



— **Projet régional
de santé
d'Alsace**

— **2012 - 2016**



**PLAN STRATEGIQUE REGIONAL
DE SANTE
(PSRS)**

Sommaire

PREAMBULE.....	5
I/- RAPPEL DES FAITS MARQUANTS DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION ET DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE EN ALSACE.....	7
II/- DES PRIORITES D'ACTION AUX PRIORITES DU PLAN STRATEGIQUE REGIONAL.....	13
A) ETAPE 1 : FINALISATION ET PRESENTATION DU DIAGNOSTIC DE L'ETAT DES LIEUX DE LA POPULATION ET DU SYSTEME DE SANTE REGIONAL EN ALSACE.....	13
B) ETAPE 2 : PREPARATION D'UNE NOTE DE CADRAGE STRATEGIQUE SUR LES PRIORITES DECOULANT DE L'ETAT DES LIEUX.....	13
C) ETAPE 3 : TRAVAUX ET DEBATS CONTRIBUANT A L'ELABORATION DES PRIORITES DU PSRS.....	14
D) REDACTION DU PSRS ET CONSULTATIONS REQUISES.....	16
III/- PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE: 15 PRIORITES D'ACTION.....	17
A/ AXE 1 : DIMINUER LA PREVALENCE ET L'INCIDENCE DES PATHOLOGIES QUI ONT L'IMPACT LE PLUS FORT SUR LA MORTALITE EVITABLE EN ALSACE ET REDUIRE LES COMPORTEMENTS A RISQUE.....	17
B.1/ <i>Priorité 1 : Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents.....</i>	19
B.2/ <i>Priorité 2 : Prévenir et limiter les complications du diabète et de l'hypertension artérielle.....</i>	27
B.3/ <i>Priorité 3 : améliorer la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires.....</i>	33
B.4/ <i>Priorité 4 : Mieux dépister et traiter les cancers.....</i>	39
B.5/ <i>Priorité 5 : Prévenir les conduites à risque chez les jeunes.....</i>	45
B/ AXE 2 : ORGANISER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE POUR FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES EN SITUATION PARTICULIERE DE FRAGILITE.....	53
B.1/ <i>Priorité 6 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile.....</i>	55
B.2/ <i>Priorité 7 : Faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de PEC adaptées.....</i>	61
B.3/ <i>Priorité 8 : Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique.....</i>	67
B.4/ <i>Priorité 9 : Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins.....</i>	73
C/ AXE 3 : FAVORISER LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE AUTOUR DU PATIENT.....	77
C.1/ <i>Priorité 10 : Développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins.....</i>	79
C.2/ <i>Priorité 11 : Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé.....</i>	83
D/ AXE 4 : VISER L'EXCELLENCE DU SYSTEME DE SANTE EN ALSACE.....	89
D.1/ <i>Priorité 12 : Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.....</i>	91
D.2/ <i>Priorité 13 : Promouvoir un recours efficient aux soins.....</i>	95
D.3/ <i>Priorité 14 : Anticiper dans l'organisation des soins les évolutions de la démographie et des modes d'exercice des professionnels de santé.....</i>	99
D.4/ <i>Priorité 15 : Développer le positionnement d'excellence de la région en matière d'activités de recours, de recherche et d'innovation.....</i>	105
IV/- LA POURSUITE DE L'ELABORATION DU PROJET REGIONAL DE SANTE.....	109
GLOSSAIRE.....	111
ANNEXE.....	114
COMPOSITION DES GROUPES.....	114

Préambule

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patient, santé et territoires » a confié aux agences régionales de santé la mission d'élaborer un projet régional de santé ; il définit, dans chaque région, les orientations stratégiques et l'organisation de la santé.

Le présent plan stratégique régional de santé est le fruit d'un travail débuté dès la création de l'agence. Nous avons souhaité d'abord établir un état des lieux qualifiant précisément l'état de santé de la population et la situation de l'offre de santé en région Alsace. Les constats qu'il porte ont été largement exposés, ils sont un élément du débat public.

Sur cette base, nous avons établi 14 puis, suite aux échanges avec nos partenaires, 15 axes prioritaires d'action en santé regroupés en quatre axes stratégiques. Nous estimons que ces priorités constituent les enjeux stratégiques majeurs auxquels doit répondre le système de santé alsacien au cours des cinq prochaines années, horizon du projet régional de santé.

Ces enjeux tiennent d'abord à la prévalence élevée de pathologies qui pèsent sur les performances sanitaires globales de la région : maladies cardiovasculaires, diabète, surpoids et obésité, cancer ; s'y ajoute la nécessité de prévenir les comportements à risque et leurs conséquences sur la santé, en particulier celle des adolescents et jeunes adultes.

Enjeu également, la capacité du système de santé à adapter ses modes de prise en charge pour répondre aux objectifs à la fois sanitaires et sociaux que sont l'autonomie des personnes handicapées, l'insertion dans la cité des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique, l'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité et le maintien à domicile des personnes âgées dans un contexte d'augmentation rapide du nombre des personnes de plus de 85 ans (+ 50% d'ici 2020).

Enjeu ensuite, la continuité du parcours de soins des personnes, âgées ou souffrant de maladies chroniques, qui sollicitent alternativement des soins hospitaliers et des soins de proximité et pour certains une prise en charge médico-sociale. L'organisation des soins doit être graduée et coordonnée. Les systèmes d'information en santé partagés sont un atout essentiel pour améliorer nos organisations.

Enjeu enfin, la performance du système de santé : la quête permanente de la qualité, l'objectif d'efficience et d'une bonne utilisation des ressources de la solidarité nationale, l'accès au progrès médical et la bonne répartition sur le territoire régional des professionnels de santé, alors que le nombre des médecins diminuera au cours des dix prochaines années.

Ces priorités, nous avons souhaité les illustrer et les traduire en objectifs plus précis : sans rechercher l'exhaustivité, nous voulons identifier des pistes pertinentes d'action pour répondre à ces enjeux et, in fine, améliorer la santé des alsaciens.

Ces propositions, établies sous la responsabilité de l'agence, ont été élaborées dans le cadre de groupes de travail réunissant un grand nombre de partenaires qui ont ainsi pu apporter leur expertise et que je souhaite ici remercier vivement de leur contribution. Elles ont été ensuite soumises au débat public, notamment dans le cadre de la conférence régionale de santé.

Elles ont constitué le point de référence des travaux ultérieurs d'élaboration du projet régional de santé et notamment de la construction des schémas, de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale dont la vocation est de définir, cette fois-ci de façon exhaustive, l'organisation, sur le territoire régional, du système de soins, hospitalier et ambulatoire, des établissements et services médico-sociaux et des actions de prévention.

Laurent HABERT
Directeur général

I- Rappel des faits marquants de l'état de santé de la population et du système de prise en charge en Alsace

L'Alsace est une région jeune (la part des personnes âgées de plus de 75 ans est inférieure à la moyenne nationale) et avec une forte densité de population (deux fois plus élevée que la moyenne nationale). Elle connaît par rapport au reste de la France un taux de mortalité générale qui reste élevé même s'il a beaucoup diminué ; en revanche son taux de mortalité prématurée, avant 65 ans, la place dans une situation plus favorable. Si le cancer est la première cause de mortalité comme dans le reste de la France, l'Alsace se caractérise par un taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires beaucoup plus élevé. Elle connaît également une situation très défavorable à l'égard du diabète : elle se situe au 3^{ème} rang des régions ayant les plus forts taux de prévalence, la mortalité régionale dépassant de 50% la moyenne nationale. Enfin, la prévalence de l'obésité et du surpoids place la région en 2^{ème} position des régions connaissant les situations les plus défavorables. Les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins et des déterminants de santé sont fortes ; elles marquent une distinction entre les zones urbaines (Strasbourg, Mulhouse, Colmar) qui cumulent des indicateurs sociaux et sanitaires défavorables et le reste de la région, à l'exception de deux cantons, Saales et Sainte-Marie-aux-Mines où la situation est également plus dégradée.

L'état des lieux du système de santé de la région établi fin 2010 offre une description et une analyse détaillées des acteurs et actions dans les domaines de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social :

- L'offre de prévention est diversifiée mais éparse ; il est d'ailleurs difficile d'en avoir une vision consolidée tant elle fait intervenir de multiples acteurs et plusieurs sources de financement. Cependant, la majorité des actions portent sur la nutrition et l'activité physique, sur la prévention des conduites à risque et sont particulièrement destinées aux populations aux difficultés socio-économiques et culturelles. Elles sont complétées par des actions d'éducation thérapeutique du patient qui doivent lui permettre d'accompagner la prise en charge de sa maladie.
- L'offre de santé repose en Alsace sur une démographie médicale et paramédicale favorable par rapport à la moyenne nationale. La densité de médecins y est globalement supérieure et les éléments de prospective indiquent que la situation ne devrait pas se dégrader pour les médecins généralistes ; en revanche, la situation des médecins des autres spécialités devrait connaître un net recul dans les années à venir. La région est également très bien dotée en chirurgiens-dentistes, en sages-femmes et infirmiers, essentiellement salariés. Des situations de fragilité sont toutefois à craindre pour certaines professions (certaines spécialités médicales dans les années à venir, les masseurs-kinésithérapeutes dont la densité est déjà plus faible que dans le reste de la France) et dans certaines zones géographiques, les zones plus rurales et le sud de la région.
- L'offre de soins hospitalière est importante en Alsace. Les dépenses de soins hospitaliers sont d'ailleurs plus importantes (2,1 milliards d'euros en 2009 environ) que celles de ville (1,9 Md€) alors que cette répartition est inversée dans le reste de la France. Cette activité est structurée en trois niveaux de soins (premier recours ou proximité, référence, recours régional). La population dispose en proximité d'une offre d'accueil des urgences, de prise en charge de la naissance, de réponse aux besoins de médecine polyvalente et de consultations spécialisées, de lits et places de soins de suite et de réadaptation, d'hospitalisation à domicile, de soins palliatifs. C'est par territoire de santé que s'organise le niveau de référence comportant la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales, le traitement du cancer ou la filière de soins relative aux patients cérébrolésés.

- L'offre médico-sociale est plutôt supérieure à la moyenne nationale mais elle cache des disparités importantes tant territoriales que de prise en charge. Concernant les personnes âgées, qui sont moins nombreuses en proportion par rapport à la moyenne nationale mais apparemment plus dépendantes, les capacités d'accueil sont en constante augmentation, notamment dans les services comme les services de soins infirmiers à domicile ou les alternatives à l'hébergement permanent (accueil de jour, hébergement temporaire). Concernant les personnes handicapées, l'offre, qui est également en constante augmentation, reste inégale selon les territoires (le Haut-Rhin connaît globalement une situation plus favorable que le Bas-Rhin) et les types de prise en charge : l'offre en services pour adultes est ainsi inférieure à la moyenne nationale.

