

## DOCUMENT DE TRAVAIL

**TRAVAUX PREPARATOIRES AU PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE**

**EN REGION CENTRE**

**LA DEFINITION DES PRIORITES PAR DOMAINES**

**ETAT D'AVANCEMENT - FEVRIER 2011**

## PREAMBULE

Dans le cadre des travaux d'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), première composante du Projet Régional de Santé (PRS), et à la suite d'une première étape de diagnostic sur l'état de santé et l'offre de santé, l'ARS du Centre a travaillé à la rédaction des **propositions de priorités et d'objectifs associés par domaines** du futur plan Stratégique.

Le décret du 31 mai 2010 relatif au PRS prévoit que les objectifs du PSRS soient définis en termes de :

- prévention ;
- amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé;
- réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins;
- qualité et d'efficacité des prises en charge;
- respect des droits des usagers.

Pour ce faire, plusieurs **groupes de travail** (composition en annexe), animés par l'ARS, se sont réunis à l'échelon régional pour chaque domaine thématique.

En complément de ces groupes thématiques, une réflexion a été menée au sein de l'ARS pour le **domaine transversal** « Accessibilité, qualité et efficacité du système de santé ».

Par ailleurs, les **conférences de territoires** se sont réunies pour la deuxième fois au début du mois de février pour rapporter leur lecture et analyse du diagnostic, et faire part de leurs préconisations.

A partir de l'ensemble de ces travaux, le présent document porte donc à la connaissance des commissions de consultation de la CRSA et de coordination des politiques publiques les propositions de priorités et d'objectifs associés pour chacun des domaines cités ci-dessus.

**Pour chaque domaine, est présenté :**

- le **périmètre** du domaine
- les **priorités**, justifiées selon plusieurs critères. Pour faciliter la lecture, les priorités sont numérotées ; cette numérotation ne doit pas s'entendre comme un ordre de classement hiérarchisé.
- Des propositions d'**objectifs** associés à chaque priorité : deux niveaux d'objectifs sont présentés :
  - o Des objectifs généraux : décrivent le résultat global attendu
  - o Des objectifs spécifiques : décomposent l'objectif général en fonction des spécificités qu'il recouvre.

L'exercice de rédaction des objectifs, parfois complexe pour respecter cette déclinaison en différents niveaux, a parfois conduit à identifier d'ores et déjà des objectifs de type opérationnel ayant vocation à se retrouver davantage dans les schémas. Pour autant, à ce stade du travail et de la concertation, il semble intéressant de restituer les travaux dans leur globalité.

**Ce document reste un document de travail retraçant les différents travaux menés avec les partenaires institutionnels et acteurs.**

**Pour garantir l'unité et la cohérence de l'ensemble, l'ARS pourra être amenée à reformuler ou réorganiser certaines idées pour garantir la lisibilité du document final du PSRS.**

## DOMAINE PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

### ► Le périmètre du domaine ?

D'un point de vue épidémiologique, la période périnatale a été définie initialement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Cette définition a été admise notamment pour permettre des comparaisons internationales en termes de mortalité. Compte tenu des évolutions des prises en charge et de leur impact favorable sur la viabilité de l'enfant, la période périnatale peut être aujourd'hui envisagée à partir de la 22<sup>ème</sup> semaine et jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour de vie après la naissance.

Au-delà de cette définition épidémiologique, le terme de périnatalité – littéralement « autour de la naissance » - couvre la période « avant, pendant et après la naissance » dans une acception plus large. Le plan périnatalité 2005-2007 conduit une réflexion sur tous « les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ». Le terme « après la naissance » peut aller, pour certains, jusqu'à un an, pour d'autres jusqu'à 3 ans.

Dans le cadre de la structuration du PRS, ce domaine de la Périnatalité est spécifique au sens où il fait référence à des tranches d'âge précises, contrairement à d'autres domaines qui prennent en compte toutes les âges de la vie (ex : autonomie, santé mentale). Pour autant, il englobe des problématiques très variées telles que l'éducation à la sexualité, la prévention des grossesses non désirées, la grossesse et l'accouchement et enfin la santé des jeunes enfants. La limite d'âge des enfants pris en compte dans ce domaine du PRS mérite d'être précisée. Compte tenu des enjeux de santé publique propres à l'enfance, notamment en termes de réduction des inégalités sociales de santé et de constitution d'un capital santé, il est proposé de retenir la tranche d'âge 0-6 ans, correspondant par ailleurs à la population relevant des actions de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (article L 2111-1 du Code de Santé Publique)

**Le périmètre de ce domaine correspond donc à l'ensemble des programmes et actions s'intéressant à la santé sexuelle (hors Infections Sexuellement Transmissibles), la grossesse, l'accouchement, la naissance, la période néonatale et la santé des enfants de 0 à 6 ans.**

## **Priorité n°1 : GARANTIR DES CONDITIONS DE GROSSESSE ET DE NAISSANCE FAVORABLES**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?**
  - 30 093 naissances vivantes domiciliées en région en 2009
  - Age moyen des mères : 29,3 ans (contre 29,6 en France) - stabilisation de la moyenne d'âge depuis 2000
  - 0,6% de mères mineures lors de la naissance (0,5% en France)
  - 6,7% de mères > 37 ans – augmentation de cette proportion depuis 2007.
  - Taux de mortalité maternelle en région inférieur à la valeur nationale: (source INSERM) (BEH thématique 2-3 – janvier 2010)
  - Des disparités repérées entre établissements dans les pratiques des césariennes en maternités de niveau 1
- **Quelle est la sévérité du problème (caractère léthal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?**

Les conditions de la grossesse et de l'accouchement sont déterminantes pour le bon déroulement de cette période et la surveillance des risques et des facteurs de fragilité aussi bien pour la mère que pour l'enfant. La surveillance et la prévention pendant cette période permettent de limiter la survenue de plusieurs risques aggravants pour la santé de la mère et de l'enfant.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?**

L'ARS dispose d'un ensemble de compétences permettant d'agir sur le secteur de la prévention et la promotion de la santé, l'organisation des réseaux de santé et l'organisation de l'offre de soins hospitalière.

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**
  - Cf Plan périnatalité 2005-2007,
  - Cf. Recommandations du Haut Conseil de Santé Publique et de la Haute Autorité de Santé,

Priorité	objectif général	objectifs spécifiques ou objectifs opérationnels	prévention	amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé	réductions des inégalités sociales et territoriales	qualité, efficacité des prises en charge	respect du droit des usagers	COMMENTAIRES
1. Garantir des conditions de grossesse et de naissance favorables	1.1 Promouvoir les comportements favorables autour de la grossesse	1.11 Diminuer la part de femmes consommant des substances toxiques pendant la grossesse (alcool, tabac, drogues, autres substances, etc)	X	X	X	X		
		1.12 Améliorer l'information et l'accompagnement autour de l'allaitement maternel	X	X	X	X	X	
		1.13 Améliorer l'information et la préparation au projet de grossesse	X	X	X	X	X	Lien à faire avec le plan régional santé au travail ; Prévention des troubles de la fécondité
	1.2 Améliorer le repérage et le suivi des facteurs de risque chez la femme enceinte	1.21 Augmenter le nombre d'entretiens prénataux réalisés (4ème mois)	X	X	X	X	X	
		1.22 Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles autour de la grossesse (exemple: prise en charge des grossesses à des âges extrêmes, etc)	X	X	X	X	X	
		1.23 Favoriser la collaboration interdisciplinaire		X		X		prendre en compte les conditions de travail des femmes enceintes

## Priorité n°2 : PRESERVER LA SANTE DE L'ENFANT

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?**

(cf diagnostic Etat de santé)

- 30 093 naissances vivantes domiciliées en région en 2009
- Maintien du nombre de prématurés (5,9% des enfants nés en 2009) ;
- Mortalité infantile (<1 an) équivalente au national (3,7 DC pour 1000 naissances) pour la période 2000-2007
- Plusieurs problèmes de santé identifiés et appelant des réponses en termes de prévention et d'accompagnement : le surpoids et l'obésité, les pathologies respiratoires, les vaccinations, les troubles générant des incapacités

- **Quelle est la sévérité du problème (caractère létal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?**

La petite enfance représente une période de la vie charnière dans la constitution du « capital santé » de l'enfant pour sa santé future à l'âge adulte. Une attention doit être portée sur le gradient social particulièrement marqué à cette période de la vie.

Les troubles pouvant générer des incapacités sont nombreux et méritent un repérage précoce de manière à organiser au plus tôt la réponse, notamment par la compensation des handicaps.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?**

L'ARS dispose d'un périmètre de compétence lui permettant d'agir en prévention et promotion de la santé, ainsi que sur l'organisation de l'offre médico-sociale et de soins.

Ce domaine méritera une coordination étroite avec de nombreux acteurs tels que les collectivités territoriales, les services de l'Education nationale et d'Assurance Maladie.

