes sont souvent en situation de tension, d'isolement et de fatigue.

Depuis plusieurs années, l'accent a été mis sur le soutien des aidants familiaux auprès des personnes âgées dépendantes dans différents plans nationaux déjà précédemment cités (Cf objectif 1 de la priorité 4). Le soutien de l'aidant auprès de la personne handicapée, s'il est moins lisible, demeure également une préoccupation des pouvoirs publics.

Depuis 2004, en Franche-Comté, un travail important relatif à l'aide aux aidants a été conduit dans le cadre du Plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA)⁶² porté par la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Bourgogne / Franche-Comté en lien avec une centaine d'acteurs institutionnels, associatifs, libéraux et en partenariat avec le Groupement d'intérêt économique "ingénierie maintien à domicile des personnes âgées" (GIE IMPA).

La stratégie de réponses aux besoins des aidants doit se construire en étroite coordination entre les Conseils généraux, chef de file du médico-social, les communes qui sont à l'initiative d'actions sociales en faveur des aidants, l'Assurance maladie, qui accompagne plus particulièrement les démarches à l'attention des personnes âgées.

b- Chiffres clés

Personnes âgées

En 2009, un Français sur trois (32 %) déclarait avoir dans son entourage proche une personne âgée dépendante, en perte d'autonomie physique ou psychique⁶³. Il s'agit, pour 21 % des Français, d'un parent proche (père, mère, grands-parents ou arrière grands-parents).

⁶¹ Source : Guide de l'aidant. Ministère de la santé

⁶² PAPA FC www.personnesagees-fc.com

⁶³ Source-Les Français et le grand âge-© TNS – 20 mai 2009

Les aidants représenteraient un groupe social estimé actuellement à 3 700 000 personnes (soit 3,2 millions de personnes âgées aidées par en moyenne près de deux personnes issues du milieu familial ou professionnel) et qui devrait croître mécaniquement sous les effets conjugués du vieillissement de la population et de la préférence des Français pour les solutions de maintien à domicile.

Aussi, les Français jugent-ils indispensable que les personnes qui s'occupent quotidiennement ou très régulièrement d'une personne âgée dépendante disposent d'une aide financière (63 %), d'une formation pour savoir répondre à ses besoins (58 %), de moments de répit grâce à l'hébergement temporaire de la personne âgée en maison de retraite (57 %) et d'un statut légal de l'aidant (53 %).

Si dans 90 % des cas, l'aidant est membre de la famille, dans 70 % des cas, c'est une femme qui assume cette mission dans un engagement total, souvent 24h/24h. L'âge moyen oscille entre 51 et 75 ans (selon qu'il s'agisse d'une fille ou de la conjointe). Entre 50 % et 60 % des aidants ont une activité professionnelle et 4 % ont dû cesser leur activité professionnelle. 50 % des aidants sont les conjoints (donc parfois à aider également), 30 % des aidants sont les enfants (parfois âgés également). 10 à 15 % des aidants peuvent être des voisins, des amis ou ont un lien de parenté éloigné. 55 % des aidants cohabitent avec l'aidé. 50 % des aidants le sont depuis au moins 7 ans. Quarante pour cent ne peuvent plus partir en vacances et 30 % estiment leur santé menacée.

Enfants, adultes handicapés

Concernant les enfants, il n'existe pas de données au niveau national dans la mesure où la grande majorité d'entre eux vit au domicile parental. Il s'agit donc d'une charge essentiellement assumée par le ou les parents (nombreuses situations de mono parentalité) ou par la famille proche.

Une étude de la DREES⁶⁴ estimait en 2002, que sur deux millions d'adultes handicapés vivant à domicile, 62 % recevaient une aide par un ou plusieurs aidants non professionnels : leur conjoint, ou leur ascendant. Les conjoints sont dans plus de la moitié des cas des femmes âgées en moyenne de 47 ans. Quant aux ascendants, ce sont presque toujours des femmes de 63 ans d'âge moyen. La fatigue morale et l'anxiété sont identifiées comme les principales conséquences associées au rôle d'aidant.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

Les préoccupations des aidants familiaux sont de natures différentes mais se rejoignent, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte handicapé ainsi que d'une personne âgée dépendante.