En Alsace comme dans le reste de la France, le système de santé poursuit son évolution vers la recherche :

- d'une meilleure coopération entre acteurs de santé. Par exemple, 27 réseaux de santé contribuent à favoriser la coopération des professionnels et des usagers au service d'une prise en charge plus fluide du patient victime de certaines maladies comme le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires par exemple. La coordination des acteurs passe aussi par le développement de systèmes d'information tels que le dossier médical personnel (DMP) expérimenté en Alsace depuis 2006. Compte tenu de sa situation transfrontalière, la coopération des acteurs implique les voisins allemands et suisses dans le cadre notamment de la conférence du Rhin supérieur et de quelques conventions locales (prise en charge des grands brûlés par le centre spécialisé de Ludwigshafen en Allemagne par exemple) ; mais la coopération transfrontalière en matière sanitaire reste limitée.
- et de l'efficience, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge dans le respect de la maîtrise des dépenses de santé. Les dépenses d'assurance maladie représentent en 2009 environ 4,4 Md€, plaçant l'Alsace dans une situation médiane en termes de consommation de soins par rapport aux autres régions.

La région est à ce titre engagée dans des actions de gestion du risque assurantiel visant la maîtrise des dépenses (de transports, de médicaments notamment) et d'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge tant à l'hôpital que dans les établissements médico-sociaux.

Le bilan des prises en charge a été réalisé selon trois approches :

- **par population :**

- L'organisation de la prise en charge de la mère et du nourrisson, puis des enfants et adolescents, est globalement satisfaisante. L'Alsace est une région qui reste démographiquement dynamique avec un nombre de naissances constant alors que ses voisines de l'est de la France voient plutôt leur natalité décroître ; la région qui comporte 16 maternités est attractive pour les femmes d'autres régions puisque le nombre de naissances est supérieur aux naissances de mères domiciliées en Alsace. Concernant la prise en charge des enfants et adolescents, les préoccupations portent notamment sur la prévention et la prise en charge de l'obésité et des risques de diabète.
- Compte tenu des perspectives d'évolution démographique, la part des personnes âgées de plus de 75 ans passant de 7,2% de la population en 2010 à 12,1% en 2030, leur prise en charge représente un défi pour le système de santé régional, d'autant que leur situation de dépendance semble plus importante en Alsace. Le recours à l'hébergement en institution reste fort, ce qui plaide pour le développement d'une offre à domicile qui doit continuer de se structurer. La prise en compte des enjeux liés à l'âge des patients est essentielle car les taux de recours hospitaliers sont proportionnellement très élevés (31% des séjours en hospitalisation complète concernent les personnes de plus de 75 ans) : création d'unités de court séjour gériatrique, d'équipes mobiles gériatriques, mise en place d'un réseau régional de gérontologie, etc.

- S'il reste difficile de connaître précisément le nombre de personnes handicapées en Alsace (entre 49 000 et 57 000 personnes), l'offre d'accompagnement sanitaire et médico-social doit en permanence s'adapter aux besoins qui relèvent prioritairement d'une prise en charge de droit commun conformément aux orientations de la loi du 11 février 2005. Cette évolution qualitative des besoins (promotion de la scolarisation en milieu scolaire, accessibilité à tous du système de santé notamment...) impose une adaptation de l'offre axée sur le développement des services d'accompagnement en milieu ordinaire de vie et l'accès aux dispositifs de droit commun. L'évolution démographique des besoins sous l'effet du vieillissement et de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées contribue également à la nécessaire adaptation de l'offre.
- L'accès aux soins des personnes vulnérables et en situation de précarité nécessite une attention particulière. Un dispositif généraliste en matière de santé précarité (permanences d'accès aux soins dans les établissements de santé, lits halte soins santé...) s'est développé ces dernières années ; il prend une importance accrue sous l'effet de la dégradation de la situation économique et sociale de la région fortement accentuée par la crise de 2008. Les dynamiques partenariales traduisent une volonté d'améliorer la réponse aux besoins spécifiques des personnes concernées ; mais elles restent inégalement réparties sur le territoire et insuffisamment coordonnées.
- La prise en charge sanitaire des détenus (environ 5 000 personnes ont été détenues en Alsace en 2010) est organisée, de façon globalement satisfaisante, dans chaque prison au sein d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) rattachée à un service de l'établissement hospitalier le plus proche. Mais compte tenu des besoins en soins accrus de la population carcérale par rapport à la population générale (addictions en particulier, exposition à certains risques en milieu carcéral – suicide par exemple), il est nécessaire de renforcer les actions de prévention et de maintenir une couverture en soins somatiques et psychiatriques de qualité dans le contexte des évolutions de l'organisation pénitentiaire à venir (création du centre de Lutterbach dans le Haut-Rhin).

- **par pathologie :**

- Le champ de la médecine couvre des affections qui présentent un enjeu de santé publique particulier en Alsace (maladies cardio-vasculaires, diabète...). L'Alsace connaît une adéquation relativement optimisée entre l'offre et la demande de soins de médecine, des capacités hospitalières bien réparties et une démographie médicale encore favorable. Mais des marges de progrès existent dans l'organisation du suivi des patients diabétiques, le développement de filières de prise en charge et la coordination du parcours de soins.
- Les besoins de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) sont importants (1228 patients prévalents, 1 patient incident sur 4 en attente de greffe en 2009) et croissants en Alsace compte tenu de ses caractéristiques épidémiologiques. La prise en charge est plutôt bien organisée mais des marges de progrès existent pour favoriser la prévention et l'éducation thérapeutique du patient, développer les modalités de prise en charge à domicile (dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile) et améliorer la prise en charge des personnes âgées qui représentent 36% des patients et nécessitent un accompagnement particulier, notamment lorsqu'elles sont hébergées en EHPAD.
- La proportion d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) est croissante (+ 12% sur les trois dernières années) et atteint des patients en moyenne plus jeunes que dans le reste de la France même si plus de la moitié des patients ont plus de 75 ans. L'Alsace bénéficie d'atouts pour permettre une prise en charge rapide et efficace des AVC (démographie médicale plutôt favorable, fonctionnement de quatre unités neuro-vasculaires depuis 2004...) mais l'accès à la thrombolyse reste insuffisant, les délais d'accès à l'IRM trop longs et l'organisation de la filière d'aval trop peu coordonnée.
- Le cancer est la première cause de mortalité en Alsace, qui connaît une incidence des tumeurs plus forte que dans le reste de la France. La région couvre plutôt bien ses besoins. Les actions de prévention sont organisées : les actions de dépistage sont structurées par des associations par type de cancer (ADEMAS pour le cancer du sein, ADECA pour le cancer colorectal, EVE pour le cancer

du col de l'utérus). L'accès aux traitements se structure par le biais des centres de coordination en cancérologie (les 3C) dont l'action est elle-même coordonnée par le réseau régional de santé CAROL. L'ensemble de la filière de prise en charge s'organise progressivement (développement de réseaux territoriaux, déploiement du dossier communicant en cancérologie...) mais l'accès aux soins de suite et de réadaptation reste difficile et les thérapies de proximité sont encore peu développées.

- L'organisation des soins palliatifs s'est structurée au cours des dernières années avec la mise en place de 4 unités de soins palliatifs (une par territoire de santé), de 8 équipes mobiles de soins palliatifs, de 211 lits identifiés en soins palliatifs. Mais comme pour la lutte contre la douleur, le développement des soins palliatifs relève moins des structures que d'une culture. La formation de l'ensemble des personnels soignants ou accompagnants à cette culture palliative et de lutte contre la douleur est donc déterminante.
- Dans le champ de la santé mentale, les indicateurs situent l'Alsace dans une position plutôt favorable (plus faible mortalité par suicide, moindre consommation de psychotropes, dernier rang pour le taux d'affections psychiatriques de longue durée). Le développement des prises en charge alternatives et en ambulatoire se poursuit. Des centres de ressources et d'expertise se sont mis en place grâce à des équipes spécialisées (centre ressources autisme, centre ressources pour les auteurs de violences sexuelles, centre expert schizophrénie...). Les enjeux portent notamment sur la coordination des acteurs et la formalisation des prises en charge (regroupement des établissements pour le fonctionnement des services d'urgence, coordination des intervenants dans le cadre des troubles de conduite alimentaires, prise en charge des adolescents à la charnière de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie générale pour adultes, articulation entre les services hospitaliers et les établissements médico-sociaux et sociaux dans la prise en charge du handicap psychique, des populations précaires, des personnes âgées...).
- Les dispositifs relatifs aux addictions (tabac, alcool, drogues) illustrent une prise en charge transversale entre ville (les médecins et pharmaciens sont les interlocuteurs de premier recours), secteur médico-social (qui assure une prise en charge de proximité grâce aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie -CSAPA) et hôpital organisé en 3 niveaux de soins. Les enjeux portent sur l'accessibilité de la couverture géographique de ce dispositif et l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

▪ **par modalité de prise en charge :**

- La prise en charge des urgences pré-hospitalières se fonde sur deux services d'aide médicale urgente (SAMU ou centre 15), 7 services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) terrestres et 1 SMUR hélicoptère, les entreprises de transport sanitaire, les services départementaux d'incendie et de secours et la permanence des soins assurée par les professionnels libéraux. La prise en charge des urgences hospitalières repose sur 14 structures d'urgence, assurant ainsi une couverture géographique de proximité ; la régulation des urgences est confrontée à une augmentation du nombre de passages et une proportion importante de patients âgés. L'amélioration de la connaissance de l'activité des urgences (notamment grâce au réseau régional des urgences (RESURAL) en cours de montée en charge) devrait accompagner la prévention des recours inappropriés qui passe par de multiples canaux tels qu'une meilleure coordination des acteurs en amont dans le cadre de la régulation des urgences pré-hospitalières, l'information du grand public, l'amélioration des filières de prise en charge...
- Le dispositif de prise en charge de réanimation répond aux besoins avec des taux d'équipement et d'activité plutôt supérieurs en région à la moyenne nationale (11 lits de réanimation pour 100 000 habitants contre 7-8 en moyenne nationale). Mais le nombre de petites unités avec de petites équipes de seniors pose une question d'efficacité. Les enjeux portent notamment sur la contrainte démographique qui incite à regrouper les capacités de réanimation au sein d'un même établissement et sur la fluidité des filières qui suppose de structurer les parcours entre unités de réanimation et unités de surveillance continue puis d'identifier les structures d'aval en soins de suite ou dans le secteur médico-social.

- L'activité de chirurgie est concentrée dans les établissements de référence et notamment dans le territoire de Strasbourg ; y compris dans les établissements de proximité, l'activité dépasse en général le seuil de 1 500 séjours annuels. L'Alsace présente un taux de recours à la chirurgie supérieur à la moyenne nationale (de 11,74%), ce que ne peuvent expliquer seuls des facteurs épidémiologiques ou démographiques. L'Alsace a connu un fort développement de son taux de chirurgie ambulatoire, opérant un net rattrapage par rapport à son retard initial. Aujourd'hui sur les 17 gestes marqueurs de pratique ambulatoire, le taux global d'activité sous pratique ambulatoire se situe à 75,4% (+ 8% entre 2008 et 2009). L'amélioration de la performance de cette activité passe par une réflexion sur les facteurs contribuant au taux de recours par rapport aux tendances nationales et bonnes pratiques, la poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation complète et le renforcement de l'optimisation des plateaux techniques.