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

Oui. Cf Plan national nutrition santé, Calendrier vaccinale, Orientations de la CNSA, etc)

Priorité	objectif général	objectifs spécifiques ou objectifs opérationnels	prévention	amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé	réductions des inégalités sociales et territoriales	qualité, efficacité des prises en charge	respect du droit des usagers	COMMENTAIRES
2. Préserver la santé du jeune enfant (0-6 ans)	2.1 Diminuer la part d'enfants de 0 à 6 ans atteints d'obésité et de surpoids en région Centre (cible: 12,1%)	2.11 Diminuer la prévalence des enfants (0-6 ans) atteints d'obésité (objectif : 3,1%)	X	X	X	X		territoires prioritaires: ZEP et rural
		2.12 Diminuer la prévalence des enfants (0-6 ans) atteints de surpoids (objectif: 9%)	X		X	X		territoires prioritaires: ZEP et rural
	2.2 Asthme et allergies	2.21 Diminuer la prévalence de l'asthme et des allergies chez le jeune enfant	X		X	X		lien à faire avec le groupe Veille et sécurité sanitaire (qualité de l'air et des milieux)
	2.3 Améliorer le dépistage précoce et l'orientation des enfants atteints de handicap	2.31 Améliorer le dépistage précoce et la prise en charge des troubles sensoriels (surdité, vision, etc)	X	X	X	X	X	
		2.32 Améliorer le dépistage précoce et la prise en charge des troubles neuromoteurs	X	X	X	X	X	
		2.32 Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles des apprentissages	X	X	X	X	X	
	2.4 Améliorer la couverture vaccinale du jeune enfant		X		X	X		

## Priorité n°3 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

### • quelle est l'ampleur du problème ?

- Nombre de recours à l'IVG en augmentation depuis 10 ans, avec une stabilisation voire une baisse constatée plus récemment
- Taux régional des IVG (12 pour mille femmes de 15 à 49 ans) inférieur au taux national (14,7 pour mille) avec cependant des disparités intra-régionales (taux plus élevés dans le 41 et le 45).
- Taux de recours qui augmente jusqu'à 25 ans puis décroît
- Taux régional d'IVG chez les mineures (8%) supérieur au taux national (6,6%) et un recours plus fréquent aux IVG tardives pour cette population.
- 83% des grossesses chez les mineures se terminent par une IVG contre 1/3 des grossesses chez les patients âgées de 45 à 49 ans.
- Taux d'IVG médicamenteuses (60% des IVG) supérieur au taux national (48,5%) ? mais peu pratiquée en ville : 7 établissements de la région ont signé 23 conventions, soit une moyenne de 0,86 convention signée par établissements contre 1,87 en métropole.

### • quelle est la sévérité du problème ?

Le recours à l'IVG constitue une décision lourde ce sens pour les femmes. Il traduit par certains aspects un échec de la contraception et mérite d'être effectué dans des conditions de qualité et de sécurité pour éviter toutes complications. L'aspect prévention dans la prise en charge est également primordial pour éviter les IVG itératives. 25% des femmes ayant recours à l'IVG en région ne sait pas où s'adresser.

### • la capacité à agir de l'ARS ?

Le périmètre de compétence de l'ARS permet d'intervenir en prévention des IVG, mais également d'organiser l'offre de soins hospitalière et inciter aux coopérations entre professionnels de santé pour améliorer notamment l'accessibilité.

### • l'inscription dans les priorités nationales ?

Cf Plan périnatalité 2005-2007, Recommandations du Haut Conseil de Santé Publique et de la Haute Autorité de Santé, Rapport IGAS 2010 relatif à l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse ;



Priorité	objectif général	objectifs spécifiques ou objectifs opérationnels	prévention	amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé	réductions des inégalités sociales et territoriales	qualité, efficacité des prises en charge	respect du droit des usagers
3. La prévention et la prise en charge des IVG	3.1 Diminuer le nombre d'IVG	3.11 Diminuer le nombre d'IVG chez les mineures	X	X	X	X	X
		3.12 Diminuer le nombre d'IVG chez les femmes de 15 à 49 ans	X	X	X	X	X
	3.2 Améliorer la prise en charge des IVG	3.21 Améliorer la connaissance des femmes et des professionnels sur les dispositifs de prise en charge	X	X		X	X
		3.22 Favoriser la diversification des modes de prise en charge des IVG		X		X	X
		3.23 Améliorer le suivi post-IVG	X	X	X	X	X

## DOMAINE SANTE MENTALE

### ► Le périmètre du domaine :

L'ensemble des programmes et actions destinés à prévenir les troubles mentaux, à prendre en charge et accompagner les personnes en souffrance psychique ou atteintes de maladies mentales.

### Priorité n°1 : UN EGAL ACCES DE TOUS A LA SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE REGIONAL

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?  
Une inégalité d'accès manifeste d'autant que les maladies mentales se classent selon l'OMS au 3<sup>e</sup> rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités ; toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir au cours des prochaines années.
- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère léthal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?  
Au-delà des malades eux-mêmes, la vie de l'entourage est également bouleversée. Par ailleurs, la souffrance psychique touche encore plus d'individus et de groupes sociaux, en lien avec des conditions de vie difficiles. Elle a également des incidences économiques importantes du fait de son retentissement sur l'emploi et les habiletés sociales.
- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?  
L'ARS dispose de la par la loi HPST d'une ensemble de compétences qui lui donne davantage de leviers d'action en terme de santé publique, d'offre de soins et médico-sociale. En termes de moyens mis en œuvre et notamment de compétences professionnelles, elle intervient dans un cadre contraint mais peut favoriser l'optimisation des ressources notamment par une meilleure articulation.
- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**  
Cette priorité est en cohérence avec les constats et les recommandations du plan national de santé mentale 2005-2008 et se retrouve également dans les axes développés dans plusieurs rapports nationaux récents.

Priorité 1 : Un égal accès de tous à la santé mentale sur le territoire régional	Objectif général	Objectif spécifique Ou opérationnel	Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
	1.1 Mieux connaître le besoin	1.11 Améliorer la connaissance des besoins en fonction des spécificités des territoires et groupes sociaux	x	x	x		
		1.12 Identifier par territoire de santé et en infra-départemental les freins à la fluidité du parcours de soins		x	x	x	x
	1.2 Garantir l'accès aux professionnels	1.21 Renforcer l'attractivité pour les nouveaux professionnels		x	x	x	
		1.22 Favoriser les coopérations entre professionnels ( <i>et plus particulièrement entre psychiatres et infirmiers spécialisés en santé mentale et entre psychiatres et psychologues</i> )		x	x	x	
		1.23 Renforcer la formation des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale		x		x	
		1.24 Renforcer la formation des infirmiers dans le domaine de la santé mentale		x		x	
	1.3 Considérer les malades, leur famille ou leur entourage comme des partenaires à part entière du système de santé	1.31 Garantir et renforcer la participation des représentants des usagers et de leur famille dans les instances sanitaires et médico-sociales		x		x	x
		1.32 Coopérer avec les familles dans la recherche de solutions d'accompagnements post-hospitaliers.		x	x	x	x
		1.32 Lutter contre la stigmatisation et la discrimination du malade et de la maladie mentale	x				
		1.33 Favoriser la formation de la famille et de l'entourage aux questions de santé mentale.	x				

**Priorité n°2: LE SUICIDE**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

En région Centre, on compte près de 500 décès en moyenne par an par suicide. Ces chiffres placent la région en surmortalité significative par rapport à la France.

Si la mortalité par suicide concerne principalement les hommes, les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide concernent de nombreuses femmes jeunes.

Les derniers chiffres de mortalité (2006-2008) démontrent que les suicides représentent 15,7% des décès de la tranche d'âge 15-24 ans, 19% des décès de la tranche d'âge 25-44 ans, 4,8% des décès de la tranche d'âge 45-64 ans ; 1,5% des décès de la tranche d'âge 65-74 ans et enfin, 0,8% des décès de plus de 75 ans. En valeur absolue, le nombre de suicide est le plus élevé dans la tranche d'âge 45-64 ans (170 décès par an en moyenne), puis dans la tranche d'âge des plus de 75 ans (138 décès en moyenne par an). Les décès par suicide chez les jeunes de 15 à 25 ans représentent en moyenne 21 décès annuels.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

L'ARS dispose de plusieurs leviers d'action pour agir sur la prévention et promotion de la santé, ainsi que sur l'organisation des filières de soins et de prise en charge pouvant être amenées à intervenir dans le repérage des facteurs de fragilité et la crise suicidaire, ainsi qu'en prise en charge.

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

Le problème du suicide est également un fait marquant national.

Priorité 2 : Le suicide	Objectif général	Objectif spécifique Ou opérationnel	Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficience	Droits des usagers
	1.1 Poursuivre la réduction de la mortalité par suicide	1.11 Réduire la mortalité prématurée par suicide (< 65 ans)	x	x	x	X	X
		1.12 Réduire la mortalité par suicide chez les personnes âgées	X	x	x	x	x

**Priorité n°3: ASSURER LA CONTINUITE ET LE SUIVI DES PRISES EN CHARGE**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

Le système actuel est complexe pour les usagers et ne permet pas toujours une bonne identification des ressources existantes à tous les temps de la prise en charge. Cela concerne le système de soins (lien entre médecin traitant et établissements de santé, rôle du secteur), l'articulation entre le système de soins et le secteur médico-social, l'articulation entre le système de prise en charge sanitaire et médico-social et les différentes institutions et structures impliquées dans l'insertion sociale (éducation nationale, services du travail et de l'emploi, médecine du travail, service social départemental, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, ...)

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère létal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?

Une mauvaise articulation entre les acteurs a un retentissement sur la pertinence du niveau de prise en charge à un moment donné, sur l'organisation de chacun des acteurs et donc ses capacités à répondre aux besoins. C'est d'autant plus important en région Centre dans le contexte de la démographie des professionnels de santé.