Pour la personne âgée

(Fiche SROMS - PA Maintien à domicile)

Les familles qui aident une personne âgée à son domicile sont souvent en situation de tension, d'isolement intra et extra-familial, et de fatigue confinante à l'épuisement, surtout si la personne aidée est très dépendante et souffre de pathologies difficiles à prendre en charge (caractérisées par des troubles de la mémoire et des comportements inadaptés aux situations de la vie quotidienne, s'accompagnant de comportements agressifs et/ou de déambulations nocturnes perturbant relations et vie familiale, conduisant à la gestion de fluctuations "permanentes" de l'état de santé en raison de multi pathologies...).

⁶⁴ Etudes et résultats DREES N°186 Août 2002 "Les aidants des adultes handicapés". www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er186.pdf



De la qualité du soutien de l'aidant d'un proche malade, dépendant, handicapé au quotidien dépend la bonne organisation du maintien à domicile. Il est donc indispensable *d'accompagner cet aidant en vue d'éviter son épuisement physique et psychique* qui peut entraîner l'institutionnalisation précoce du proche malade, et de prévenir les situations de maltraitance pouvant survenir dans ce contexte.

Globalement, les diverses formules d'aide aux aidants visent l'amélioration de la qualité et la continuité de la prise en charge de personne aidée en facilitant l'accès à l'information par l'orientation vers les dispositifs existants les plus pertinents au regard des besoins, en apportant un soutien moral, en évitant l'isolement face à la perte d'autonomie du proche et en recréant la dynamique familiale, en formant/sensibilisant pour éviter l'épuisement physique, en proposant une aide à la décision en cas de crise et un accompagnement psychologique.

Si la lisibilité, le développement et/ou l'optimisation de l'offre existante citée précédemment (dispositifs de soutien, programmes, bilan de santé, etc.) reste d'actualité, si de nouveaux dispositifs à destination des aidants sont en cours de mise en place notamment dans le cadre du plan Alzheimer, il importe, pour accompagner l'aidant dans son rôle et lui permettre de faire face à sa mission, de :

- progresser dans la définition des actions, programmes et dispositifs à soutenir prioritairement le renforcement des coordinations en place sur chaque territoire et une concertation accrue pour une priorisation de l'offre (exemple : dans le cadre du PAPA FC, une coordination se met en place officiellement au 1^{er} septembre 2011 sur chaque département) ;
- accompagner le développement et la diversification des formules de répit.

Afin de concrétiser cet objectif, il serait souhaitable de pouvoir formaliser en articulation avec les Conseils généraux, un plan stratégique de développement et de diversification des formules de répit.

Pour la personne handicapée

(Fiche SROMS - PH Soutenir le maintien à domicile)

Les MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) disposent d'un service d'évaluation de l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap. Les réponses seront fonction du parcours de la personne et de son projet de vie. L'évaluation porte également sur l'environnement, la famille, les situations sociales et professionnelles. Le rôle de cette évaluation est de conseiller la personne sur "la prise en charge" qu'elle peut espérer. Suite à cette évaluation, un plan personnel de compensation est proposé.

S'agissant des enfants, les aidants familiaux sont majoritairement les parents qui ont acquis des savoir-faire et des compétences du fait de leur implication quotidienne. Le relais par des professionnels est souvent délicat et difficile à mettre en œuvre. Avec la loi de 2005, l'aidant familial est reconnu mais cette reconnaissance reste toutefois partielle. De plus, le maintien de 2 formes de compensations spécifiques (l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé - AEES et la prestation de compensation du handicap - PCH) n'a pas forcément favorisé le recours à des professionnels qui est, finalement, peu utilisé du fait des difficultés des familles à laisser un tiers entrer dans une relation familiale, à faire appel aussi à des savoir-faire "différents" et à articuler les différentes interventions, entre famille et professionnels.