- Le taux d'équipement d'imagerie médicale de la région est en augmentation. On compte 19 équipements autorisés d'imagerie par résonance magnétique (IRM), dont 3 en cours d'installation, 28 scanners et 2 tomographes à émissions de positon (TEP). Ce secteur est confronté à une évolution démographique préoccupante des professionnels de radiologie, notamment dans le secteur public, ce qui contribue à accroître les difficultés et les délais d'accès trop longs à l'imagerie (les délais d'accès pour les patients hospitalisés sont plus longs en moyenne en Alsace que dans le reste de la France). L'activité d'imagerie est soutenue ; les taux de recours sont légèrement supérieurs au reste de la France. Les perspectives d'évolution se situent dans les modalités de prise en compte des problèmes de démographie médicale (coopération public-privé pour la permanence des soins, développement de la télé-radiologie...), l'organisation des plateaux techniques pour optimiser les plages disponibles et réduire les délais d'accès, l'information des prescripteurs sur le bon usage des pratiques d'imagerie.

- L'activité des 64 implantations de soins de suite et de réadaptation, intervenant le plus souvent en aval d'une hospitalisation de court séjour, est soutenue (en 2009, près de 87% de l'objectif quantifié de l'offre de soins 2011 était déjà réalisé). 90% des séjours relèvent d'une hospitalisation complète ; la moitié des patients a plus de 75 ans ; la durée moyenne de séjour régionale est de 30,5 jours. Les enjeux principaux portent sur la réduction des inégalités d'accès (inégalités territoriales d'accès pour les patients dialysés, accès difficile pour les patients cancéreux) et sur la formalisation du rôle des SSR dans les filières de prise en charge, la généralisation du système d'information Trajectoire (orientation et gestion des patients dans les services de SSR à la sortie du court séjour ou depuis le domicile) devant y contribuer.

- L'Alsace compte 6 structures d'hospitalisation à domicile, dont 5 polyvalentes et 1 spécialisée en obstétrique. Les HAD polyvalentes prennent en charge des patients âgés et fortement dépendants (les patients âgés de plus de 75 ans représentent 1/3 des séjours) ; les prises en charge sont dominées par les soins palliatifs et les pansements complexes. Le dispositif concourant au maintien à domicile des patients gagnerait à une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs impliqués, dont les structures d'HAD avec les professionnels libéraux, les EHPAD, les SSIAD, filière d'aval naturelle, et les différentes équipes mobiles.

- L'offre de biologie médicale est équilibrée dans la région (141 sites dont 125 sites d'activité de laboratoires privés et 288 biologistes en 2011) répondant de manière satisfaisante aux besoins de la population ; les consommations d'actes sont comparables à la moyenne nationale. L'organisation de l'offre doit permettre de concilier le besoin de proximité pour le patient et d'efficacité, de qualité et de sécurité des soins pour le biologiste et le système de santé. Il s'agira de définir dans le schéma d'organisation sanitaire le territoire pertinent pour l'implantation de l'offre hospitalière publique et des sites de laboratoires privés.

- L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques, héritées ou acquises, à un stade précoce du développement prénatal. En Alsace, 4 établissements de santé publics (sur 6 sites) sont autorisés à réaliser ces examens. L'organisation de cette offre doit permettre en même temps de réduire les délais d'accès aux consultations de génétique médicale et aux examens et de favoriser la mise en commun à l'échelle de la région de compétences rares et de dispositifs techniques coûteux.

//-Des priorités d'action aux priorités du plan stratégique régional

Une approche méthodique et concertée

La première phase d'élaboration du projet régional de santé a permis de définir les nouveaux territoires de santé et de lancer conjointement l'état des lieux-diagnostic de la situation sanitaire et médico-sociale en Alsace.

La seconde phase du PRS a ensuite été consacrée à la définition des priorités de santé pour la région. Ce travail partenarial et de concertation visait à faire partager le diagnostic pour ensuite forger un consensus local sur les priorités stratégiques.

Ces priorités serviront ensuite de référence pour l'élaboration, d'ici la fin du 3^{ème} trimestre 2011, de trois schémas (schéma de prévention, schéma d'organisation sanitaire, schéma d'organisation médico-sociale) dont la rédaction avec celle des programmes constituera la dernière étape d'élaboration du projet régional de santé.

a) Etape 1 : Finalisation et présentation du diagnostic de l'état des lieux de la population et du système de santé régional en Alsace

A partir d'études et de contributions ayant associé les partenaires et experts en région, l'état des lieux finalisé entre juillet et octobre 2010 traite des parcours de prise en charge des patients dans leur globalité, depuis la prévention jusqu'aux soins ambulatoires et hospitaliers et l'accompagnement médico-social.

Ce bilan détaillé s'appuie sur l'exploitation de bases de données et de questionnaires, sur les contributions de groupes de travail ayant associé des partenaires et experts extérieurs, sur les études réalisées par l'observatoire régional de la santé en Alsace. Soumis à concertation il a été enrichi, par l'échange et la discussion, de données et d'analyses.

Le document final de près de 260 pages a été largement diffusé et présenté aux instances de la démocratie sanitaire fin 2010. Mis en ligne ensuite sur le site Internet de l'agence régionale de santé d'Alsace, il vient d'être adressé sous forme de CD-Rom à l'ensemble des collectivités territoriales et locales, aux établissements de santé et médico-sociaux ainsi qu'aux autres partenaires de l'agence, soit 2000 exemplaires diffusés.

Cet état des lieux est la première composante du projet régional de santé et le socle de toutes les réflexions engagées pour la préparation du plan stratégique du projet régional de santé d'Alsace.

b) Etape 2 : Préparation d'une note de cadrage stratégique sur les priorités découlant de l'état des lieux

Après un travail de réflexion une note de cadrage stratégique a identifié les priorités régionales d'action en santé, à partir des constats de l'état des lieux, de la connaissance partagée au sein de l'agence des enjeux stratégiques, des priorités dans la région et de l'application de critères de priorisation tels que :

- L'importance du problème de santé repéré en termes :
 - de prévalence (nombre de personnes concernées), d'incidence (nombre de nouveaux cas), de chronicité, de gravité (mortalité, conséquences fonctionnelles et handicap) pour la santé de la population ;
 - d'impact socio-économique ;
 - d'atypie de la situation régionale.
- L'impact socio-économique, le poids financier, l'évolution dans le temps, etc.

- La continuité de l'action publique et la coordination de l'action avec les autres partenaires publics régionaux
- La prise en compte des priorités nationales de santé
 - l'intégration des objectifs et priorités déclinés dans la loi de santé publique et les plans nationaux (plan solidarité grand âge, Plan cancer 2009-2013, plan Alzheimer 2008-2012, plan AVC...).
- L'acceptabilité et la faisabilité de la réponse qui peut être apportée au problème de santé identifié :
 - l'existence d'une solution et de leviers d'action disponibles en région qui tiennent compte de la capacité nouvelle ouverte par la Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de coordination entre les acteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social ;
 - la disponibilité des moyens impliqués en termes financiers, sociaux, humains ;
 - l'importance du bénéfice attendu social, sanitaire et pour la solidarité nationale
 - le délai dans lequel les actions menées peuvent être réalisées et évaluées.
- Le caractère structurant des priorités retenues ;
- La possibilité pour l'agence régionale de santé d'agir pour atteindre l'objectif.

Début novembre 2010 cette proposition de 14 priorités régionale d'action a été proposée à large discussion et échanges. Parmi les enjeux : le partage du diagnostic sur l'état des lieux et la détermination -concertée- des objectifs à atteindre.

c) Etape 3 : Travaux et débats contribuant à l'élaboration des priorités du PSRS

Les temps de concertation et de travail ont permis, entre mi-novembre 2010 et fin février 2011, de valider et d'arrêter collectivement les priorités stratégiques du Projet régional de santé (PRS).

Tout au long de cette période, une concertation a permis tant aux instances de la démocratie sanitaire, qu'aux partenaires de l'agence de discuter, d'enrichir et de compléter les priorités d'action proposées :

- La concertation institutionnelle :

Dès sa mise en place, la CRSA a été associée aux différentes étapes de travail du Projet régional de santé. Sa commission permanente s'implique particulièrement dans le suivi des travaux, puisque chacun de ses membres a intégré l'un des groupes de travail mis en place.

Le conseil de surveillance de l'agence, dans ses séances successives, a été régulièrement informé de l'avancée des travaux.

Les quatre conférences de territoire, dès leur installation début décembre 2010 puis en février 2011, ont analysé puis débattu de l'état des lieux et des priorités d'action.

Une quinzième priorité d'action, Prévenir les conduites à risque chez les jeunes, a été proposée au terme de ces échanges.

- Les travaux en groupes thématiques (liste nominative en annexe) :

Chaque priorité d'action dégagée a fait l'objet d'un travail d'approfondissement au sein d'un groupe de travail, associant à des membres de l'agence, des partenaires extérieurs choisis pour leur compétence particulière dans ce domaine, y compris des représentants de la commission permanente de la CRSA. Ces groupes ont aussi procédé, autant que de besoin, à des auditions ou consultations complémentaires.

L'objectif était de traduire chacune des priorités d'action en objectifs plus spécifiques et d'établir des indicateurs pour permettre le suivi de la bonne mise en œuvre du PSRS.

- La consultation des professionnels

Elle est effective au sein de la CRSA, des quatre conférences de territoire et des 15 groupes de travail thématiques, qui associait aussi des professionnels des deux conseils généraux.

Elle a été complétée par la mise en place d'une adresse courriel dédiée permettant l'expression directe des propositions de tous les professionnels ou partenaires, de manière à enrichir en permanence le diagnostic et de préciser les réflexions en cours.

Par ailleurs, tout au long des travaux tous les partenaires de l'agence avaient la possibilité de faire parvenir directement des contributions. De nombreux documents, analyses et envois ont été transmis aux groupes de travail.

- L'information et la consultation élargie au grand public

Au-delà du cadre de la concertation formelle avec les instances représentatives de la démocratie sanitaire, et donc des usagers, l'agence a souhaité informer plus largement la population de l'élaboration du plan stratégique régional de santé pour favoriser la diffusion de la démarche et la connaissance sur les indicateurs de santé en Alsace.

Si l'organisation de réunions publiques n'a pas à ce stade été envisagée, en revanche, l'organisation d'une consultation publique avec l'appui de l'ensemble des médias locaux (presse quotidienne régionale et télévision) a été menée début 2011.

En complétant un questionnaire court accessible sur un site Internet dédié, les Alsaciens pouvaient participer à un exercice d'identification des priorités de santé « ressenties » au sein de la population ; ce critère d'appréciation certes subjectif trouve cependant toute sa place dans le faisceau d'indices qui concourt à conforter la sélection initiale des priorités de santé.

Lancée mi-janvier 2011, l'enquête en ligne a duré près d'un mois ; au final, 2302 questionnaires ont été réceptionnés.

Une première partie concernait les problèmes de santé méritant une attention particulière en termes de prévention et de prise en charge.

Les trois premiers problèmes cités sont le cancer (57% des réponses), les maladies neurologiques, maladie d'Alzheimer (43%) et les maladies cardiovasculaires (37%).

L'organisation et l'utilisation du système de santé, abordée en seconde partie, montre que les usagers souhaitent en priorité « assurer une meilleure continuité de prise en charge des patients » (37%), puis « assurer un accès à la prévention et aux soins à l'ensemble de la population, quelle que soit son origine socio-culturelle » (33%) et « maintenir la présence d'hôpitaux de proximité » (31%).