La question de l'orientation et de la prise en charge est une question prégnante qui se pose de façon très aiguë pour certaines populations (enfants et adolescents, détenus, personnes âgées, personnes en situation précaire) avec un fort retentissement sur l'entourage.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir** sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

L'ARS compétente pour la prévention, le soin et le médico-social dispose de nouveaux leviers d'action pour articuler les dispositifs qui relèvent de sa compétence ; elle peut également au sein des commissions de coordination prévention et médico-sociale rechercher des modalités d'articulation avec les pouvoirs publics en charge des établissements scolaires, de la santé au travail et de l'insertion sociale.

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

Il est en cohérence avec les constats et les recommandations du plan national de santé mentale 2005-2008 (axe 1 : une prise en charge décloisonnée) et se retrouve également dans les axes développés dans le rapport remis en 2009 par Mr Couty à la ministre de la santé (2° partie, premier paragraphe « L'organisation de la continuité et du suivi des prises en charge : une absolue nécessité »).

Priorité 2 : Assurer la continuité et le suivi des prises en charge	Objectif général	Objectif spécifique Ou opérationnel	Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
	2.1 Optimiser l'organisation de la prise en charge sur le territoire	2.11 Evaluer l'adéquation aux besoins des secteurs et intersecteurs de psychiatrie	x	x	x	x	x
		2.12 Favoriser l'organisation de la concertation et le travail en réseaux sur les territoires de proximité	x	x	x	x	x
	2.2 Favoriser le développement de structures adaptées en aval de l'hôpital	2.21 Développer les dispositifs médico-sociaux d'accompagnement		x	x		x
		2.22 Développer la coopération avec les dispositifs sociaux					
	2.3 Favoriser la continuité dans la prise en charge des handicapés psychiques	2.31 Favoriser le diagnostic précoce des troubles et du handicap psychique	x	x	x		x
		2.32 Favoriser leur accès à la prévention et aux soins (y compris somatiques)		x			x
		2.33 Veiller à l'élaboration de projets de vie en recherchant les compensations (ressources, emploi, logement) et l'accompagnement adaptés		x	x		x
	2.4 Adapter l'offre en santé mentale en faveur de publics spécifiques	2.41 Adapter l'offre en faveur des enfants et adolescents	x	x	x	x	x
		2.42 Adapter l'offre en faveur des personnes âgées	x	x	x	x	x
		2.43 Adapter l'offre en faveur des personnes en situation sociale précaire	x	x	x	x	x
		2.44 Adapter l'offre en faveur des personnes détenues	x	x	x	x	x

#### **Priorité n°4: GARANTIR UNE REPONSE AUX SITUATIONS D E CRISE**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

Les situations de crise sont en augmentation ces dernières années; elles regroupent diverses situations cliniques, notamment, la crise suicidaire, l'agitation aiguë, les pathologies post traumatiques, les addictions.

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère léthal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?

Elles engendrent des perturbations majeures dans l'environnement du sujet - famille, structures sanitaires, médico-sociales, sociales, voisinage  
Risque de mauvaise orientation dans le dispositif de prise en charge, d'impact sur la qualité de la prise en charge, sur la sécurité des patients et de leur entourage.

La crainte sociétale de la crise du malade mentale augmente de fait les hospitalisations de patients déclarés en crise.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

L'ARS dispose de leviers d'action vis-à-vis des établissements en termes d'autorisation, d'allocation de moyens, de signature des CPOM, d'inspection et de contrôle.

La compétence transverse de l'ARS sur l'ensemble des domaines sanitaires et médico-sociaux est de nature à favoriser les interactions entre tous les acteurs de la prise en charge;

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

La gestion de la crise reste une priorité de santé (sécurité?) publique.

Priorité 4 : Garantir une réponse aux situations de crise	Objectif général	Objectif spécifique Ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
	4.1 Renforcer l'organisation de la réponse à la crise sur les territoires	4.11 Renforcer l'organisation de la réponse à la crise par territoire pour les enfants et adolescents		x	x	x	x
		4.12 Renforcer l'organisation de la réponse à la crise par territoire pour les adultes		x	x	x	x
	4.2 Identifier le circuit de l'urgence	4.21 Définir de façon concertée entre les différents acteurs du parcours de prise en charge de l'urgence (sanitaire y compris en ce qui concerne le transport, médico-social, social, pouvoirs publics) la conduite à tenir en cas de crise		x	x	x	x
		4.22 Informer les familles et l'entourage sur le circuit ainsi défini				x	x
	4.3 Organiser la coordination et l'accompagnement dans le post-crise	4.31 Organiser la coordination et l'accompagnement dans le post-crise pour les enfants et adolescents	X	x	x	x	x
		4.32 Organiser la coordination et l'accompagnement dans le post-crise pour les adultes	X	x	x	x	x



## DOMAINE VEILLE ET SECURITE SANITAIRES

### ► Le périmètre du domaine :

Le périmètre de la veille et de la sécurité sanitaire recouvre :

La santé-environnementale

La veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (CIRE, Cellule de Veille et de Gestion sanitaires, cellule de préparation à la gestion de crise, cellule régionale de défense et de sécurité, plateforme de veille et de gestion sanitaire)

La prévention et la surveillance des maladies transmissibles

### Priorité n°1 : Garantir un environnement favorable à la santé

- **Quelle est l'ampleur et la sévérité du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...)?

Données nationales :

- 20 à 30 % des cancers sont d'origine environnementale selon l'expertise collective AFSSET-INSERM de 2008. L'évolution de l'incidence de ces cancers d'origine environnementale est en très forte hausse.
  - 42 000 décès seraient liés à la pollution atmosphérique
  - 5000 cas d'intoxication au monoxyde de carbone, évolution à la baisse sur les dernières décennies.
  - 10 à 15% de la population est allergique au pollen. Dans les zones infestées par l'ambrosie, ce taux peut atteindre 25% : prévalence en augmentation.
  - 4400 enfants atteints de saturnisme, incidence en forte baisse (diminution d'un facteur 20 sur une période de 13 ans entre 1995/96 et 2008/09).
  - 3000 victimes de l'amiante, majoritairement liés à une exposition professionnelle. (le pic épidémique n'est pas encore atteint en raison de la durée de latence importante des affections –de l'ordre de 30 ans)
  - 1200 cas de légionellose, létalité entre 10 et 15% selon les tranches d'âge ; légère diminution depuis 2005.
- **Quelle est la capacité de l'ARS** à agir sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?  
Pour l'ensemble des thématiques identifiées, l'ARS a la capacité et est fondée à agir. Selon les thématiques, il s'agit soit d'action régalienne, dont la mise en œuvre est rendue obligatoire et formalisée par les protocoles préfets-DGARS (contrôle sanitaire de l'Eau Destinée à la Consommation Humaine (EDCH), application des règles de salubrité des immeubles); ou d'actions à caractère plus volontariste, généralement avec des partenaires externes (air extérieur, monoxyde de carbone). Les effets des actions de santé environnementale peuvent avoir des délais de réalisation immédiats, sous réserve des moyens engagés, ces actions ont généralement des répercussions attendues sur le long terme (par exemple : prévention des risques liés à la musique amplifiée : cible essentielle = les jeunes de 15/25 ans, pour éviter la surdité quelques décennies plus tard).
- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?** Il s'agit du premier des deux axes de travail retenu dans les plans santé environnement 2, national et régional.

	Objectif général	Objectif spécifique Ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
Priorité 1 Garantir un environnement favorable à la santé	1.1 améliorer la qualité de l'air intérieur	1.11 réduire les expositions aux principaux polluants	X		X	X	
		1.12 Développer les connaissances sur les polluants	X				
	1.2 Améliorer la qualité de l'air extérieur	1.21 Intégrer les problématiques « pollutions atmosphériques » et « santé » dans les projets d'aménagements du territoire	X		X		
		1.22 Améliorer les connaissances sur la qualité de l'air et son impact	X		X		
	1.3 Protéger la santé et l'environnement des enfants et personnes vulnérables	1.31 Réduire l'exposition des enfants et des femmes enceintes ou en âge de procréer aux substances les plus dangereuses	X		X		X
		1.32 Prévenir les risques auditifs liés à la pratique ou à l'écoute de la musique amplifiée	X		X		X
		1.33 Améliorer la prévention relative au risque pollinique envers les personnes allergiques	X		X		X
		1.34 Améliorer la prévention de la survenue de cas de légionellose	X		X		
	1.4 Améliorer la qualité de l'habitat et des bâtiments accueillant des populations sensibles	1.4.1 Contribuer à la lutte contre l'insalubrité	X		X		X
		1.4.2 Renforcer les actions en matière de police du bruit	X		X		X
		1.4.3 Traiter l'acoustique interne des lieux les plus sensibles utilisés par les enfants	X		X		X
	1.5 Améliorer la qualité de l'eau potable	1.5.1 Protéger de manière efficace la ressource aux échelles des périmètres de protection et des aires d'alimentation de captages	X		X		X

		1.5.2 Inciter les collectivités à mettre en place des programmes de surveillance et des démarches qualité	X				
		1.5.3 Sensibiliser les collectivités sur la réglementation et leurs responsabilités en matière de puits privés	X				
		1.5.4 diminuer le % d'unités de distribution présentant de manière récurrente des dépassements de limite de qualité	X				
		1.5.5 Informer le public et les partenaires sur la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine	X				
		1.6 Surveiller les expositions environnementales dans une perspective de réduction des expositions	1.6.1 Identifier des zones de cumul d'expositions environnementales	X			
		1.6.2 Réaliser des études sanitaires de zones	X				
		1.6.3 identifier les indicateurs sanitaires d'exposition aux pesticides	X				
		1.6.4 Réduire les risques sanitaires liés aux plantes invasives	X				

## Priorité n°2 : Accroître le niveau de sécurité sanitaire de la population en région Centre

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

- Ensemble de la population régionale concernée (2,5 Mhabs) ;
- Notion de sous-signalement (IRA, rougeole, CO...) ;
- Articulation avec les partenaires institutionnels à développer ;
- Sensibilité accrue du public et des politiques, impact médiatique ;
- Demande sociétale de maîtrise du risque sanitaire ;
- Évolution attendue : (ré)émergence de nouveaux risques en raison des échanges plus importants, de l'évolution du contexte environnemental.
- Pour le détail des points d'amélioration prévisible, cf. §2.1.3 du diagnostic de l'offre (faiblesse) ;

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère léthal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?