Nouvelles orientations

(Fiches SROMS - PA Optimiser le maintien à domicile - PH Prise en charge)

- Mettre en cohérence les dispositifs de prévention et d'aide aux aidants existants et renforcer leur visibilité selon les besoins des usagers.

Il s'agit de concrétiser une information claire et accessible pour les personnes dépendantes et leurs aidants.

- Soutenir les formules innovantes de soutien des aidants

En sortant de l'expérimentation pour certains dispositifs (baluchonnage, bistrot des aidants...) et en encourageant des formules de type accueil de jour itinérant dans les zones rurales.

Objectif 4.3 : Promouvoir la bientraitance en institution et à domicile

a- Contexte

La maltraitance dont peuvent être victimes les personnes vulnérables, de par leur âge ou leur handicap, est un phénomène complexe et multiforme.

La politique mise en place par l'Etat depuis 2000 pour lutter contre ce phénomène vise à assurer la protection de ces personnes en facilitant le signalement des faits de maltraitance et en renforçant les contrôles opérés au sein des établissements sociaux ou médico-sociaux. Elle cherche également à prévenir les risques de maltraitance en accompagnant les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une politique active de bientraitance.

L'amélioration croissante de la sécurité et de la qualité sont devenus un véritable enjeu de santé publique (*Cf l'enjeu transversal n°1*).

La loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées portent la volonté de développement de bientraitance envers l'usager, en renforçant les démarches d'évaluation, de contrôle et de protection des personnes. Elle prévoit la formalisation de documents (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, document individuel de prise en charge) qui contribuent à la prévention des risques maltraitance.

La loi du 11 février 2005⁶⁵ a conforté encore le respect des droits des usagers en instaurant un processus d'évaluation individuelle qui part des besoins exprimés par la personne pour être mis en œuvre dans le cadre d'une prise en charge sociale et médico-sociale en établissement ou service.

Face au constat que trop d'établissements accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées sont encore vétustes et doivent être mis aux normes de sécurité et de confort, le Ministère s'est donné comme objectif d'humaniser le cadre de vie des personnes âgées et des personnes handicapées pour permettre une prise en charge plus digne, plus respectueuse de l'intimité, de la sécurité et des souhaits des résidents, en améliorant les conditions de travail du personnel.

En Franche-Comté, le renforcement des programmes pluriannuels de contrôle en particulier dans les structures accueillant des personnes âgées a mis en évidence la nécessité de considérer la prévention de la maltraitance dans ce type d'établissement comme un véritable enjeu de politique publique.

b- Chiffres clés

La maltraitance peut s'observer dans deux situations :

- à domicile où les auteurs des faits sont pour plus de la moitié les familles. Ces mauvais traitements sont signalés en premier lieu par les professionnels de l'aide à domicile. Elle peut être psychologique (14 %), financière (22 %) et physique (14 %). Une enquête⁶⁶ a permis de faire

⁶⁵ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, www.legifrance.gouv.fr

⁶⁶ Evaluation quantitative et qualitative du réseau ALMA (allô maltraitance) en 2007

ressortir que 86 % des personnes âgées qui subissaient des maltraitances et négligences vivaient à leur domicile ;

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

En Franche-Comté, 41 établissements (soit environ 20%) ont été contrôlés au cours de la période 2002/2006 (18 établissements pour personnes handicapées et 23 EHPAD). Les contrôles se sont poursuivis lors de la mise en œuvre du second plan 2007/2011 avec 28 structures inspectées de 2007 à 2010 'soit'⁶⁷, la moitié d'entre elles accueillant des personnes âgées. Au-delà de ces programmes de contrôles, des inspections inopinées et suite à des plaintes ont été menées. De 2002 à 2010, ce sont au total 34 structures pour personnes handicapées et 48 établissements pour personnes âgées dépendantes qui ont fait l'objet d'une inspection.