La troisième partie, qui concernait les populations « spécifiques », montre l'attachement à intervenir « auprès » des populations éloignées de la prévention et du soin » (29%) puis les « personnes âgées dépendantes » (26%) et enfin qu'il ne faut « cibler aucune population en particulier » (29%).

Enfin, une question portait sur les préoccupations des Alsaciens au regard de leur propre santé. Sont priorisés : le cancer (79%), les maladies cardiaques (64%), les maladies neurologiques, maladie d'Alzheimer (64%) et la dépendance (63%) ; le résultat est donc cohérent avec la réponse à la première question.

Les résultats croisent et confortent largement les priorités d'action envisagées au titre des réflexions en cours au titre du PSRS 2011-2015.

d) Rédaction du PSRS et consultations requises

Le plan stratégique régional de santé sera présenté aux instances et soumis à leur avis dans le courant des mois de mars et d'avril 2011.

Les instances qui doivent prononcer formellement un avis sur le plan stratégique sont la CRSA, le Conseil de surveillance et le Préfet de région.

Le plan stratégique fait partie du projet régional de santé qui sera arrêté définitivement par le Directeur Général de l'agence régionale de santé, en même temps que les schémas dont il est le support, en fin d'année 2011.

III- Plan stratégique régional de santé: 15 priorités d'action

A/ Axe 1 : Diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies qui ont l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace et réduire les comportements à risque

B.1/ Priorité 1 : Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents

A.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

A.1.a/i Etat des lieux

L'Alsace présente une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale avec un taux d'obésité déclarée chez l'adulte de 17,8% contre 14,5% en France métropolitaine en 2009 ; la région se situe en 2ème position des régions après le Nord-Pas-de-Calais ; chez le jeune enfant, la situation régionale est particulièrement préoccupante avec une prévalence du surpoids et de l'obésité supérieure à celle de toutes les autres régions en 2006 (4,1% des enfants âgés de cinq à six ans étaient obèses, 15,3% étaient en surpoids¹).

Parmi les facteurs favorisant l'apparition et le développement du surpoids et de l'obésité en Alsace, figurent certaines habitudes alimentaires (apports lipidiques excessifs avec une part prépondérante des acides gras saturés ; apports insuffisants en glucides lents ; apports en protéines d'origine animale trop importants^{2 3}), un rythme alimentaire inadapté notamment chez l'enfant et l'adolescent (collation matinale, absence de petit déjeuner chez un adolescent sur quatre, grignotage chez un enfant sur cinq) et une activité physique insuffisante (moins de la moitié des enfants pratique au moins deux heures d'activité physique par semaine)⁴.

Si globalement, grâce notamment à la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), la prévalence du surpoids et de l'obésité se stabilise chez les enfants de cinq à six ans au niveau national comme en Alsace, l'évolution est moins favorable parmi les populations ayant le degré d'instruction ou le niveau de revenus les plus faibles. Des habitudes alimentaires défavorables et une moindre pratique d'activité physique de loisir, qui favorisent le surpoids et l'obésité, justifient le développement d'une politique appropriée en direction de ces populations. A défaut, une amélioration de la situation de la population générale s'accompagnerait d'un creusement des inégalités sociales de santé.

A.1.a/ii Périmètre de la priorité d'action

L'action de prévention du surpoids et de l'obésité s'orientera prioritairement vers les enfants et les adolescents (jusqu'à 17 ans) :

Le surpoids à la naissance est un facteur associé au risque d'obésité de l'enfant dans certaines études ;

La précocité du rebond d'adiposité (avant l'âge de cinq ans) est un signe d'alerte constamment associé au risque d'obésité de l'enfant ;

Les habitudes alimentaires s'acquièrent dès la petite enfance ; l'éducation des parents et la correction des éventuelles erreurs doivent donc se faire très tôt, avant que celles-ci ne s'installent durablement ;

La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie de 20 à 50% avant la puberté et de 50 à 70% après la puberté, il est donc nettement plus efficace de dépister et de traiter le surpoids et l'obésité avant la puberté.

Face à l'ampleur et à la complexité du phénomène, les recommandations en matière de prévention de l'obésité soulignent l'importance de développer une approche globale, large et interdisciplinaire, prenant en compte de façon concertée le caractère multifactoriel des comportements.

¹ DREES La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006, *Etudes et résultats* n° 737, septembre 2010

² Le caractère hyperlipidique de l'alimentation alsacienne est important pour deux raisons : 1) les lipides de l'alimentation ont des effets sur la régulation de la composition corporelle (Ziegler et Debry, 1997) ; 2) ce caractère hyperlipidique est un facteur de risque de l'obésité chez l'enfant comme chez l'adulte (Golay et Bobbioni, 1997).

³ Enquête MONICA OMS 1995-1997 sur les habitudes alimentaires en Alsace (Bas-Rhin) ; En attente de publication : étude MONA LISA (2005-2006) résultats de l'enquête alimentaire

⁴ Etude dans les établissements scolaires, ORSAL 2002

Pour lutter contre les inégalités sociales de santé en termes d'alimentation et d'activité physique, il importe de renforcer la promotion de la santé dans la région en matière de nutrition et d'activité physique : d'une part, en adaptant les stratégies d'interventions aux populations concernées, en privilégiant l'approche territoriale et communautaire, d'autre part, par l'implication et la formation des acteurs locaux à ces problématiques⁵.

La mise en œuvre de cette approche globale doit enfin être étroitement liée à l'organisation d'une réponse coordonnée et graduée sur les différents territoires.

Une part importante des actions ne ressort pas strictement du champ de compétence de l'agence et appelle des politiques coordonnées de l'Etat, de l'assurance maladie et des collectivités locales notamment.

A.1.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : Développer l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent⁶

La prévention de l'obésité des enfants et des adolescents prendra en compte l'évolution de leurs conditions de vie marquées par une réduction des efforts physiques liés au transport et par une plus grande sédentarité liée au développement de nouvelles technologies attractives (télévision, jeux et films vidéo, communication sur Internet, etc.). En effet, la sédentarité chez l'enfant et l'adolescent est un facteur de risque de surpoids et d'obésité : un enfant âgé de 5-6 ans a 30% de risque supplémentaire d'être en surpoids (+40% d'être obèse) s'il passe au moins une heure par jour devant un écran par rapport à un enfant qui y passe moins d'une heure par jour⁷.

La pratique de l'activité physique de loisir et sportive chez l'enfant est insuffisante en Alsace (moins de la moitié des enfants âgés de 5-6 ans pratique au moins deux heures d'activité physique par semaine).

L'activité physique chez l'enfant est prédictive de l'activité physique chez l'adulte : or il est possible d'agir efficacement en milieu scolaire et extrascolaire pour réduire la sédentarité, augmenter l'activité physique et réduire le risque de surpoids et d'obésité chez l'enfant⁸.

Objectif spécifique n° 1.1 : favoriser l'exercice physique par un environnement adapté

L'activité physique domestique (déplacement), de loisir et sportive est influencée par de nombreux facteurs environnementaux, individuels, sociaux et culturels. Parmi les facteurs environnementaux, figurent la proximité des infrastructures et des équipements, leur accessibilité financière, la sécurité des lieux, en particulier des aires de jeux notamment leur éclairage et leur surveillance, etc. En matière de transport, un réseau dense de pistes cyclables éclairées et sécurisées, des itinéraires pédestres en ville avec signalisation sont des facteurs favorisant les déplacements actifs.

Ainsi, les collectivités locales ont une responsabilité dans l'adaptation de la ville à l'activité physique des enfants et des adolescents par la mise en place d'aménagements et d'équipements permanents.

L'école est aussi un lieu privilégié pour l'exercice de l'activité physique de tous les enfants quel que soit leur milieu social ou culturel et il apparaît ainsi nécessaire d'en développer la pratique.

Pour ces raisons le Programme National Nutrition Santé (PNNS) encourage les municipalités à adhérer à la charte « ville active du PNNS » et à s'engager notamment dans « l'amélioration de l'offre d'activités physiques tant en milieu scolaire et périscolaire qu'en direction de la population ».

⁵ Propositions pour le PNNS 2011-2015 des Sociétés savantes et d'experts en nutrition, automne 2010

⁶ La notion d'activité physique intègre toutes les activités concourant à la dépense énergétique : déplacements, activités physiques de loisir et sportives encadrées ou non, efforts physiques au cours du travail, etc.

⁷ DREES La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006, *Etudes et résultats* n° 737, septembre 2010

⁸ C Simon and all, Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention, *International Journal of Obesity* (2008) 1–10

Objectif spécifique n° 1.2 : informer et éduquer les parents, les enfants et les adolescents aux bienfaits de l'activité physique sur la santé

Une étude expérimentale pour le développement de l'activité physique en milieu scolaire et extrascolaire a été menée de 2002 à 2004 par le Professeur Chantal SIMON dans huit collèges et lycées de la région. Cette étude, intitulée ICAPS, a apporté la preuve scientifique qu'il était possible d'augmenter la pratique d'activité physique des élèves en les informant et en leur proposant une offre attractive. L'étude a montré également que l'augmentation de l'activité physique s'accompagnait d'une réduction du risque de surpoids par rapport à un groupe contrôle.

Le rectorat a déployé progressivement depuis 2006 un programme nutrition dans les collèges et lycées intitulé « Comportement alimentaire des adolescents : le pari de la santé » (CAAPS) qui concerne aujourd'hui la quasi-totalité des établissements de la région. La promotion de l'activité physique auprès des élèves est un des axes de ce programme. Le rectorat a prévu, à compter de 2012, de le déployer dans les écoles primaires avec le soutien de ses partenaires.

Il est essentiel également d'informer les familles, notamment les plus défavorisées, sur les liens existant entre sédentarité et prise de poids, entre manque de sommeil (souvent lié à la télévision) et prise de poids.

Cette information pourra se faire via les réseaux d'aide à la parentalité, les associations de parents d'élèves, les professionnels de santé et les associations de quartier.

Objectif stratégique n° 2 : Faire évoluer les comportements alimentaires des enfants et des adolescents

L'obésité s'installe lorsque les apports énergétiques alimentaires sont supérieurs aux dépenses⁹.

La répartition des macronutriments absorbés doit aussi être prise en compte, en distinguant les lipides des autres nutriments, car ils ont des effets particuliers sur les mécanismes de régulation de la composition corporelle^{10 11}. Le caractère hyperlipidique de l'alimentation est un facteur de risque de l'obésité, chez l'enfant comme chez l'adulte¹².

L'influence de la famille est considérable dans le processus des choix alimentaires de l'enfant¹³.

Le respect des rythmes des repas et les modalités des prises alimentaires sont également déterminants : l'obésité est associée à des apports énergétiques plus faibles au petit déjeuner¹⁴, le grignotage en dehors des repas est fréquent chez l'enfant obèse, il mange plus vite et mastique moins longtemps que l'enfant de poids normal¹⁵.

Selon le rapport de l'INSERM « La santé des enfants et des adolescents », « il est possible de modifier, par des interventions en milieu scolaire, les connaissances nutritionnelles des enfants, l'alimentation à l'école ainsi que l'activité physique et la sédentarité des enfants ». Ainsi, « la prévention de l'obésité de l'enfant devra reposer sur ces trois axes ».