Tout dysfonctionnement ou déficit du dispositif de veille et d'alerte est susceptible d'avoir un impact négatif en termes de santé publique et donc sur la vie sociale et économique.

Par ailleurs, les maladies infectieuses représentent encore une part importante de mortalité et morbidité dans la population, et constituent une menace pour la santé publique.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir** sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

Cf. §2.1.3 du diagnostic de l'offre (forces)

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

Oui

	Objectif général	Objectif spécifique Ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
Priorité 2 Accroître le niveau de sécurité sanitaire de la population en région Centre	2.1 Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de gestion des urgences sanitaires	2.1.1 Optimiser les modalités de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes	X			X	
		2.1.2 Garantir la continuité de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale	X			X	
		2.1.3 Améliorer le dispositif organisationnel et les plans de prise en charge des situations exceptionnelles à fort impact sanitaire	X			X	
		2.1.4 Fiabiliser la surveillance et le signalement des événements sanitaires	X			X	
	2.2 Diminuer l'incidence des principales maladies transmissibles ( <i>hors infections liées aux soins</i> )	1.21 Diminuer l'incidence de la tuberculose	X		X		
		1.22 Améliorer la connaissance du statut de séropositivité VIH	X		X		X
		1.23 Diminuer l'incidence des Hépatites	X		X		
	2.3 Développer la communication et l'information sur la veille et la sécurité sanitaires	2.3.1 Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires	X			X	
		2.3.2 Développer la communication avec les partenaires externes et le grand public	X			X	
		2.3.3 Développer la formation et la communication	X			X	

## DOMAINE CONDUITES A RISQUES

### ► Le périmètre du domaine :

Le domaine intègre deux volets :

- les conduites à risques liées aux conduites addictives, avec ou sans substance, à savoir :
  - l'usage nocif ou l'abus et la dépendance à une substance psychoactive licite ou illicite,
  - les troubles du comportement alimentaire,
  - les achats compulsifs,
  - le jeu pathologique.

Le champ des addictions se décline suivant les critères de Goodman comme tout comportement répétitif dont la fonction pour le sujet est de procurer du plaisir ou de soulager une souffrance. Ce ou ces comportements répétitifs entraînent des conséquences négatives et malgré la connaissance par le sujet de ses risques consommés ; il continue dans un processus pouvant aller jusqu'à la perte de contrôle et de sa liberté.

- l'accidentologie qui recouvre :
  - les accidents de la route,
  - les accidents de la vie courante,
  - les accidents du travail.

**Priorité n°1 : LA PREVENTION DES CONDUITES A RISQUES**

- **Quelle est l'ampleur et la sévérité du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

La région Centre ne présente pas de caractéristiques particulières en matière de conduites à risques, néanmoins l'enjeu est de taille, puisqu'il conviendra d'apporter une réponse sur l'ensemble des problématiques de santé publique (consommation de drogues licites, de drogues illicites, addictions comportementales, accidentologie,...)

La consommation de produits illicites ou détournés de leur usage a été marquée ces dernières années, en région Centre comme dans l'ensemble de la France, par une évolution des modalités de consommation : diminution de l'injection, apparition des drogues de synthèse et développement de la poly-consommation. L'usage du cannabis s'est particulièrement développé, la région se situant dans la moyenne nationale. L'expérimentation des autres drogues illicites reste faible, mais la prise de drogues de synthèse augmente.

Les accidents sont une cause majeure de morbidité et de mortalité évitables. Les accidents sont dus essentiellement aux comportements des individus : excès de vitesse, inexpérience, perte d'aptitude physique et psychique et parfois également aux véhicules, aux infrastructures ou à plusieurs facteurs cumulés. Près d'un tiers des conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation aurait une alcoolémie supérieure à la limite légale. Les actions de prévention doivent porter essentiellement sur le comportement et la responsabilisation des usagers de la route.

Les accidents de la vie courante désignent une catégorie d'accidents très large en termes de risques et dont la définition est étroitement liée à l'évolution du mode de vie. En région Centre, comme dans le reste de la France, les décès par accident de la vie courante sont deux fois plus nombreux que les accidents de la circulation. 80% des décès concernent les personnes âgées, la chute en est la cause la plus fréquente. Ce sujet est abordé dans le domaine Autonomie. Le risque d'accident de la vie courante est également très élevé chez les enfants (première cause de décès des moins de 4 ans avec une surmortalité dans les classes les plus défavorisées).

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

Compétence élargie sur une grande partie de la filière (prévention, médico-sociale, soins)

La coordination des actions de prévention entre décideurs publics, notamment au niveau des instances de démocratie sanitaire, pour mettre en œuvre l'offre régionale et territoriale de prévention (milieux du travail et de l'insertion, services de la sécurité routière) est une compétence directe de l'ARS qui se doit non seulement de déterminer les priorités de santé, mais aussi de coordonner les actions des différents partenaires membres de la CRSA.

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie (2008-2011),

Plan national de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011),

Plan santé des jeunes 16-25 ans

Plan national de prévention des accidents de la vie courante (pilote par la DGS)

Plan national d'actions coordonnées de l'Assurance Maladie - branche accidents du travail / maladies professionnelles (2009-2012)

	Objectif général	Objectif spécifique ou objectif opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
Priorité 1  <i>Prévenir les conduites à risques en région Centre</i>	1.1. Prévenir les premières conduites à risques	1.11. Prévenir les conduites à risque en population générale	X	X	X	X	X
		1.12. Prévenir les conduites à risque chez les jeunes	X		X		X
		1.13 Prévenir les conduites à risque chez les populations en situation vulnérable	X	X	X		X
	1.2. Améliorer la prévention des accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 4 ans		X	X	X	X	X
	1.3. Contribuer à la diminution de la mortalité par accidents de la route		X		X		X



## Priorité n°2: REDUIRE LES CONSEQUENCES DES CONDUITES A RISQUE

- **Quelle est l'ampleur et la sévérité du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

La réduction des risques vise à réduire les conséquences sanitaires et sociales des consommations de substances licites et illicites et des pratiques addictives, notamment par l'accès à des stratégies dites de réduction des risques qui s'appuie notamment sur l'observation et l'analyse des pratiques et des représentations des usagers, la prise en compte de l'expérience des personnes et leur capacité à participer aux dynamiques de changement en apportant leur propre expertise (cf. lutte contre le VIH) ainsi que la prise en compte de la pluralité des facteurs et de la diversité des modes d'engagement des personnes dans le risque.

Le dispositif de prise en charge par les centres de soins spécialisés en toxicomanie de la région est important et diversifié (ambulatoire, hébergement, famille d'accueil). Les actions de réduction des risques infectieux sont présentes en région, notamment à l'occasion d'évènements festifs (Printemps de Bourges, dont les actions ont été financées)

Environ 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf peuvent être attribués au tabagisme au début des années 2000. Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des bronches et des poumons, les cancers des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires. Cette mortalité touche principalement les hommes (90 %) mais décroît pour ces derniers depuis le milieu des années 1990 alors qu'elle progresse rapidement, sur la même période, pour les femmes, suivant en cela, avec un décalage temporel, les évolutions constatées sur les consommations.

Le risque de survenue dépend d'une manière générale de l'ancienneté et de la fréquence de la consommation ainsi que du nombre de cigarettes consommées et de la profondeur de l'inhalation. L'exposition passive à la fumée du tabac provoque également une augmentation du risque.

La consommation excessive et chronique d'alcool est directement à l'origine de certaines pathologies telles que la cirrhose du foie, la psychose alcoolique. Elle est également impliquée, à des degrés divers, dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aéro-digestives, maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, troubles psychiques, accidents (route, domestique, travail), rixes et suicides. Parmi les patients hospitalisés, le pourcentage de personnes à risque d'alcoolisation excessive, d'une part, et à risque de dépendance, d'autre part, étaient respectivement d'environ 20 % et 7 % en 2001. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 30 000, dont près des deux tiers par psychose alcoolique, cirrhose et cancers des voies aéro-digestives supérieures. On estime que la conduite sous influence d'alcool est responsable d'environ 1 200 décès par an, soit environ un tiers de l'ensemble des décès par accidents de la route.

La consommation d'alcool pendant la grossesse expose l'enfant à divers risques dans le cadre d'un syndrome d'alcoolisation fœtale. Il concernerait 5 pour 1 000 naissances pour les formes modérées et 1 à 2 naissances pour 1 000 pour les formes sévères pour la période 1986-1990, sachant que 1 000 enfants naîtraient avec une forme sévère chaque année en France. Pour la région Centre, cela correspondrait à environ à 164 naissances (5,4 \* 30.4) pour l'année 2006.