Concernant la modernisation des établissements sur la période 2006-2010, ce sont 16 établissements pour enfants et adultes handicapés et 27 établissements pour personnes âgées qui ont bénéficié d'un soutien financier de l'Etat pour des opérations de modernisation.

c- Perspectives

Poursuite des actions entreprises

(Fiches SROMS - PA Maintien à domicile – Conforter la démarche qualité en EHPAD)

La bientraitance en établissement est analysée au regard des pratiques des professionnels. Elle s'articule autour de deux axes : la capacité du professionnel à gérer les risques, la dynamique institutionnelle développée autour de la mise en œuvre des droits et du projet de vie de la personne. La prise en charge de la personne handicapée ou âgée à domicile se caractérise par la globalité et la complexité de l'activité soins et accompagnement qu'elle implique. En 2009, le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, a formalisé un guide de gestion des risques maltraitance pour les services d'aide de soins et d'accompagnement à domicile et un second guide pour la gestion des risques de maltraitance en établissement. Il s'agit d'accompagner chacun des secteurs dans une meilleure identification des différents facteurs qui peuvent isolément ou par un effet de cumul, conduire à un acte de maltraitance.

La démarche de bientraitance est une dynamique que s'approprie l'ensemble des professionnels d'un établissement ou service selon leurs modalités propres. Cette appropriation nécessite néanmoins de se concrétiser par des mesures précises. Elles visent en priorité :

- la potentialisation des ressources tant internes que celles disponibles sur le territoire ;
- les conditions d'exercice des professionnels qui concourent à une relation "personne accueillie – professionnels" respectueuse des droits des personnes accueillies, favorisant l'individualisation et la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement (médicale, psychologique, sociale) ;
- la professionnalisation et la qualification des intervenants ;
- l'organisation (communication, documentation, système d'information) et le management, de façon à permettre la mise en œuvre d'un accompagnement inscrit dans une logique d'individualisation, de respect des droits et de prévention.

En 2011, l'ARS a intensifié son programme de contrôle des EHPAD et prévu de se rendre dans tous ces établissements sur la période 2010-2013, en collaboration avec les Conseils généraux.

⁶⁷ La Franche-Comté compte 139 établissements pour personnes âgées + et 189 établissements et services de compétence propre ARS ou conjointe pour personnes handicapées



La poursuite du programme de modernisation des établissements est également une priorité.

De plus, un certain nombre de démarches qualité/efficience ont été initiées qui ont toutes vocation à être pérennisées. Parmi ces initiatives figurent notamment la mise en place d'une formation des infirmières coordinatrices en EHPAD, ainsi que l'accompagnement d'un groupe de 20 EHPAD dans la préparation à l'évaluation externe qui s'impose à l'ensemble des ESMS de par la loi. Elle a sollicité pour cela l'expertise du Groupement d'intérêt public "RéQua", dont l'expérience en matière de démarche qualité dans les établissements de santé est précieuse. Ce dernier a constitué une équipe d'appui à destination des établissements médico-sociaux retenus dans le cadre de projet. Il a aussi développé un outil d'aide à réalisation et à la saisie des rapports d'évaluation internes qui serviront de base à l'évaluateur externe

Nouvelles orientations

(SROMS Orientations majeures et Fiches SROMS PA PH Coordination inter institutions - PA Maintien à domicile - PH Prise en charge - PA qualité de vie)

- S'inscrire dans une logique d'anticipation des besoins en professionnels, de soutien à la formation, et à l'émergence de nouveaux métiers en coordination étroite avec le Conseil régional et les Conseils généraux
- Développer les actions d'accompagnement des établissements et services dans leurs démarches qualité
- Donner une nouvelle structuration juridique au RéQua pour développer des actions de bientraitance et de qualité dans le secteur médico-social.