Cependant, « il est illusoire de penser que l'école peut résoudre le problème de l'obésité de l'enfant », qui est une conséquence de transformations profondes des modes de vie, eux-mêmes déterminés par le monde des adultes. « Une réponse efficace et durable ne pourra être apportée sans une implication globale des adultes (éducateurs, parents, professionnels de santé, décideurs, médias...) ».

⁹ INSERM, expertise collective opérationnelle, La santé des enfants et des adolescents, 2009

¹⁰ JEQUIER E, TAPPY L. Regulation of body weight in humans. *Physiol Rev* 1999, **79** : 451-480

¹¹ ZIEGLER O, DEBRY G. Traitement des obésités primitives. In : Encyclopédie Médicale et Chirurgicale, Éditions Elsevier, Paris 1997 : 10-506-H-10

¹² GOLAY A, BOBBIONI E. The role of dietary fat in obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997, **21** (suppl 3) : S2-S11

¹³ BIRCH LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 1999, **19** : 41-62

¹⁴ PREZIOSI P, GALAN P, DEHEEGER M, YACOB N, DREWNOWSKI A, HERCBERG S. Breakfast type, daily nutrient intakes and vitamin and mineral status of French children, adolescents and adults. *J Am Coll Nutr* 1999, **18** : 171-178

¹⁵ DRABMAN RS, CORDUA GD, HAMMER D, JARVIE GJ, HORTON W. Developmental trends in eating rates of normal and overweight preschool children. *Child Dev* 1979, **50** : 211-216

Objectif spécifique n° 2.1 : former les professionnels concernés par l'alimentation des enfants et des adolescents

Les collectivités territoriales exercent un rôle essentiel pour la promotion d'une alimentation correspondant aux recommandations. Elles sont notamment impliquées dans l'organisation de la restauration scolaire, dans l'action sociale auprès de populations défavorisées, dans les politiques de prévention en faveur de la petite enfance. Leur personnel, dont les métiers sont très divers, peuvent relayer la mise en œuvre des recommandations à leurs différents niveaux. Le PNNS prévoit ainsi de développer la formation en nutrition des professionnels salariés des collectivités territoriales.

Les médecins généralistes ayant une clientèle d'enfants ont également un rôle important de conseil en matière d'alimentation auprès des parents et de leurs enfants. Des outils de communication leur sont nécessaires.

Les enseignants et les éducateurs des établissements scolaires et périscolaires, qui souhaitent mettre en place des animations sur l'équilibre nutritionnel, ont besoin de disposer de mallettes pédagogiques. Le personnel surveillant les repas dans les cantines scolaires doivent connaître au minimum les recommandations nutritionnelles. En milieu scolaire, l'agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES, anciennement AFSSA) recommandait en 2007, de mettre en place des animations sur l'équilibre alimentaire parallèlement aux mesures visant à améliorer l'offre en restauration scolaire.

Objectif spécifique n° 2.2 : adapter l'offre alimentaire aux recommandations nutritionnelles

Si les habitudes alimentaires se construisent en grande partie dans le cadre familial, le rôle de l'école n'est pas à négliger. Selon l'étude Individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires (INCA 2) menée par l'AFSSA en 2006-2007, 49% des 3-10 ans, 66% des 11-14 ans et 60% des 15-17 ans prennent au moins trois de leurs déjeuners hebdomadaires au restaurant scolaire. Dans les lycées agricoles cette proportion atteint 85% des élèves (enquête restauration scolaire AFSSA 2005-2006).

Depuis son lancement en janvier 2001, le Programme National Nutrition Santé préconise « d'améliorer les repas scolaires tant du point de vue de leur qualité nutritionnelle que celui de la sécurité des aliments ».

La prise de repas équilibrés en milieu scolaire favorise l'apprentissage des bonnes habitudes alimentaires. Ainsi, l'amélioration de la qualité nutritionnelle en restauration scolaire est une priorité de santé publique, d'autant que pour bon nombre d'élèves, les repas pris à la cantine sont la source principale de nutriments nécessaires à leur développement.

Bien que les repas servis dans les restaurants scolaires soient plus équilibrés en général que ceux pris à la maison ou dans d'autres lieux de restauration, l'équilibre alimentaire des repas servis à la cantine demeure perfectible (manque de poisson, de viandes rouges, trop de plats riches en graisses...). Afin d'améliorer encore la qualité nutritionnelle des repas, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) recommande notamment d'améliorer la formation des personnels de restauration en matière de nutrition et d'équilibre alimentaire, de développer et diffuser des outils prêts à l'emploi pour aider les établissements à créer leurs menus et de mettre en place des animations sur l'équilibre nutritionnel.

Par ailleurs, des expériences ont montré que l'amélioration de l'accessibilité aux fruits et légumes en restauration collective en favorise la consommation¹⁶. La direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), dans le cadre du Programme National pour l'Alimentation (PNA), étudie actuellement les possibilités d'améliorer l'approvisionnement en fruits et légumes des structures en charge de la restauration scolaire dans les écoles primaires, les collèges et les lycées en particulier par le développement de circuits courts.

Une autre voie à explorer pour l'amélioration de l'accessibilité aux fruits et légumes des enfants et adolescents est le développement des jardins familiaux dans les principales villes de la région ; la réflexion est déjà en cours à Strasbourg et à Mulhouse.

¹⁶ Une expérimentation américaine au sein d'une cafétéria d'une université a montré qu'une augmentation de l'offre en fruits et salades combinée avec une baisse des prix de 50% a multiplié par 3 la demande de salades et fruits pendant la durée d'intervention – rapport INSERM 2005

Objectif spécifique n° 2.3 : modifier les comportements des parents, des enfants et des adolescents en matière d'alimentation

Il est primordial d'organiser très tôt, avant la naissance de l'enfant ou dès sa naissance, la mise en place d'échanges d'information durant lesquels les parents pourraient bénéficier de toute l'information nécessaire à l'alimentation de leur enfant (alimentation du nourrisson, du petit enfant, équilibre alimentaire, éveil au goût, rythmes alimentaires, etc.) et le professionnel repérer les obstacles au suivi des recommandations. L'acquisition de ces compétences nécessite parfois l'organisation d'ateliers de mise en pratique, type « ateliers cuisine ».

Chez le petit enfant une attention particulière doit être portée à l'éveil au goût et à la découverte des aliments (notamment des fruits et légumes) afin qu'il se familiarise et prenne plaisir à consommer.

Concernant les familles défavorisées, il sera essentiel d'accompagner les établissements de santé, les médecins traitants et les associations de quartier dans leur démarche de promotion de la santé pour promouvoir une alimentation équilibrée (faire émerger la demande, identifier les contraintes, les relayer auprès des élus, etc.) en fournissant aux acteurs ressources les clés de compréhension concernant les problématiques nutritionnelles de ces publics.

Objectif spécifique n° 2.4 : poursuivre l'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits issus de la filière agro-alimentaire

L'adaptation de l'offre alimentaire aux recommandations doit se faire également au niveau de la production, de la transformation et de la distribution des produits. C'est pourquoi, au travers de la signature de chartes d'engagement, le PNNS propose depuis 2007 aux acteurs économiques des filières de l'alimentaire (industries agroalimentaires, distribution, production primaire, fédérations professionnelles...) de signer des chartes d'engagement de progrès nutritionnels notamment sur la qualité nutritionnelle des produits, leur présentation, la taille des portions, la communication et la publicité notamment envers les enfants, l'accessibilité de produits aux populations défavorisées par des actions sur les prix.

En Alsace, suite aux actions menées par la DRASS en 2008 avec ses partenaires pour faire connaître ces chartes d'engagement (enquête auprès d'entreprises agroalimentaires du Bas-Rhin et auprès de consommateurs, organisation de débats-citoyens par l'université), l'ARIA¹⁷ réalise des audits nutritionnels auprès des entreprises de la filière agro-alimentaire de la région. Cette démarche s'inscrit désormais pleinement dans le cadre de la politique de l'alimentation conduite par le ministère de l'agriculture au niveau national et régional¹⁸.

Objectif stratégique n° 3 : Développer l'allaitement maternel

Le rôle protecteur de l'allaitement maternel vis à vis du développement du surpoids et de l'obésité chez l'enfant a été souligné par plusieurs études. Celles-ci ont montré une corrélation entre la durée de l'allaitement et la prévalence de l'obésité de l'enfant^{19 20 21}. Pour une durée d'allaitement de six mois, le risque de surpoids diminue de 30%, le risque d'obésité de 40%.

En France, moins de la moitié des mères allaitent. En Alsace, le taux d'allaitement était en 2005 d'environ 55% à la sortie de la maternité alors que les taux à 3 mois n'étaient pas connus ; à titre de comparaison, des taux de 95% à la naissance et de 70% à trois mois sont rapportés en Scandinavie et au Canada²².

¹⁷ Association régionale des industries agro-alimentaires

¹⁸ La signature de contrats d'engagement de qualité entre l'Etat et les entreprises agroalimentaires est inscrite dans le Programme national de l'alimentation (PNA) présenté le 28 septembre 2010

¹⁹ VON KRIES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T, VON MUTIUS E, BARNET D et coll. Breast feeding and obesity : cross sectional study. *BMJ* 1999, **319** : 147-150

²⁰ VON KRIES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T, VON MUTIUS E. Does breast-feeding protect against childhood obesity ? *Adv Exp Med Biol* 2000, **478** : 29-39

²¹ BERGMANN KE, BERGMANN RL, VON KRIES R, BOHM O, RICHTER R et coll. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study : role of breastfeeding. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003, **27** : 162-172

²² ORSAL, évaluation d'une action de promotion de l'allaitement maternel en Alsace, 2005

En juin 2010, des propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel font suite à un rapport national analysant les conditions d'amélioration de la promotion de l'allaitement maternel en France, aussi bien son initiation que le prolongement de sa durée. Ces propositions viennent s'inscrire dans les objectifs spécifiques à l'enfant du Programme National Nutrition Santé 2 et ont été validées par le comité de pilotage du PNNS.

Objectif spécifique n° 3.1 : améliorer l'information auprès des femmes et de l'entourage vis-à-vis de l'allaitement maternel

Il est primordial d'organiser très tôt durant la grossesse, la mise en place d'échanges durant lesquels la femme et son entourage pourraient bénéficier de toute l'information nécessaire à l'allaitement et le professionnel repérer les obstacles au choix éclairé puis au bon déroulement de l'allaitement. Certains espaces, à l'instar de certains d'accès aux soins (PASS) ou réseaux de périnatalité, pourraient proposer des temps d'échanges privilégiés en direction des personnes précaires.

La sortie de la maternité peut constituer un élément de rupture dans la poursuite de l'allaitement. Aussi, l'information auprès des femmes et de l'entourage se poursuivra dès ce moment sous forme d'un accompagnement adapté de la mère et de son enfant par les sages-femmes libérales, les puéricultrices et les associations.

Objectif spécifique n° 3.2 : développer des actions de soutien à l'allaitement maternel

Les études scientifiques ont permis de constater que la combinaison d'information et d'un soutien par les professionnels de santé contribue à accroître la durée d'allaitement. Il y a ainsi lieu de former les professionnels de santé dans le cadre de leur formation initiale et continue pour permettre aux femmes d'avoir accès à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement.