La prise en compte de l'ensemble des pathologies induites par l'alcool conduit à des chiffres de prises en charge sanitaires beaucoup plus élevés. Le nombre total d'hospitalisation liée aux conséquences sur la santé des problèmes d'alcool a été estimé à 1,3 millions en 2003.

Le cannabis ne provoque pas de décès par intoxication aiguë (surdoses) comme cela peut-être le cas pour les opiacés. Il existe néanmoins une certitude sur l'implication du cannabis dans les accidents de la circulation routière, et des présomptions en ce qui concerne les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, certaines pathologies vasculaires et psychiatriques. D'après les estimations de l'étude SAM (2002-2003), la conduite sous

influence du cannabis est à l'origine d'environ 230 décès par an. On ne dispose pas de données permettant de mesurer l'impact de la consommation de cannabis sur les décès par cancers et autres pathologies mentionnées.

Chez les consommateurs d'opiacés et de cocaïne (qui associent le plus souvent de nombreuses autres substances illicites, des médicaments psychotropes et de l'alcool), l'injection intraveineuse, à l'origine des principaux dommages sanitaires subis par ces personnes, était fréquemment pratiquée au cours des années 1990. La diffusion du VIH et la politique de réduction des risques a fait reculer ce mode d'administration, qui persiste pourtant. La prévalence du sida (VIH) poursuit la baisse entamée au début des années 1990 alors que l'hépatite C (VHC) se maintient à un niveau très élevé parmi les consommateurs ayant utilisé la voie intraveineuse. En 2008, 93 personnes sont décédées par sida suite à une contamination liée à l'usage de drogues par voie intraveineuse. En 1994, ce nombre de décès avait culminé à plus de 1000 cas.

Le nombre de décès par intoxication aiguë a fortement décru depuis le milieu des années 1990 chez ces consommateurs d'opiacés et polyconsommateurs. Ainsi, le nombre annuel de décès par surdose a culminé à près de 450 au milieu des années 1990 avant de refluer (environ 200) mais il tend à augmenter rapidement depuis plusieurs années (374 surdoses en 2008). Tous les décès par surdoses de consommateurs de drogues illicites ne sont pas forcément connus et les chiffres cités sont probablement sous estimés.

Les dommages sociaux liés aux conduites addictives avec substances sont peu documentés. Les enquêtes menées auprès des personnes accueillies dans les structures sanitaires permettent cependant de faire certains constats. Les consommateurs d'alcool ou de drogues illicites en traitement se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de l'ensemble de la population française, les derniers étant encore plus marginalisés que les premiers. Consommation de substances psycho actives et exclusion sociale sont souvent associées et se renforcent mutuellement.

En ce qui concerne la transgression des lois, les principaux problèmes rencontrés sont, d'une part, les infractions relatives à l'usage et au trafic de stupéfiants et, d'autre part, les délits routiers aggravés par l'alcool.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

L'objectif est d'agir sur l'ensemble de la filière et de garantir l'accès à une offre de prise en charge adaptée aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire de la région Centre, au regard des problématiques de santé publique identifiées en région.

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie (2008-2011),

Plan national de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011),

Plan santé des jeunes 16-25 ans

Plan national de prévention des accidents de la vie courante (piloté par la DGS)

Plan national d'actions coordonnées de l'Assurance Maladie - branche accidents du travail / maladies professionnelles (2009-2012)

Priorité 2	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
<i>Réduire les conséquences des conduites à risques en garantissant l'accès à une prise en charge adaptée</i>	2.1 Favoriser le dépistage précoce des conduites à risques	2.11 Repérer précocement les usages nocifs de substances psychoactives					
		2.12 Former les acteurs de première ligne					
		2.13 Former les professionnels spécialisés					
	2.2. Développer une prise en charge coordonnée de proximité (autour de l'utilisateur)	2.21. Consolider l'offre de santé sur l'ensemble de la région (prévention, sanitaire, ambulatoire, médico-social)	x	X	X	X	x
		2.22. Promouvoir des actions de réduction des risques et plus particulièrement les innovations de proximité	X	X		X	X
		2.23 Former les acteurs de première ligne et spécialisés à la réduction des risques	x	x	x	x	x
	2.2. Conforter la mobilisation des acteurs	2.21. Développer l'offre de santé auprès des publics spécifiques (population marginale, personnes âgées, malades psychiatriques, femmes enceintes, jeunes, publics précaires, population carcérale, personnes en perte d'autonomie (vivant seul ou en institution),...		X	X	X	X
	2.3 Consolider les connaissances en matière de conduites à risques	2.31. Se doter d'un outil d'observation partagée afin d'avoir une vision globale de l'évolution des pratiques				X	
		2.32. Promouvoir le développement d'un système permanent de recueil de données sur l'émergence des nouvelles tendances				X	
		2.33. Développer la recherche clinique en addictologie, notamment en lien avec l'INSERM, la MILDT et l'INCa				X	

## DOMAINE MALADIES CHRONIQUES

### ► Le périmètre du domaine :

Ce domaine recouvre les maladies chroniques reconnues par le Haut conseil de santé publique selon les caractéristiques suivantes :

- un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
  - une limitation fonctionnelle des activités notamment professionnelles ou de la participation sociale ;
  - un recours indispensable à un médicament, une alimentation adaptée, une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
  - ou la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Cette définition s'appuie non seulement sur l'étiologie, qui implique des traitements spécifiques liés à la maladie, mais aussi sur les conséquences en termes de fonctionnement et de handicap, c'est-à-dire de répercussions sur la santé (par exemple les séquelles des accidents).

**Priorité n°1 : DEVELOPPER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS.**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

A partir de la définition retenue des maladies chroniques, on estime à 500 000 personnes le nombre de malades chroniques en région Centre. Avec le vieillissement prononcé de la population, on peut s'attendre à une augmentation notable du nombre de personnes touchées.

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère létal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?

Les maladies chroniques peuvent générer des invalidités ou des handicaps, et augmenter la « vulnérabilité » des personnes qui en sont atteintes. De part leur caractère chronique, elles engendrent un certain nombre de contraintes perturbant le quotidien des personnes touchées et pouvant altérer l'insertion scolaire, professionnelle, etc.

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

Le périmètre de compétences de l'ARS doit permettre de mettre en place des solutions pour faciliter la prévention et la survenue et des complications des maladies, également l'organisation des soins pour optimiser et faciliter la prise en charge des malades chroniques.

- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**

Systématiquement, un travail a été réalisé sur l'ensemble des plans nationaux dont le plan qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, pour en dégager les principaux axes et les intégrer aux objectifs de l'ARS

<i>Priorité n°1 :</i>	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
Développer l'accès à la santé pour tous.	Prévenir la survenue et les complications des maladies chroniques.	Agir sur les déterminants de santé	X		X		
		Promouvoir le dépistage	X	X	X		X
		Organiser une prise en charge rapide en cas d'aggravation afin de limiter les complications de la maladie chronique et/ou du handicap associé	X	X		X	
	Organiser le parcours de santé	Identifier et optimiser les filières de soins		X		X	
		Coordonner les acteurs de santé		X		X	
		Promouvoir les dispositifs alternatifs et/ou innovants (structures de répit, maisons de santé pluridisciplinaires, hospitalisation à domicile, télémédecine ...etc)		X		X	
	Développer l'information et les échanges	Améliorer les modalités d'information des patients et des familles, avec l'appui des associations	X				X
		Favoriser la communication entre acteurs de santé au moyen de systèmes d'information innovants (dossier médical personnel...etc)	X	X		X	
		Former les acteurs de santé à la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique	Recenser les acteurs de santé et leurs besoins		X		X
<i>Identifier et dispenser des formations adaptées et de qualité</i>				X		X	

**Priorité n°2 : MAINTENIR LA QUALITE DE VIE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE CHRONIQUE**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?  
Plus de 500 000 personnes en région Centre sont atteintes de maladie chronique soit 20% de la population totale
- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère létal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?  
Le caractère invalidant des pathologies chroniques entraîne une baisse de la qualité de vie et des répercussions sur l'insertion scolaire et professionnelle
- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir** sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc.) ?  
L'ARS a compétence pour organiser l'offre en éducation thérapeutique du patient auprès du public et des acteurs de santé
- **Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**  
Systématiquement, un travail a été réalisé sur l'ensemble des plans nationaux dont le plan qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, pour en dégager les principaux axes et les intégrer aux objectifs de l'ARS

		Cochez les cases concernées					
	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficience	Droits des usagers
<i>Priorité 2</i> Maintenir la qualité de vie de la personne atteinte de maladie chronique	Soutenir la personne dans son projet de vie : maintien à domicile, travail, scolarisation	Aider les aidants en les formant et en développant des dispositifs de soutien aux aidants	X	x	X	X	X
		Limiter le recours à l'hospitalisation notamment en renforçant la prise en charge des malades chroniques à travers les réseaux					
	Proposer une éducation thérapeutique de proximité, adaptée	Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient auprès du public et des acteurs de santé	X	X	X	X	X
		Organiser l'offre en éducation thérapeutique du patient	X	X	X	X	

**Priorité n°3 : LES MALADIES CHRONIQUES A FORT IMPACT EN TERMES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE**

- Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?  
 Les trois maladies citées représentent les deux premières causes de mortalité générale dans la région (respectivement 28 % et 29,4 %), ainsi que les trois premiers motifs d'admission en affection de longue durée.
- Quelle est la sévérité du problème** (caractère léthal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?  
 En région Centre, en moyenne, 4500 décès annuels ont eu lieu prématurément au cours de la période 2000-2007, ce qui correspond à 18% des décès. Parmi les causes de décès prématurés en région : *les cancers représentent 40% ; - les maladies cardiovasculaires 13,4% ;*  
 En outre, on estime à 106 000 le nombre de personnes atteintes de diabète. L'augmentation annuelle est importante (5% par an) et les complications potentielles peuvent générer des handicaps ou des incapacités, voire l'apparition de pathologies graves.
- Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?  
 Le périmètre de compétences de l'ARS permettra d'agir aux différents niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et sur l'organisation de la filière de soin pour garantir l'efficacité des prises en charge.
- Ce problème s'inscrit-il dans des priorités nationales ?**  
 Cf. Plan Cancer, Plan Accidents Vasculaires Cérébraux.