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

a- Contexte

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

Le plan Alzheimer centré sur la personne malade et sa famille a pour objectif notamment de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants⁶⁸. Il doit permettre de progresser dans l'organisation des soins ainsi que dans l'accompagnement médico-social. Un de ses axes consiste à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants. Il doit donc apporter un soutien accru aux aidants, renforcer la coordination entre les intervenants, permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile, améliorer le recours aux soins, optimiser le parcours de soins et améliorer l'accueil en établissement.

Le plan Autisme⁶⁹, est axé sur la diversification des approches par le développement d'une offre de services et de soins cohérente et diversifiée. Pour les adolescents autistes, il convient d'avoir des réponses modulées qui répondent à leurs besoins spécifiques : internat souple, séjours temporaires, de rupture.

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

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

Le programme national pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a pris en compte cette dimension : il contient une action spécifique relative à "l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés" (fiche 5 du programme).

Les Conseils généraux ont intégré la problématique de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées dans leur programmation.

b- Chiffres clés

Les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées

En France, on estime à plus de 800 000 les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. A partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 seraient touchés.

⁶⁸ Plan Alzheimer 2008-2012 <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>
⁶⁹ Plan autisme 2008-2010 www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_autisme_2008-2010.pdf

En Franche-Comté, on dénombrerait 15 400 cas de démence dont 12 600 cas de maladies d'Alzheimer, et 3 400 nouveaux cas de démence chaque année.

Une étude régionale en cours, ainsi que le recours aux données commençant à être recueillies dans le cadre de la Banque nationale Alzheimer (BNA) auprès des consultations mémoires et du Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR), permettront d'avoir une vision plus réaliste et plus précise, à la fois quantitative et qualitative (provenance des patients, sexe, situation géographique, diagnostic posé...) des consultations, diagnostics et prises en charge.

73 % des places d'accueil de jour disponibles en région sont dédiées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, avec une répartition territoriale inégale.

237 places d'hébergement temporaire existent en Franche-Comté.

L'offre en structures dédiées à la prise en charge de l'autisme

Sur le plan épidémiologique, en 2009, selon la Haute autorité de santé, la prévalence estimée pour l'ensemble des troubles envahissants du développement (TED) dont l'autisme, est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans.

Le secteur de l'enfance handicapée propose 7 places en SESSAD et 165 places en Institut médico-éducatif (IME).

Le secteur des adultes handicapés propose 67 places en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et 8 places en Maison d'accueil spécialisée (MAS).

L'offre pour personnes handicapées vieillissantes

Avant l'âge adulte, 90 % des personnes handicapées⁷⁰ sont atteintes d'une seule déficience mais en vieillissant leur état de santé se détériore du fait de déficiences associées. Ainsi, le vieillissement n'est ni linéaire, ni continu et il apparaît beaucoup plus tôt que dans la population générale. Cette précocité nécessite de bien repérer les nouveaux besoins spécifiques à satisfaire, d'adapter régulièrement les organisations tant en termes de diversification de l'offre, que d'évolution des pratiques professionnelles que de restructuration du bâti.

La Franche-Comté est dotée de structures d'accueils spécifiques pour cette population.

Le Jura dispose d'un FAM pour déficients intellectuels vieillissants, avec 20 places d'hébergement permanent et 2 places d'hébergement temporaire et un EHPAD de 40 places

Le Territoire-de-Belfort propose un FAM de 14 places (ouvert en septembre 2011), destiné en priorité à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

La Haute-Saône possède 5 places de SSIAD qui sont dédiées à la prise en charge de trisomique 21 vieillissants.