Le soutien peut aussi se traduire au sein des maternités par la mise en place d'un référent pour l'allaitement maternel, chargé de coordonner avec l'ensemble du personnel soignant, les mesures visant à aider chaque mère qui le souhaite dans son projet d'allaitement. En Alsace, certaines maternités proposent déjà aux mères des consultations après la sortie par les sages-femmes référentes.

De même, la préparation à la naissance et à la parentalité, notamment lors des cours prénataux, constitue un moment propice pour donner des informations qui pourraient influencer positivement la durée de l'allaitement. Des groupes de préparation à l'allaitement pourraient y être inclus.

Des actions spécifiques devraient être proposées en direction des personnes défavorisées pour lesquelles les études sociologiques identifient comme freins à l'allaitement la situation monoparentale, la précarité du logement et de l'alimentation, et de façon globale la précarité financière imposant une reprise précoce du travail. Parmi ces actions il est préconisé la mise en place d'un suivi de soins et d'une aide sociale avec les services de la protection maternelle infantile (PMI).

Il appartient aux réseaux de périnatalité de participer au développement de l'allaitement maternel dans le système de santé.

Objectif spécifique n° 3.3 : promouvoir un environnement favorable à l'allaitement maternel

L'environnement du travail joue un rôle déterminant dans la poursuite de l'allaitement. Le droit du travail prévoit la possibilité d'allaiter sur le lieu du travail. L'agence régionale de santé se propose de promouvoir, dans le champ sanitaire et médico-social, les conditions favorables (aménagement des horaires, accès à des locaux calmes respectant l'intimité et équipés d'un réfrigérateur...) à la poursuite de l'allaitement maternel.

Les médecins du travail des établissements hospitaliers et médico-sociaux pourraient relayer le soutien de l'employeur auprès des femmes qui allaitent.

Objectif stratégique n° 4 : Renforcer le dépistage précoce et développer la prise en charge coordonnée des enfants et adolescents en surpoids ou obèses

En Alsace, 85% des enfants âgés de cinq à six ans bénéficient de l'examen médical prévu en vue de leur admission en cours préparatoire, au cours duquel le dépistage du surpoids est réalisé.

Il demeure toutefois nécessaire de définir en aval les modalités de prise en charge des enfants dépistés : identification des professionnels vers lesquels les enfants dépistés peuvent être adressés pour confirmation diagnostique et mise en place d'une stratégie de prise en charge, identification des différents professionnels concourant à la prise en charge, lien entre ces professionnels et les médecins généralistes et les pédiatres assurant le suivi des enfants.

Objectif spécifique n° 4.1 : en milieu scolaire, renforcer et étendre le dépistage des enfants en surpoids ou obèses ; assurer un continuum entre le dépistage et la prise en charge par la médecine de ville ou les structures spécialisée

Le dépistage des enfants en surpoids actuellement réalisé en grande section de maternelle pourrait être progressivement étendu à d'autres cycles scolaires.

En Alsace, la formation au dépistage et aux bonnes pratiques nutritionnelles a concerné la quasi totalité du personnel de santé des services de promotion de la santé en faveur des élèves des deux inspections d'académie. Cette action, réalisée au cours des dernières années, permet actuellement une prise en charge minimale sur l'ensemble du territoire des élèves dépistés.

Des outils ont été élaborés et sont fournis aux professionnels formés. Une information adaptée sur l'obésité et sa prise en charge est donnée à l'enfant et à la famille.

Toutefois, cette formation qui vise à permettre aux professionnels d'assurer l'accompagnement de l'enfant dépisté, doit être poursuivie et doit favoriser l'articulation entre le dépistage et le système de prise en charge. Il est essentiel en effet de pouvoir orienter les enfants dépistés vers des lieux de prise en charge validés par l'agence régionale de santé, dont la liste devra être diffusée aux parents et aux professionnels.

Objectif spécifique n° 4.2 : en médecine de ville, former les professionnels de santé au dépistage, au suivi et à l'orientation des enfants et des adolescents en surpoids

Des référentiels permettant d'organiser la prise en charge de personnes obèses existent ; les recommandations de bonnes pratiques sur le surpoids et l'obésité de l'enfant sont en cours d'élaboration par la Haute autorité de santé dans le cadre du PNNS et seront disponibles dans quelques mois. Elles porteront sur la prise en charge par le médecin traitant, l'organisation de la prise en charge multidisciplinaire et l'élaboration de documents présentant l'organisation de la prise en charge aux patients et à leur famille d'une part, aux soignants d'autre part.

Il apparaît donc nécessaire de prévoir la diffusion des référentiels de prise en charge vers l'ensemble des professionnels de santé en contact avec les enfants et les adolescents.

Objectif spécifique n° 4.3 : organiser sur chacun des territoires de santé une prise en charge pluridisciplinaire ambulatoire au plus près des enfants et des adolescents dépistés et permettant de les inscrire dans un réseau de prise en charge structuré

Le PNNS prévoyait le développement de réseaux de prise en charge de l'obésité, en particulier pour les enfants. Des réseaux pédiatriques (REPOP) ont vu le jour dans plusieurs régions.

Dans son rapport sur l'évaluation du PNNS 2006-2010, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) recommande de « favoriser l'implantation et le développement de réseaux de prévention et de prise en charge » de l'obésité, notamment en soutenant « la création de dispositifs de proximité à vocation de prévention et de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité infantile »²³. « L'importance de la population concernée fait que ces réseaux doivent être développés dans une approche de proximité »²⁴. De tels réseaux pourraient être encouragés en Alsace.

²³ Rapport IGAS, Evaluation du Programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010, avril 2010

²⁴ Propositions pour le PNNS 2011-2015 des Sociétés savantes et d'experts en nutrition, automne 2010

En l'absence de réseau sur un territoire, est également préconisée l'identification de médecins compétents en nutrition qui pourraient assurer la coordination de la prise en charge en lien avec les autres acteurs, dont le médecin traitant, et en articulation avec le dispositif régional d'activité physique prévu par la DRJSCS (réseau sport santé - activité physique adaptée) qui a déjà été mis en place dans d'autres régions.

Objectif spécifique n° 4.4 : organiser sur tous les territoires de santé une offre d'éducation thérapeutique pour les enfants et adolescents obèses

Dans son rapport sur l'évaluation du PNNS 2006-2010, l'IGAS recommande de « favoriser la création de structures hospitalières d'éducation thérapeutique en lien étroit avec l'offre éducative territoriale » pour compléter le système de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile.

De la même façon, la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité confirme cette recommandation dans son rapport au président de la République en 2009 et préconise de « prendre en charge l'éducation thérapeutique en hôpital de jour dans les centres sélectionnés sur appel d'offres ».

L'objectif sera, en Alsace, de structurer une offre d'éducation thérapeutique en appui du suivi par le médecin traitant de l'enfant.

A.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité mesurée parmi les enfants âgés de 5 à 6 ans à l'entrée en cours préparatoire

Indicateur 2 : évolution des proportions de jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans déclarant réaliser au moins 60 minutes d'activité physique par jour au moins cinq jours par semaine (y compris le week-end)

Indicateur 3 : nombre d'établissements de la région couverts par le programme « Comportement alimentaire des adolescents : le pari de la santé » (CAAPS)

Indicateur 4 : évolution du taux d'allaitement maternel à la sortie des maternités et à trois mois après la sortie

Indicateur 5 : évolution de la proportion d'enfants en surpoids ou obèses pris en charge dans les réseaux de santé (et/ou dans les programmes d'ETP autorisés)

B.2/ Priorité 2 : Prévenir et limiter les complications du diabète et de l'hypertension artérielle

C.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.2.a/i Etat des lieux

En 2009, l'Alsace présente une prévalence du diabète supérieure à la moyenne nationale avec un taux de 5% contre 4,4% en France métropolitaine. Le diabète de type 2 se développe sous l'influence de la progression de l'obésité. Les enfants sont de plus en plus fréquemment et précocement touchés par cette forme de diabète.

Les complications potentielles du diabète sont multiples et graves : le diabète est un facteur essentiel de l'augmentation du nombre d'insuffisants rénaux avec pour conséquence majeure, un accroissement des besoins en dialyse dans la région. Il est également facteur de risque de maladies cardio-vasculaires et peut entraîner, entre autres, de graves complications telles que des cécités et des amputations.

Aussi, les possibilités d'actions cibleront en particulier les domaines du dépistage précoce, de l'éducation thérapeutique et le respect des bonnes pratiques de prise en charge.

B.2.a/ii Périmètre de la priorité d'action

Une proportion importante de patients est atteinte à la fois de diabète et de maladie cardio-vasculaire.

Le diabète est un facteur de risque cardio-vasculaire majeur au même titre que l'hypertension artérielle (HTA), l'hypercholestérolémie et le tabagisme. Des complications identiques pour les patients hypertendus et les patients diabétiques (cœur - reins - yeux) peuvent survenir.

La bonne prise en charge (du dépistage au parcours de soins, en passant par l'éducation thérapeutique du patient) de tous les facteurs de risque cardio-vasculaires prévient les accidents cardio-neuro-vasculaires et limite les complications liées au diabète. La prévention des complications du diabète, et des accidents cardio-neuro-vasculaires fait également appel aux mêmes personnes ressources (réseaux de cardio-prévention / de prise en charge du diabète, programmes d'éducation thérapeutique du patient, généralistes, et spécialistes des organes cibles).

Des solutions communes pour une prise en charge globale du patient sont donc à envisager.

C.1.b/ Perspectives d'action :

Objectif stratégique n°1 : Favoriser le dépistage précoce en augmentant la proportion de patients chez lesquels le diabète et l'hypertension artérielle sont diagnostiqués avant l'apparition de complications

En 2009, la prévalence du diabète traité a été estimée par l'Assurance Maladie à 5% en Alsace. En ajoutant la prévalence du diabète non diagnostiqué estimée à 1% par l'Etude nationale nutrition santé (ENNS) chez les personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine en 2006-2007, la population alsacienne compterait plus de 90 000 diabétiques traités, et au moins 13 000 personnes entre 18 et 74 ans présentant un diabète non diagnostiqué.

Objectif spécifique n° 1.1 : augmenter le niveau d'information de la population

Le diabète demeure longtemps une maladie silencieuse, et comme cela vient d'être indiqué, près de 1% de la population présente un diabète non diagnostiqué. Plus la maladie est prise en charge précocement, plus il est possible d'en retarder les complications.

De ce fait, l'information de la population présente une importance fondamentale. Ce niveau d'information est très insuffisant, et hétérogène, dépendant notamment du niveau socio-économique. Il convient dès lors de développer et soutenir des actions d'information larges, notamment lors de la semaine du diabète (campagne fin 2010 : « 600 000 personnes sont diabétiques sans le savoir : êtes-vous à risque ? »), mais aussi ciblées (dans certains quartiers) comme celles menées par la ville de Mulhouse. Ce type d'actions ciblées devrait être reproduit à Strasbourg et Colmar notamment. Les contrats locaux de santé pourraient en être le vecteur privilégié.

Objectif spécifique n° 1.2 : impliquer les médecins généralistes dans le dépistage précoce

Le diabète et l'hypertension artérielle sont des maladies pour lesquelles il existe des traitements efficaces et dont la précocité de la prise en charge médicale conditionne le devenir. Il conviendrait de mobiliser les médecins généralistes, au cœur du dispositif, vers le dépistage des populations les plus à risque. Pour le diabète cela concerne les personnes de plus de 45 ans ayant au moins un des marqueurs de risque du diabète ou en situation de précarité ou de vulnérabilité. Un dépistage simultané du diabète et des facteurs de risque cardio-vasculaire est recommandé²⁵.