	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
<i>Priorité 3</i> les maladies chroniques à fort impact en termes de mortalité et de morbidité	Réduire la mortalité prématurée par cancer	Réduire la mortalité par cancer du sein	X	X	X	X	X
		Réduire la mortalité par cancer du colon					
	Réduire la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires		X	X	X	X	
	Réduire l'incidence du diabète		X		X		



## DOMAINE AUTONOMIE

### ► Le périmètre du domaine :

L'Autonomie peut se définir par « l'indépendance fonctionnelle et la capacité à se gouverner soi-même ».

Ce domaine recouvre l'ensemble des politiques, programmes et actions destinées à favoriser, dans un cadre individuel ou collectif, le diagnostic, le dépistage, la prévention, l'acquisition ou la préservation des capacités, la prise en charge et l'accompagnement dans sa globalité, des personnes en situation de handicap ou en état de dépendance avéré ou à venir.

Ce domaine inclut l'ensemble des personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

### **Priorité n°1 : La connaissance et l'information des personnes en situation de handicap**

#### ● **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...)?

L'ARS manque de données précises et pertinentes pour avoir une image sincère et se rapprochant de l'exhaustivité, des besoins des personnes handicapées sur chaque territoire. L'accès au dépistage, au diagnostic et à l'action sociale précoce permet également de connaître les personnes handicapées. Or, les délais d'attente dans les dispositifs existants sont encore longs et des freins à leur optimisation par territoire sont réels. Par ailleurs les professionnels font le constat que certains enfants auraient dû être accompagnés plus précocement et leur rentrée tardive en bilan et prise en charge s'avère souvent délétère. L'identification des facteurs explicatifs des différents délais est indispensable pour améliorer la réponse aux besoins.

Il est important de mieux connaître les personnes handicapées, mais également de mieux faire connaître les dispositifs existants et les différents types de handicaps aux usagers et professionnels de santé.

Il convient également de faciliter l'annonce du handicap.

#### ● **Quelle est la sévérité du problème** (caractère légal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...)?

L'approfondissement de la connaissance des personnes handicapées est une nécessité pour pouvoir mieux appréhender le type de besoin (renforcement des équipes, renfort de nouvelles compétences, mises en place des coopérations et complémentarité nécessaires entre dispositifs etc.), pour prioriser les mesures nouvelles de création de places sur le territoire régional dans un contexte de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et redéfinir l'offre médico-sociale dans le nouveau contexte de l'ARS, pour anticiper les adaptations des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux existants et d'éviter les orientations par défaut.

Les difficultés d'accès au dépistage et à l'action sociale précoce ont pour conséquence des prises en charge pour les jeunes handicapés retardés et des familles en difficultés. Un manque d'informations sur le handicap peut se traduire par des retards de dépistage, de prise en charge et d'accès aux droits.

Priorité	objectif général	objectifs spécifiques ou opérationnels	prévention	amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé	réductions des inégalités sociales et territoriales	qualité, efficacité des prises en charge	respect du droit des usagers
1 - La connaissance et l'information des personnes en situation de handicap	1.1 - Développer la connaissance régionale et territoriale des besoins des personnes en situation de handicap	1.11 - Contribuer au repérage et aux besoins d'accompagnement et de soins des personnes en situation de handicap		x	x		x
		1.12 - Favoriser la détection, le dépistage et le diagnostic des personnes en situation de handicap	x				x
	1.2 - Développer l'information sur les personnes en situation de handicap et favoriser la connaissance de l'existant	1.21 - Contribuer au développement de l'information des personnes en situation de handicap aux partenaires et plus particulièrement aux professionnels de santé	x	x		x	x
		1.22 - Favoriser l'annonce du handicap	x				x

## Priorité n°2 : L'adaptation des réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap

### Pourquoi cette priorité ?

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

Toutes les personnes handicapées sont touchées par cette priorité : la scolarisation des jeunes handicapés dans les dispositifs de droit commun de proximité est une obligation rappelée par la loi de février 2005. Le milieu scolaire et le milieu spécialisé ont également obligation de préparer ces jeunes à leur vie d'adulte et vie professionnelle pour ceux qui en ont les capacités ; en fonction de leurs capacités, les personnes handicapées seront insérées dans le milieu professionnel spécialisé, ou dans le milieu ordinaire du travail avec ou sans accompagnement.

Toutes les personnes handicapées se doivent d'être accompagnées dans le milieu scolaire et professionnel. Elles doivent également, quel que soit leur statut et difficultés avoir accès aux soins, aux loisirs et à la culture.

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère létal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?

Cette priorité, si elle n'est pas mise en œuvre ou mal mise en œuvre, peut avoir des répercussions sur la vie sociale et professionnelle des personnes handicapées et de leur famille. Les conséquences peuvent être des orientations inadaptées ou par défaut en ESMS et un objectif d'insertion, pris dans sa globalité, en échec.

Priorité	objectif général	objectifs spécifiques ou opérationnels	prévention	amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé	réductions des inégalités sociales et territoriales	qualité, efficacité des prises en charge	respect du droit des usagers	
2 - L'adaptation des réponses aux besoins et souhaits des personnes en situation de handicap	2.1 - Contribuer à la fluidité des parcours de vie des personnes en situation de handicap	<b>2.1.1 - Favoriser la scolarisation des personnes en situation de handicap</b> : favoriser la fluidité des parcours entre le milieu scolaire et le milieu spécialisé ; favoriser et adapter l'accompagnement des personnes handicapées aux diverses modalités de sco	x	x	x	x	x	
		<b>2.1.2 - Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap</b> : développer les parcours de formation et d'insertion professionnelle, favoriser l'accompagnement des personnes en situation de handicap, contribuer à l'insertion en mili	x	x	x	x	x	
		<b>2.1.3 - Adapter l'offre médico-sociale au vieillissement des personnes en situation de handicap</b>	x			x	x	
		<b>2.1.4 - Adapter l'offre médico-sociale aux besoins spécifiques d'accompagnement et de soins des personnes en situation de handicap</b> : grande dépendance, troubles du spectre autistique, handicaps psychiques, handicaps sensoriels...	x	x	x	x	x	
		<b>2.1.5 - Réduire le nombre de personnes en situation de handicap "sous amendement creton" et/ou "orientés par défaut"</b>		x	x	x		
	2.2 - Accompagner le choix d'une vie à domicile des personnes en situation de handicap	<b>2.2.1 - Adapter l'offre médico-sociale à la prise en charge des personnes en situation de handicap à domicile</b>			x	x	x	x
		<b>2.2.2 - Favoriser l'aide aux aidants</b>	x		x	x	x	x

### **Priorité n°3 : L'accompagnement et la prise en charge de qualité et de proximité des personnes en situation de handicap**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

Cette priorité renvoie à la nécessité de favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées et au développement d'actions de prévention spécifiques pour contribuer à une qualité de vie en santé : soins dentaires, accompagnement aux soins .....

Elle renvoie aussi à la mise en œuvre des projets individualisés de qualité.

Elle renvoie aussi à la nécessité d'avoir des ESMS assurant une prise en charge de qualité en agissant sur différents items : formation des professionnels, recrutement des professionnels et anticipation des départs prévisibles, développement de la bientraitance, développement du réseau de proximité et des concertations et complémentarités entre médico-social, sanitaire, secteur libéral et en inter institutions,

Elle renvoie à l'enrichissement des plateaux techniques de chaque ESMS en fonction de la nature du ou des handicaps pris en charge (ex autisme, handicaps sensoriels, polyhandicapés...) à l'identification des besoins en équipes spécialisées.

Elle renvoie enfin aux actions envers les aidants (formation, dispositifs de répit) : l'information, la formation et le soutien des aidants est en effet indispensable pour éviter l'épuisement et l'isolement de l'entourage. D'autre part, les actions de soutien aux aidants, quelles que soient leurs formes, contribuent à améliorer la qualité de prise en charge des enfants. L'association des familles à l'élaboration du projet individualisé est indispensable.

Enfin, elle renvoie à la nécessité d'avoir un maillage territorial pour la prise en charge des personnes handicapées efficient afin de favoriser la proximité.

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère légal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?