Le Doubs a deux foyers de vie et un foyer d'hébergement qui représentent au total 29 places ; par ailleurs un EHPAD accueille 56 handicapés mentaux vieillissants.

c- Perspectives

Poursuite des actions engagées

Personnes atteintes de la pathologie d'Alzheimer *(Fiches SROMS - Personnes âgées)*

La Franche-Comté poursuivra la mise en œuvre du plan national sur la période 2008-2012. Elle soutiendra prioritairement, d'une part, les aidants, et d'autre part, contribuera au maintien à domicile, pour retarder l'institutionnalisation, dès lors que cela serait le choix des personnes atteintes et de leur famille.

⁷⁰ Enquête HID (Handicap-Incapacité-Dépendance) de l'INSEE en 2002 www.insee.fr

Il importe donc d'offrir sur le territoire de santé une palette diversifiée et accessible de structures et formules d'aide et de répit qui correspondent aux besoins et attentes des aidants et des patients et bien entendu une prise en charge de qualité des patients tout en évitant une trop grande dispersion des dispositifs constituant alors un frein à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pouvant encore accroître le désarroi des aidants.

Les accueils de jour doivent proposer un service de proximité reposant sur un véritable projet d'accueil et d'activité et être accessibles (transports, coût restant à charge) quelle que soit leur implantation (gestion différentielle selon les spécificités du secteur). L'optimisation de leur fréquentation repose également sur la communication faite (bonne compréhension des objectifs de ces dispositifs par le grand public permettant d'éviter culpabilisation de l'aidant et refus de participation de la personne aidée) et l'articulation pouvant être faite avec d'autres structures et dispositifs en place ou émergents (MAIA, plateforme répit...). Souplesse de leur fonctionnement et couplage avec d'autres formes de répit (accueil de nuit par exemple), renforcement des hébergements temporaires, correspondent à des besoins croissants des usagers.

La région doit également se doter de 3 "plateformes de répit" (2 en 2011, 1 en 2012 qui ont fait l'objet d'un appel à projet en 2011). Elles ont pour objectif principal d'offrir, sur un lieu unique, une palette complète de services et de prestations aux malades et à leur famille, dans les domaines les plus variés (accompagnement de la personne malade, soutien et répit pour l'aidant, activités pour le couple aidant-aidé). Elles permettront également de repositionner l'accueil de jour comme dispositif de maintien à domicile. Les formules de type "Café des aidants" et "Bistrot aidants", très appréciées par les aidants (voire les malades) seront amenées à se développer.

En complément des dispositifs précédents, les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont pour vocation d'être la porte d'entrée unique pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge. Il s'agit de remédier à l'insuffisante articulation de tous les services, pour aboutir à une prise en charge coordonnée et plus soutenue.

La Franche-Comté a fait le choix d'un dispositif MAIA original, fédératif, tendant à privilégier un déploiement interdépartemental sur plusieurs territoires (Besançon, grand Besançon, Dôle et le Triangle d'Or -Arbois, Poligny, Salins les Bains-, ainsi que Gray et la région grayloise) pour déboucher à terme sur un maillage régional.

Enfin, un effort particulier doit être fait pour favoriser la mise en place d'unités dédiées (UHR), les Unités de soins de longue durée (USLD) étant de plus en plus confrontées aux difficultés de prise en charge en particuliers de personnes démentes "déambulantes". La région doit atteindre l'objectif de 2 unités UHR en EHPAD et de 5 unités en USLD (*Fiche SROS - Soins longue durée*).

De façon concomitante, la mise en place de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) doit être accélérée, de façon à atteindre 30 PASA sur le territoire régional (*Fiche SROMS - Consolider l'offre d'accueil en EHPAD*).

Le soutien à domicile doit également être renforcé, en particulier par une répartition optimisée des Equipes spécialisées Alzheimer (ESA), le développement des Consultations mémoire (CM) et des Centres mémoire de ressources (CMR), même si le territoire régional est relativement bien couvert.

Les personnes atteintes d'autisme

(*Fiche SROMS - PH Prise en charge de l'autisme*)

D'une manière générale, le plan autisme doit trouver un second souffle dans la région⁷¹ ; quatre axes de travail semblent prioritaires.