En région, il est possible d'impulser cette mobilisation qui peut prendre différentes formes (inscription de la thématique dans les programmes de développement professionnel continu (DPC), visites des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), visites de santé publique organisées par l'URML etc.....)

Objectif spécifique n° 1.3 : mettre en place les conditions d'un large accès aux tests de dépistage précoce

Des actions de dépistage en milieu du travail peuvent être étudiées.

Elles sont également envisageables avec d'autres relais comme les pharmacies, à l'occasion des dons du sang ou dans les centres d'exams de santé.

Un travail d'évaluation et de communication sur les représentations liées au diabète pourrait également permettre de lever certains freins au dépistage.

Objectif stratégique n° 2 : Dynamiser et coordonner l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégrée aux soins et centrée sur le patient. Elle vise à aider les patients souffrant d'une maladie chronique, afin qu'ils connaissent bien leur maladie et leur traitement et qu'ils en deviennent davantage acteurs. L'intérêt de l'éducation thérapeutique est particulièrement prégnant pour le diabète et l'hypertension artérielle. De nombreuses expériences ont confirmé les effets d'une éducation des patients en termes d'amélioration de leur équilibre métabolique, de leur qualité de vie et de prévention des complications.

Objectif spécifique n° 2.1 : soutenir le développement coordonné des programmes d'éducation thérapeutique assurant une prise en charge du patient en lien avec le médecin traitant

Les programmes d'éducation thérapeutique sont mis en œuvre après autorisation des agences régionales de santé.

L'organisation territoriale de l'éducation thérapeutique devrait assurer une offre de proximité aux malades chroniques et une accessibilité aux populations précaires.

²⁵ Source : Principes de dépistage du diabète de type 2 – ANAES - février 2003

L'objectif permettra un accès de proximité à des programmes d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire régional.

Objectif spécifique n° 2.2 : promouvoir une démarche qualité au sein des programmes d'éducation thérapeutique

Les programmes d'éducation thérapeutique sont portés pour l'essentiel en région par les établissements de santé.

Toutefois, des initiatives dans le secteur de ville existent et sont à encourager. La plateforme d'éducation thérapeutique en Alsace est un appui pour le développement de cette activité dans le secteur ambulatoire (accompagnement méthodologique des promoteurs, développement d'outils, répertoire des formations etc....).

De surcroît, les professionnels de santé impliqués ont besoin d'une formation à la démarche d'éducation thérapeutique. La création d'une formation diplômante ou qualifiante serait à encourager dans la région, de même que la mise en place d'unités transversales dans les établissements de santé.

L'évaluation des pratiques et de l'activité, réalisée de façon annuelle, pourrait reposer sur un référentiel commun régional, élaboré à partir des recommandations de la Haute autorité de santé.

Objectif spécifique n° 2.3 : faire bénéficier un plus grand nombre de patients des programmes d'éducation thérapeutique

Plusieurs programmes sont encore en phase de montée en charge, et n'atteignent pas leur volume cible de file active. A titre d'illustration, moins de 10% des patients diabétiques traités bénéficient d'une éducation thérapeutique en Alsace.

Une analyse des freins à l'inclusion, au niveau des patients et au niveau des médecins (lourdeur du protocole d'inclusion notamment), permettra d'adapter les actions.

L'amélioration de la lisibilité de l'offre passe par l'élaboration d'un annuaire des programmes, destiné à la fois aux soignants et aux patients. Les patients doivent être informés de l'offre disponible, notamment au moment de la reconnaissance de l'affection de longue durée par l'assurance maladie. Des actions de communication sur l'offre existante doivent venir compléter cette action.

Objectif stratégique n° 3 : diminuer les complications liées au diabète et à l'hypertension artérielle

Mal équilibré, le diabète est cause potentielle de nombreuses complications invalidantes et de prises en charge coûteuses :

- Chez le patient diabétique, le risque d'amputation des membres inférieurs est multiplié par 10 à 15 d'après la littérature, et le pied diabétique est la première cause d'amputation non traumatique ;
- La rétinopathie diabétique constitue la première cause de cécité chez les moins de 55 ans ;
- La néphropathie débutante touche environ 30% des diabétiques en France, et la néphropathie évoluée (insuffisance rénale avérée) atteint 3% des diabétiques ; en 2008, le diabète et l'HTA ont été à l'origine de 45% des insuffisances rénales terminales ayant nécessité une mise en dialyse (celle-ci concerne annuellement 8 000 nouveaux patients en France) ; les experts estiment que 10% des insuffisances rénales chroniques terminales pourraient être évitées, et que 30% pourraient être retardées de plusieurs années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée ;
- Chez le patient diabétique, le risque de maladie évolutive de la gencive et de l'appareil d'assise dentaire est multiplié par sept, avec des répercussions possibles sur l'équilibre du diabète.

Il est donc nécessaire d'assurer une surveillance conforme aux bonnes pratiques cliniques et de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète, notamment les complications cardiovasculaires.

Celles-ci sont communes avec les complications de l'hypertension artérielle.

Un équilibre glycémique strict, le dépistage précoce des complications et le suivi rapproché de leur évolution sont donc indispensables. Ils passent par le respect des recommandations de prise en charge.

Objectif spécifique n° 3.1 : favoriser le respect des recommandations de prise en charge

L'étude MONA LISA²⁶ a montré une amélioration de la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires sur la dernière décennie (période 2005-2007 versus 1995-1997). Cependant, il en ressort également que :

- La prise en charge des dyslipidémies des patients à haut risque est loin d'être optimale (moins de la moitié de ces patients reçoit un traitement adapté) ;
- Le contrôle de l'hypertension artérielle s'est amélioré, mais deux femmes sur trois et trois hommes sur quatre traités pour HTA n'atteignent pas les valeurs cibles (140/90 mm Hg) ;
- Encore trop de diabétiques sont déséquilibrés, avec près de 40% qui ont une HbA1C > 7%, reflet d'une glycémie déséquilibrée ; ce pourcentage est de 41% d'après l'étude ENTRED²⁷ de 2007.

Par ailleurs, la recherche d'altérations de la fonction rénale, d'anomalies du fond d'œil et de lésions des pieds n'est pas encore assez systématique chez le patient diabétique.

Il convient donc de développer l'information autour du parcours de soins du patient diabétique et/ou hypertendu.

Un des vecteurs de l'information peut être le guide établi par la Haute autorité de santé et destiné à être remis au patient au moment de la reconnaissance de son affection de longue durée (ce guide précise la nature et la fréquence du suivi à respecter). Le développement en Alsace du programme SOPHIA de l'assurance maladie créerait une offre d'accompagnement des patients diabétiques.

Un partenariat avec la médecine du travail de grandes entreprises permettrait de mettre en place des actions d'information des salariés relatives aux facteurs de risque cardio-vasculaires.

Les échanges confraternels des médecins conseils et les « visites de santé publique » organisées par l'URML peuvent être l'occasion de conforter les pratiques de dépistage et de prévention des médecins traitants et notamment : la prise en charge spécifique du pied diabétique, la préservation de la fonction rénale et l'orientation des patients diabétiques vers un chirurgien dentiste pour un suivi annuel. Pour ce dernier point, la sensibilisation parallèle des chirurgiens dentistes est nécessaire.

Objectif spécifique n° 3.2 : retarder l'apparition des complications, en diminuer la fréquence et la sévérité

Il convient d'insister auprès des médecins traitants sur l'importance du contrôle pharmacologique de l'hypertension artérielle, de l'hyperlipidémie et de la prévention du risque thrombotique.

Pour organiser la prévention des complications, ils pourraient utilement s'appuyer sur un carnet de suivi des diabétiques de type 2 en coopération avec les spécialistes impliqués (diabétologue, cardiologue, ophtalmologiste...).

La préservation de la fonction rénale mérite des actions ciblées telles que la diffusion du document de référence de l'agence de biomédecine, l'organisation de visites de pairs, la protocolisation du suivi entre médecin traitant et néphrologue, la réalisation de plaquettes synthétiques d'information ou la mise en place de consultations avancées de néphrologie.

L'amélioration de l'accès au dépistage de la rétinopathie diabétique passe par un recensement précis des moyens existants (dont les rétinographes non mydriatiques). L'étude des besoins de populations éloignées des centres urbains ou de quartiers ciblés, justifiera ou non le développement de structures itinérantes de type DIABSAT, à établir en lien avec les collectivités locales et autres partenaires.

Ce dispositif comporte l'accès au fond d'œil mais aussi un dépistage des lésions des pieds, d'une anomalie de la fonction rénale et du déséquilibre tensionnel.

Le développement de consultations spécialisées « pied diabétique », comme cela existe déjà aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS), aux centres hospitaliers de Colmar et de Sélestat, pourra constituer un recours en cas de lésions avérées et permettre d'éviter certaines amputations.

²⁶ Monitoring NAional du rISque Artériel, de l'Institut Pasteur Lille, université Louis Pasteur Strasbourg et l'INSERM Toulouse.

²⁷ Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques de l'Institut de veille sanitaire

C.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : évolution du nombre de nouvelles mises en ALD pour diabète.

Indicateur 2 : évolution du nombre de personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux (et répartition par territoire de santé de domicile).

Indicateur 3 : évolution de la file active des programmes ETP diabète, HTA, rein.

Indicateur 4 : nombre de patients diabétiques ayant bénéficié d'un suivi conforme aux recommandations (indicateur synthétique des recommandations de suivi relatives au pied, au rein, à l'œil, aux dents et à l'équilibre glycémique).

Indicateur 5 : nombre de complications liées au diabète et/ou à l'HTA :

1. nombre d'amputations d'orteils et niveau supérieur réalisées chez des patients diabétiques ;
2. nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour cardiopathie ischémique ;
3. nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour AVC (dont AIT).

B.3/ Priorité 3 : améliorer la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires

C.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.3.a/i Etat des lieux ²⁸

En Alsace, les maladies cardio-neuro-vasculaires sont responsables de 4 140 décès par an, soit 30% de l'ensemble des décès. Ces maladies constituent la 2^{ème} cause de mortalité en région, après le cancer. Les affections cardio-neuro-vasculaires génèrent 12 980 admissions en affection longue durée (ALD) par an.

Les patients souffrant de maladies cardiovasculaires sont exposés à des complications brutales (infarctus du myocarde (IDM), accidents vasculaires cérébraux (AVC) dont accident ischémique transitoire (AIT) et mort subite), sources de handicaps et de décès.

Comme sur l'ensemble du territoire français, la mortalité par maladies cardio-neuro-vasculaires tend à baisser en Alsace depuis une quinzaine d'années du fait des progrès portant sur la prise en charge des infarctus du myocarde en urgence et des traitements de prévention. En 2006, 63% des patients du Bas-Rhin ayant présenté un premier épisode d'infarctus du myocarde ont bénéficié de la quadrithérapie recommandée à la sortie du court séjour initial et 63% étaient orientés en réadaptation coronaire. Cependant, malgré ces progrès, la région a toujours un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale (12% de plus pour les hommes et 18% de plus pour les femmes par rapport à la moyenne nationale).