Répercussions sur la prise en charge des jeunes handicapés et des retentissements sur leur vie sociale, professionnelle et familiale

Priorité	objectif général	objectifs spécifiques ou opérationnels	prévention	amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé	réductions des inégalités sociales et territoriales	qualité, efficacité des prises en charge	respect du droit des usagers	
3 - L'accompagnement et la prise en charge de qualité et de proximité des personnes en situation de handicap	3.1 - Améliorer la qualité de vie et la qualité de vie en bonne santé des personnes en situation de handicap à domicile et en établissement médico-social	3.1.1 - Favoriser le développement de la prévention et de la prise en charge précoce des personnes en situation de handicap	X			X	X	
		3.1.2 - Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap	X			X	X	
		3.1.3 - Favoriser l'accès à l'autonomie des personnes en situation de handicap dans leur vie quotidienne : accès à la culture, aux loisirs...	X			X	X	
	3.2 - Inscrire la prise en charge des personnes en situation de handicap dans une démarche sécurisée	3.2.1 - Développer la démarche qualité dans l'accompagnement et la prise en charge en ESMS et à domicile	X				X	X
		3.2.2 - Favoriser le développement de la bientraitance	X				X	X
	3.3 - Contribuer au développement de la prise en charge de proximité des personnes en situation de handicap quel que soit le type de handicap	3.3.1 - Renforcer le maillage territorial des ESMS pour favoriser une prise en charge de proximité			X	X		X
		3.3.2 - Favoriser la complémentarité entre ESMS	X			X	X	X
		3.3.3 - Favoriser les coopérations et articulations entre institutions sanitaires et médico-sociales et avec les professionnels de santé	X			X	X	X
		3.3.4 - Favoriser la complémentarité et les articulations entre les institutionnels oeuvrant au service des personnes en situation de handicap pour faciliter les prises en charge partagées	X			X	X	X

\*ESMS : établissements et services médico-sociaux

## **Priorité n°4 : Favoriser la qualité de vie en bonne santé des personnes âgées à domicile**

### **Pourquoi cette priorité ?**

Au 1er janvier 2007:la région Centre comptait 243 600 personnes âgées de plus de 75 ans, soit 9,7% de la population (contre 8,6% en France)

La grande majorité des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile, en effet au 31 décembre 2007, 31 000 résidents seulement vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA inclus EHPAD, USLD, foyer logement, MARPA, établissements d'hébergement Temporaire).

Les facteurs de risque de perte d'autonomie doivent être recherchés y compris chez les personnes en bonne santé apparente afin d'accroître l'espérance de vie en bonne santé pour tous

L'examen des flux de personnes âgées arrivant aux urgences montrent qu'un grand nombre d'entre elles présentait déjà depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois des facteurs prédictifs de perte d'autonomie physique, psychologique, sociale. Les chutes par ex sont un motif très fréquent d'hospitalisation avec parfois des conséquences dramatiques or il n'est pas rare de retrouver dans les antécédents ou à l'interrogatoire des facteurs prédictifs de chute dont certains auraient pu être corrigés (dépistage de troubles de l'équilibre, réajustement de traitement, dépistage ou traitement d'une affection cardiovasculaire etc)

Les troubles cognitifs sont insuffisamment dépistés et quand ils le sont, le dépistage est trop tardif comme en témoignent les évaluations réalisées par les équipes des consultations mémoire. Ce dépistage tardif ne permet pas une prise en charge et un accompagnement optimum du patient et de son entourage.

### **Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème** (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

- Information du public et des professionnels
- Visibilité sur les dispositifs
- Développement des actions de prévention

	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
Priorité 4 Favoriser la qualité de vie en bonne santé des personnes âgées à domicile	4.1 Développer le dépistage des facteurs prédictifs de fragilité	4.11 Développer des actions de prévention des chutes et de la dénutrition et de dépistage précoce des facteurs de risques cardiovasculaires	X	X	X	X	X
	4.2 Renforcer le dépistage précoce des troubles cognitifs	4.2.1 Garantir l'accès aux consultations mémoire sur l'ensemble du territoire régional	X	X	X	X	X
		4.2.2 Sensibiliser les professionnels au diagnostic	X	X	X	X	X
		4.2.3 Informer le public	X				X
	4.3 identifier les besoins spécifiques d'accompagnement et de soins et proposer une réponse adaptée	4.3.1 Développer les services permettant les PEC spécifiques	X	X	X	X	X
		4.3.2 Améliorer la coordination des différents services intervenant au domicile	X	X	X	X	X
		4.3.3 Développer les formules de répit	X	X	X	X	X

\*PEC : prises en charge



**Priorité n°5 : Favoriser la qualité de vie en santé des personnes âgées en établissement**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

Les personnes admises en EHPAD présentent un grand nombre de pathologies, et sont de plus en plus âgées à l'admission

La perte d'autonomie constitue le principal motif d'admission et le maintien des acquis et de la qualité de vie sont une des priorités des établissements

Le nombre croissant de patients présentant des troubles cognitifs pouvant être associés à des troubles du comportement et le turn over accentué des résidents (durée moyenne de séjour se réduisant) nécessitent la mise en place de nouvelles organisations, l'introduction de nouvelles compétences, l'accompagnement psychologique et la formation des professionnels

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir** sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?
  - Promouvoir les bonnes pratiques
  - Identifier les besoins spécifiques de certains types de résidents
  - Suivi des conventionnements (indicateurs dans le cadre des évaluations externes)

Priorité 5 Favoriser la qualité de vie en santé des personnes âgées en établissement	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
	5.1 Développer le dépistage et développer la prise en charge des facteurs de risque d'aggravation de la perte d'autonomie en établissement	5.1.1 Sensibiliser au repérage des facteurs de risque aggravant la perte d'autonomie	X		X	X	X
		5.1.2 Développer les unités et les dispositifs adaptés aux PEC spécifiques	X	X	X	X	X

\*PEC : prises en charge

**Priorité n°6 : Mettre la personne âgée au centre d'un parcours de soins et d'accompagnement coordonné**

**Pourquoi cette priorité ?**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...) ?

Les constats récurrents concernent l'absence de visibilité des dispositifs, le manque de coordination des acteurs, les questions qui se posent : où aller chercher l'information qui fait quoi, et où, qui finance ? quel est le reste à charge ?

Ces points ont dernièrement été soulevés dans le rapport Menard sur lequel s'est appuyé le plan Alzheimer qui propose notamment la mise en place de dispositif type MAIA (Maison de l'Autonomie et de l'Intégration pour les malades d'Alzheimer dispositif visant à créer un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle.

Les insuffisances de coordination retardent les prises en charge adaptées et limitent les anticipations des situations (ex : afflux des personnes âgées aux urgences)

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère létal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...) ?

Toute personne âgée quelle soit à domicile ou en institution doit bénéficier d'une coordination des acteurs entre eux

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir** sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?

- Identifier sur un territoire les différents acteurs intervenant autour de la personne âgée et clarifier leurs missions
- L'animation de territoire trouve ici pleinement sa place
- Développement de dispositifs (MAIA) et outils communs

	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficacité	Droits des usagers
Priorité 6 Mettre la personne âgée au centre d'un parcours de soins et d'accompagnement coordonné	6.1 Identifier par territoire les ressources et les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement						
	6.2 clarifier les missions de chacun des dispositifs						
	6.3 coordonner les acteurs entre eux						

**Priorité n 7 : Inscrire la prise en charge dans une démarche qualité sécurité**

- **Quelle est l'ampleur du problème identifié** (nombre de personnes touchées, la prévalence, l'incidence, son évolution prévisible...)?

Les actions concourant à la qualité/ sécurité des prises en charge, l'amélioration des pratiques, contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des patients. La complexité des situations des personnes âgées à domicile ou en institution s'accroît, les solutions reposent le plus souvent sur un travail d'équipe pluridisciplinaire. La formation des professionnels, l'étude des ratios d'encadrement, l'identification des besoins de nouvelles compétences sont des éléments indissociables.

- **Quelle est la sévérité du problème** (caractère létal, invalidant, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...)?

Toute personne âgée quelle soit à domicile ou en institution doit bénéficier d'une coordination des acteurs entre eux

- **Quelle est la capacité de l'ARS à agir** sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc)?

- Promouvoir les bonnes pratiques
- Recenser les besoins de personnels
- Favoriser les formations continues
- Inciter au sein des territoires au travail concerté des acteurs

	Objectif général	Objectif spécifique ou opérationnel	Cochez les cases concernées				
			Prévention	Amélioration de l'accès aux établissements, professionnels et services de santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales	Qualité et efficience	Droits des usagers
Priorité 7 : _Inscrire la prise en charge dans une démarche qualité sécurité	7.1 Développer les actions contribuant à la bienveillance						
	7.2 Identifier les besoins en termes de compétences spécifiques						
	7.3 Développer les coopérations entre professionnels et établissements						
	7.4 Organiser la continuité des soins en EHPAD						

**Priorité n 8 : Développer une politique d'accompagnement des aidants sur chaque territoire**

**Pourquoi cette priorité ?**

- Accompagner les aidants contribue à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et lutter contre la maltraitance
- Les dispositifs ou actions sont peu visibles et hétérogènes au sein des territoires
- Quelle est la capacité de l'ARS à agir sur le problème (existence de solutions et de leviers, délai de réalisation, etc) ?
- Identifier les dispositifs de répit et de formation des aidants et les rendre visibles sur les territoires de proximité (appui sur les accueils de jour par exemple)

		Cochez les cases concernées					
Priorité n 8 :	8.1 Développer la formation aux aidants						
Développer une politique d'accompagnement des aidants sur chaque territoire	8.2 Identifier et développer les dispositifs de répit et d'accompagnement sur chaque territoire						