⁷¹ circulaire interministérielle DGCS/DGOS/DGS/CNSA n° 2010-292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010

Il convient en premier lieu de *revitaliser le Comité technique régional de l'autisme et de mieux préciser ses missions* : sa place doit ainsi être privilégiée dans l'approche quantitative et qualitative des besoins et des réponses régionales.

Mais il faut par ailleurs *mieux accompagner la réalisation de ses missions* qui transiteront nécessairement par l'identification des professionnels de santé intervenant dans le champ somatique, formés aux spécificités de l'autisme.

En outre, *les relations avec les MDPH vont être renforcées (présence des ARS au sein de la Commission exécutive du GIP/MDPH)⁷²*, pour parvenir à une meilleure formalisation des projets de vie des personnes handicapées.

Enfin, *la fonction de veille et de réflexion sur les pratiques du soin et de l'accompagnement doit être consolidée.*

En second lieu, la territorialisation graduée de l'offre de soins et d'accompagnement conduira à recentrer le rôle des équipes hospitalières associées au Centre de Ressources Autisme (CRA) au niveau régional sur le diagnostic des cas complexes et à l'appui et la formation des équipes hospitalières ou médico-sociales. Le rôle des équipes hospitalières de 1^{ère} ligne en matière de diagnostic des cas simples est à prioriser.

Les personnes handicapées vieillissantes

(Fiche SROMS - PH Vieillissantes)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en octobre 2010⁷³ a fait le constat suivant : *"du fait de l'ampleur du phénomène du vieillissement des personnes handicapées, ce sont de nombreux aspects de l'accompagnement médico-social qui sont donc interpellés :*

- *l'allongement plus fréquent de la vie en institution comme un phénomène à multiples implications : vieillissement des personnes elles-mêmes, évolution des pratiques professionnelles, impact sur les organisations professionnelles, la formation, sur le bâti...;*
- *l'interprétation des chiffres de la population accueillie en établissements pour adultes. En effet, malgré un doublement en dix ans de la capacité d'accueil en MAS, par exemple, le besoin d'accueil reste important dans la mesure où ce doublement a sans doute à peine permis "d'absorber" le vieillissement de la population accueillie ;*
- *la capacité d'adaptation des structures (établissements et services) déjà existantes, dont l'adaptabilité des projets de services aux projets de vie ;*
- *la nécessité de réévaluer les situations individuelles".*

Sur les bases de ce dossier technique, dans le cadre des travaux SROMS, une 1^{ère} réunion de réflexion sur cette question a été initiée par l'ARS en avril 2011. Il serait fondamental de pouvoir *poursuivre des travaux de manière partenariale associant les Conseils généraux et des représentants des établissements et services tant du secteur du handicap que du secteur personnes âgées.*

Nouvelles orientations

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'inscrit exclusivement dans la continuité de l'exécution du plan.

Il en est de même concernant l'autisme qui nécessite une revitalisation du plan qui lui est consacré.

⁷² Loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap

⁷³ CNSA Dossier technique traitant de l'aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées

Les personnes handicapées vieillissantes

(Fiche SROMS - PH Vieillissantes)

La première orientation est *d'améliorer le repérage des besoins des personnes handicapées vieillissantes* en se dotant de grilles d'analyse communes entre les professionnels du handicap et du vieillissement notamment grâce à l'outil GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, et d'accentuer l'effort de formation des professionnels qui accompagnent les personnes handicapées

La deuxième orientation consiste à *adapter la prise en charge, d'une part en ESAT par le développement du temps partiel, plus adapté aux potentialités de travail de la personne handicapée vieillissante, et d'autre part en recherchant avec les Conseils généraux les possibilités de mieux diversifier les solutions d'hébergement et d'accompagnement* (appui renforcé des SAVS et des SAMSAH, accueil de jour ou temporaire, places en SACAT).