## Annexes : les groupes de travail régionaux

### ► Le groupe de travail Périnatalité et petite enfance:

- Animateurs: Marie-Haude SALAUN et Emilie MASSE
- Docteur Josiane ALBOUY - Inspection médicale du travail - Service RTST - DIRECCTE
- Pascal BUREAU - Représentant Départemental élu - Délégation APF du Cher
- Docteur César DALLOUL - Pédiatre libéral - Représentant URPS médecin
- Céline DAUVEL - Chargée de mission prévention-promotion de la santé MFC
- Hélène DECAUX - Sage-femme coordinatrice du réseau Périnatalité Centre
- Docteur Marie LASAIRES - PMI - Conseil Général du Loiret
- Christine PRIZAC – Mouvement Français du Planning Familial Régional
- Docteur ROUDIÈRE - Médecin responsable de la PMI du Conseil Général de l'Eure et Loir
- Professeur SALIBA – Praticien Hospitalier/Professeur des Universités - Président du réseau Périnatalité Centre et de la Commission Régionale de la naissance

Absent ou excusé :

- Delphine RUBBE - Représentante des Internes - GRACE IMG

### ► Le groupe de travail Santé mentale

- Animateurs: Anne GUEGUEN et Docteur Marie-José DAGOURY
- Christine AVEZARD - Conseillère technique santé - PJJ 28
- Docteur Albert BAUM - Psychiatre - Représentant URPS Médecin
- Docteur Jean-Raoul CHAIX - Psychiatre - Président CME George Sand - Bourges
- Docteur Marc FILLATRE - Pédopsychiatre - CHU Tours
- Nadine LAPLANCHE - DDSC45
- Hubert PISSIER - ARS Centre
- Docteur PLACE, clinique de la chênaie
- François PITOU - Délégué départemental de l'UNAFAM du Loiret
- Docteur Yves QUENEL - Médecin généraliste - Représentant URPS
- Docteur Dominique ROTUREAU - Responsable du pôle handicap psychique (GEM, SAVS, SAMSAH, Maison relais)
- Martine VANDERMEERSCH - Présidente de l'Association Autisme 28

Absent ou excusé :

- Sabah AMRANI - Conseillère technique santé - PJJ 45
- Docteur Bernard ARNAUDO - Inspection médicale du travail - DIRECCTE Centre
- Professeur Vincent CAMUS - Professeur d'Université - Praticien Hospitalier - CHU Tours
- Docteur Cécile GRUEL - Rectorat
- Michel LEVASSEUR - Directeur du Centre de Soins Public Communal pour Polyhandicapés Issoudun

► **Le groupe de travail Veille et sécurité sanitaires**

- Animateur : Christophe CORBEL
- Anne DUFOUR - Chef de service - DRAAF
- Docteur Florence DURANDIN - plateforme de veille - ARS
- Edmond GALIPON - Représentant URPS Médecin
- Docteur Laurent GHIRARDI - Pôle d'Expertise Médicale - ARS
- Dominique JEANNEL - CIRE
- Serge RIEUPEYROU - UFC "Que Choisir"
- Docteur Sandrine ROUSSEAU - Médecin du travail
- Jean-Marie SICARD - OSMS - ARS

Absent ou excusé :

- Bruno BLANGERO - DREAL
- Nicole DESGRANGES - FNATH Groupement Cher
- Serge MECHIN - Conseiller Général du Cher
- Anne-Joëlle LEGOURD - Association Nature Centre

► **Le groupe de travail Conduites à risques**

- Animateurs : Edmond GUILLOU et Laure MICHEL MAURY
- Sabah AMRANI - Conseillère technique santé - PJJ 45
- Docteur Nicolas BALLON - Psychiatre addictologue - CHU Tours
- Anne-Marie BRIEUDE - REZO 41
- Pascal BUREAU - Représentant Départemental élu - Délégation APF du Cher
- Michèle LESPINASSE - ARS Centre
- André MARSY - Vice Président - Conseil Général du Loiret
- Docteur Yves MORRIET - Pôle d'Expertise Médicale - ARS Centre
- Martine PINSARD - ARS Centre
- Christelle QUESNEY - Coordinatrice Régionale de l'ANPAA Centre
- Docteur Raphaël ROGEZ - Représentant URPS Médecin
- Jean-Marc SOULARD - Responsable service Prévention Promotion de la Santé MFC
- Christine TELLIER - APLEAT
- Delphine DORLENCOURT, représentant l'URIOPSS Centre.

Absent ou excusé :

- Christine AVEZARD - Conseillère technique santé - PJJ 28
- Docteur Cécile GRUEL - Rectorat
- Docteur Simona ROMBEAU - Pôle d'Expertise Médicale - ARS Centre

► **Le groupe de travail Maladies Chroniques**

- Animateurs: Dr MONTAGNON et Dr MORRIET
- Josiane ALBOUY - Inspection médicale du travail - Service RTST - DIRECCTE Centre
- Christian BOURDEL - Chef de projet nutrition et alimentation durable - DRAAF
- Jeanne BUARD - Association des sclérosés en plaques
- Docteur Catherine COLLET - ARS Centre
- Véronique DUFRESNE - Beauce Val Services
- Docteur Daniel FERQUEL - APLEAT
- Docteur Nathalie GERVAISE - Représentante URPS médecin
- Elisabeth GOUCHAULT - ARS Centre
- Florence GUERRIER - ARS Centre
- Jean-Michel LE MAUFF - Président de la Ligue contre le Cancer - Loir et Cher
- Julien MANCEAU - Responsable prévention - RSI Centre
- Louisette MONIER - Réseau nutrition diabète 41
- Docteur Catherine MONPERE - Médecin - SSR Bois Gibert
- Monique PIZANI BRARD - Association Parkinson 37
- Docteur Joëlle PORCHIER - AROMSAC

Absent ou excusé :

- Huguette CRUZ-JIMENEZ - Mutuelle Sphéria
- Danièle DESCLERC-DULAC - CISS Région Centre
- Christine GOIMBAULT - Fédération Nationale des Infirmières - Eure et Loir
- Jacques PORTIER - Union interdépartementale UDAF Centre

► **Les groupes de travail Autonomie**

Sous-groupe Personnes Agees

- Animateur: Dr REA
  
- Jean-Yves AUDIGOU - EHPAD de Bléré
- Florence CHENEY - Responsable du SSIAD de Saint-Cyr-sur-Loire
- Professeur Thierry CONSTANS - Gériatre - CHU Tours
- Liliane CORNILLOU - Directrice EHPAD La Vasselière
- Véronique DUFRESNE - Beauce Val Services
- Anne-Marie FLEURY - ARS Centre
- Gérald GALLIOT - Représentant URPS médecin
- Fabienne GAUTHIER - ARS Centre
- Docteur Benoît GIEN - Gériatre - CHR Orléans
- Joseph LARNICOL - Association France Alzheimer
- France-Hubert MAINDRAULT - CODERPA du Cher
- Pascal OREAL - Directeur général de l'ASSAD Touraine et de l'HAD 37
- Arnaud POIRIER - Chargé d'éducation pour la santé - CARSAT Centre
- Marie-Paule PROT-LEGER - Association Antoine Moreau
- Christophe REMY - Délégué Régional SYNERPA
- Daniel SALLE - CODERPA du Loiret

Absent ou excusé :

- Martine HENON - Directrice technique - Responsable personnes âgées - ASSAD Touraine
- Serge MECHIN - Conseiller Général du Cher
- Jacques PORTIER - Union interdépartementale UDAF Centre
- Pascale REGIDOR - Responsable du SSIAD de Chambray-lès-Tours
- Yvette TRIMAILLE - Familles Rurales région Centre



Sous groupe Adultes Handicapés:

- animateurs: Dr REA et Eric VAN WASSENHOVE
  
- Rémy BAERT - UNAFAM - Région Centre
- Benoît BELLANGER - Référent cellule Personnes Handicapées - Direction OSMS - ARS Centre
- Pascal BUREAU - Représentant Départemental élu - Délégation APF du Cher
- Madeleine CABUZEL – représentant syndicat CGT
- Jean-Claude DION - APHL du Loiret
- Eric HAZOUARD - Représentant URPS Médecin
- Céline LECLERC - CREA
- Michel LEVASSEUR - Directeur CSPCP Issoudun
- Jacqueline MANSOURIAN-ROBERT - Présidente de Dialogue Autisme
- Chrystèle MARIONNEAU - DT 45 - ARS
- André REMBERT - URAPEP
- Docteur Claude SIX - Médecin à la Direction de la promotion de l'autonomie - CG 41
- Chaï TAO - ARS Centre
- Roger WEYL - ADAPEI Indre et Loire

Absent ou excusé :

- Caroline MOINET - Directrice-adjointe de la Grande Maison (MAS/FAM) - Responsable SSIAD Personnes Handicapées

Sous groupe Enfance Handicapée

- animateur: Eric VAN WASSENHOVE
  
- Malick FARADJI - ARS Centre
- Patrick JACQUET - Représentant URPS médecin
- Serge LOPEZ - Directeur de l'IEM Charlemagne et de la Grande Maison (MAS/FAM)
- Marc MONCHAUX - Directeur Général de l'AIDAPHI
- Claude MONNAIN - ADPEP
- Catherine REA - ARS Centre
- Nathalie TURPIN - DT41 - ARS
- Martine VANDERMEERSCH - Présidente de l'Association Autisme 28

Absent ou excusé :

- Michel LAGRUE - ADAPEI du Loir et Cher
- Docteur Hélène BARDIERE - PMI Dreux - Conseil Général d'Eure et Loir
- Jean-Marie BROCAIL - Inspecteur de l'Education Nationale
- Docteur Philippe DEGEYNE - Médecin à la MDPH du Loir et Cher
- Johan PRIOU - URIOPSS Centre