La troisième orientation consiste à *explorer d'une part la possibilité de recourir aux professionnels libéraux dans les structures et services non dotés de personnel soignant, et d'autre part de médicaliser des foyers de vie.*

La formation des personnels est également une priorité pour répondre mieux encore aux besoins de ces publics particuliers. Si les formations initiales constituent un socle généraliste de qualité, il est indispensable de les conforter.



Éléments de cadrage pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du Projet régional de santé (PRS)

a- Enjeux

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

b- Cadre général

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

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

- le suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique, des Schémas et Programmes sur la base, d'une part, d'indicateurs de résultats (travaux du Haut conseil de santé publique⁷⁴ et CPOM Etat / ARS), et d'autre part, d'indicateurs de moyens,
- l'évaluation globale de la politique mise en œuvre à travers une évaluation intermédiaire (date à définir) et au terme du plan (2016) dont les axes et le questionnement doivent être définis sur la base d'un cahier des charges conçu en amont de la mise en œuvre du projet. Cette évaluation pourrait alors se présenter comme un bilan global du PRS qui croisera des indicateurs de moyens et de résultats disponibles mais qui devra également mettre en œuvre des enquêtes complémentaires nécessaires à la compréhension de son impact (notamment, à travers des études qualitatives).

c- Suivi de la mise en œuvre des différents éléments du PRS comme outil de pilotage

Le suivi doit permettre d'analyser périodiquement l'avancement du PRS. Il consiste à apprécier le degré de déploiement des activités, les modalités de mise en œuvre envisagées (implication des acteurs, respect des échéances, moyens engagés...) et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus. Il permet également d'examiner les premiers résultats obtenus et d'analyser leur conformité avec les objectifs fixés.

⁷⁴ Haut Conseil de la Santé Publique : Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 – Propositions ; Collections avis et rapports, avril 2010.

Ce suivi est un outil d'aide à la décision pour l'Agence. Il permettra d'apporter d'éventuels réajustements sur les programmes ou actions. Le suivi s'appuiera sur des tableaux de bord alimentés par une collecte régulière et organisée de données.

Des indicateurs devront être définis pour les différentes parties du PRS.

Les indicateurs déjà mis en place :

- pour le projet d'agence 2010-2011,
 - pour le suivi du CPOM signé entre l'ARS de Franche-Comté et le Ministère,
 - pour le suivi du Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR)
- seront réutilisés et mis au service de ce suivi du PRS.

d- Evaluation globale du PRS pour mesurer les effets de la politique mise en place

L'évaluation doit permettre de porter un regard sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre du PRS sur la base du recueil et de l'analyse d'informations quantitatives et qualitatives. L'objectif final de cette évaluation globale est de réorienter si besoin le PRS (évaluation intermédiaire) ou de formuler des préconisations pour le prochain PRS (évaluation finale).

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

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

La CRSA et les Commissions de coordination des politiques de santé apporteront leurs contributions à l'évaluation de la politique de santé.



Le siège

La City - 3, avenue Louise Michel - 25044 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 47 82 30 - Fax : 03 81 83 22 05

Délégation territoriale Doubs

La City - 3, avenue Louise Michel - 25044 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 47 82 30 - Fax : 03 81 65 58 59

Délégation territoriale Haute-Saône

3 rue Leblond - BP 412 - 70014 Vesoul Cedex
Tél. : 03 84 78 53 00 - Fax : 03 84 76 38 05

Délégation territoriale Jura

4, rue du Curé Marion - BP 60348 - 39015 Lons-le-Saunier Cedex
Tél. : 03 84 86 83 00 - Fax : 03 84 24 67 64

Délégation territoriale Territoire de Belfort

8, rue Heim - BP 207 - 90004 Belfort Cedex
Tél. : 03 84 58 82 00 - Fax : 03 84 28 71 38

www.ars.franche-comte.sante.fr