L'accident vasculaire cérébral est la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer). L'accident vasculaire cérébral en Alsace concerne une population plus jeune qu'en France, ce qui illustre si nécessaire l'importance à développer prévention et information.

B.3.a/ii Périmètre de la priorité d'action

Définitions :

L'infarctus est une nécrose localisée du muscle cardiaque liée à la thrombose d'un vaisseau, se manifestant typiquement par une douleur thoracique prolongée.

L'accident vasculaire cérébral est un déficit neurologique d'origine vasculaire, de survenue brutale et persistant.

L'accident ischémique transitoire est un déficit neurologique de survenue brutale, d'origine vasculaire et régressant spontanément en moins d'une heure.

Depuis 1996, l'identification de filières d'urgences cardiologiques rend l'angioplastie accessible sur l'ensemble des quatre territoires.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux se structure pour sa part dans les quatre territoires depuis 2008. Le nombre régional de thrombolyse concerne toutefois encore moins de 10% des accidents vasculaires cérébraux.

Alors qu'il est prouvé que 30% des accidents vasculaires cérébraux ont été précédés d'accidents ischémiques transitoires, le plus souvent dans les jours ou heures précédant l'accident vasculaire cérébral, un manque d'informations fines sur les accidents ischémiques transitoires est à noter. Les progrès récents en matière de traitement et de maîtrise des facteurs de risque vasculaires des accidents vasculaires cérébraux représentent une opportunité majeure pour agir sur l'épidémiologie et sur les répercussions fonctionnelles des accidents cardio-neuro-vasculaires.

La mise en œuvre du Plan national AVC est donc une priorité régionale pour permettre à tout patient de la région d'avoir accès aux modalités de traitement adaptées, en particulier, la thrombolyse.

²⁸ Sources : Données ORS ALSACE, mai 2009 et rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France, Dr. FERY-LEMONNIER, juin 2009

La prévention primaire des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire (dont hypertension artérielle et diabète) déclinée dans la priorité d'action n°2 est également primordiale, c'est le premier moyen pour diminuer l'incidence des accidents cardio-neuro-vasculaires.

C.1.b/ Perspective d'action

L'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral sont des urgences vitales relevant de filières spécialisées.

En effet, les thérapeutiques optimales doivent être mises en œuvre rapidement par rapport à la survenue des symptômes. Au-delà des délais recommandés, le taux de mortalité augmente, le bénéfice des stratégies interventionnelles ou médicamenteuses peut diminuer pour un infarctus du myocarde après deux heures et être amoindri pour un accident vasculaire cérébral après un délai de 4 h 30.

L'objectif essentiel susceptible de faire progresser la qualité de la prise en charge des accidents cardio-neuro-vasculaires est l'amélioration des délais d'intervention pré-hospitaliers comme hospitaliers : « Time is brain » pour le cerveau et « Time is muscle » pour le cœur.

La morbidité des accidents neuro-vasculaires dépend aussi de la qualité des interventions dans les domaines hospitaliers, court et moyen séjour, et de la continuité des soins.

Objectif stratégique n° 1 : Réduire les délais entre la survenue des symptômes et la prise en charge adéquate

Objectif spécifique n° 1.1 : développer l'information sur les signes évocateurs des accidents cardio-neuro-vasculaires et sur l'organisation des filières à partir des Centres 15

Le patient et son entourage demeurent le premier maillon de la chaîne de lutte et de prise en charge des urgences cardio-neuro-vasculaires. Une enquête nationale IPSOS 2010 montre que seulement 45% de patients identifient la douleur thoracique comme signe d'alerte cardiaque ; il est alors possible de supposer que le grand public a encore moins de connaissances sur les symptômes et les conduites à tenir en cas d'accident vasculaire cérébral.

L'information concernant les signes évocateurs et la nécessité d'appeler prioritairement les Centres 15 doivent être diffusées à toute la population et particulièrement aux patients déjà traités pour un facteur de risque (HTA diabète, cholestérol, apnée du sommeil).

Les réseaux d'information grand public et professionnels de santé et les sites internet des institutions devraient relayer la conduite à tenir en urgence et informer de l'offre de soins disponible.

Objectif spécifique n° 1.2 : développer la formation de la population aux gestes qui sauvent

Les arrêts cardiorespiratoires extra hospitaliers surviennent à 80% au domicile : pour diminuer la proportion de décès, la formation de la population aux manœuvres cardiorespiratoires demeure nécessaire.

Objectif spécifique n° 1.3 : actualiser la cartographie des défibrillateurs externes pour les Centres 15

Le réseau régional des urgences Alsace (RESURAL) devra établir la cartographie des localisations précises des défibrillateurs externes et la mettre à disposition des Centres 15 afin qu'ils puissent orienter les appelants.

Il est recommandé en cas d'installation dans des lieux privés ou semi publics de former les personnes les plus proches.

Objectif spécifique n° 1.4 : organiser l'accès à la thrombolyse pour tous les patients de la région présentant un accident vasculaire ischémique

Quel que soit son domicile, le patient présentant des signes d'accident vasculaire cérébral devrait pouvoir accéder dans les meilleurs délais à une structure pouvant lui proposer l'imagerie nécessaire, l'avis neuro-vasculaire et la réalisation de la thrombolyse adaptée à sa pathologie. La filière devrait être organisée à partir des Centres 15.

Les structures d'accueil des urgences et les unités neuro-vasculaires doivent pouvoir collaborer en réseau grâce à la télémédecine, pour organiser l'avis neuro-vasculaire et la réalisation de la thrombolyse dans des conditions de sécurité et de continuité conformes aux recommandations de la Haute autorité de santé.

Objectif spécifique n° 1.5 : mobiliser les plateaux techniques en urgence pour les accidents vasculaires ischémiques, les accidents vasculaires transitoires et les infarctus du myocarde

Les patients présentant un accident vasculaire cérébral ischémique ou transitoire de moins de 48 heures doivent avoir un accès direct et prioritaire à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) en établissement. En fonction de l'importance de la file active, des IRM pourraient être dédiées à l'urgence neuro-vasculaire.

Les accidents ischémiques datant de plus de 48 heures devraient également pouvoir bénéficier de l'IRM, en établissement ou en cabinet, dans le cadre d'une coordination ville-hôpital. Cette filière reposerait sur les spécialistes libéraux, premiers interlocuteurs du patient (cardiologues - ophtalmologues - médecin traitant principalement).

Elle permettrait un accès rapide à l'avis neuro-vasculaire et à une prise en charge thérapeutique conforme aux recommandations, sans hospitalisation. Cette organisation relève d'un projet médical multidisciplinaire au sein du territoire.

Pour les infarctus du myocarde, l'électrocardiographie (ECG) est l'examen discriminant pour mobiliser le professionnel et les moyens intra hospitaliers nécessaires. La transmission des ECG à partir des véhicules du SAMU devrait encore réduire le délai de mise en œuvre de l'angioplastie.

Objectif stratégique n° 2 : Organiser un maillage coordonné et lisible des filières d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'infarctus du myocarde (IDM) pour limiter les séquelles fonctionnelles

Objectif spécifique n° 2.1 : organiser la précocité des avis spécialisés et un parcours de soins adapté

L'unité neuro-vasculaire (UNV) est une unité dotée de personnels spécialisés et dédiés ayant pour missions le diagnostic et la prise en charge thérapeutique sous la responsabilité d'un neurologue spécialisé. Les patients qui ne peuvent être admis en UNV doivent bénéficier d'une prise en charge et de l'expertise neuro-vasculaire conformes aux recommandations et être accueillis dans des services dédiés ou identifiés dans le cadre d'un fonctionnement en réseau, en fonction du nombre de patients régulièrement admis.

La rééducation en phase précoce, l'orientation et l'évaluation du médecin de rééducation fonctionnelle à tous les stades de l'accident vasculaire cérébral sont essentielles pour limiter les séquelles des accidents vasculaires cérébraux. L'expertise de rééducation par une équipe mobile intra hospitalière ou un médecin de rééducation doit être rendue possible dans les structures de court séjour et les structures d'aval.

La coordination devrait être formalisée au moins par convention, voire dans un projet médical de territoire regroupant tous les intervenants concernés par le parcours du patient.

Le projet médical concerne tous les acteurs, de l'urgence à la prévention secondaire, de l'hôpital au médico-social de manière à assurer l'adéquation des prises en charge, la formation permanente des intervenants et l'information des familles. Quel que soit son lieu de vie, le patient doit pouvoir bénéficier d'une réévaluation médicale et fonctionnelle pour limiter le handicap.

Objectif spécifique n° 2.2 : structurer le suivi des patients après l'hospitalisation

Après un épisode aigu, et selon les recommandations de bonne pratique, le traitement portera sur les facteurs de risque et sur la cause de l'accident. Le patient sera informé à sa sortie des enjeux de son traitement, éventuellement par une personne spécialement formée, ainsi que des conditions de son suivi. Le courrier destiné au médecin traitant devrait définir les objectifs thérapeutiques et apporter une information concernant l'offre en matière de réseau ou d'éducation thérapeutique.

Une consultation de suivi par le spécialiste doit être programmée dès la sortie du court séjour. En particulier, les établissements doivent s'organiser pour proposer systématiquement une consultation neurologique au 3^{ème} mois permettant de réévaluer le patient et de le mobiliser sur les possibilités d'agir sur les facteurs de risque.

L'observance et la surveillance à long terme ont vocation à être assurées par le médecin traitant et le pharmacien. A chaque étape de la prise en charge (court séjour, soins de suite, consultation) seraient rappelés les objectifs de prévention du risque cardiovasculaire global.

Objectif spécifique n° 2.3 : développer la maîtrise du risque cardiovasculaire global pour éviter récurrence et complication

Chaque patient ayant eu un premier épisode d'accident cardio-neuro-vasculaire doit pouvoir bénéficier d'un programme de réadaptation et d'éducation thérapeutique prolongé visant la prévention du risque vasculaire global et des risques spécifiques éventuels (anticoagulants - prévention des chutes pour les accidents vasculaires cérébraux), au sein de son territoire de résidence.

Il revient au médecin traitant de s'assurer du contrôle des facteurs de risque, de l'optimisation des traitements et d'orienter le patient si nécessaire.

L'information portant sur l'existant (réseaux, structures d'éducation thérapeutique) par le biais des annuaires doit être aisément accessible aux médecins et aux patients.

Objectif stratégique n° 3 : Améliorer les pratiques et la coordination des professionnels

Objectif spécifique n° 3.1 : spécialiser les professionnels de la filière AVC

Toutes les personnes intervenant auprès du patient AVC, en particulier en phase aiguë de prise en charge, doivent avoir accès à une formation spécifique.

Les protocoles de prise en charge doivent être partagés à toutes les étapes de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux de l'urgence au retour à domicile. L'organisation de temps d'échanges régionaux est de nature à diffuser les bonnes pratiques.

Objectif spécifique n° 3.2 : favoriser la recherche en santé publique et l'analyse de pratiques dans les filières d'urgence cardio-neuro-vasculaire

Les études d'analyse de pratiques menées par des partenaires institutionnels régionaux (URPS - Laboratoire d'épidémiologie - autres) et la participation à des registres nationaux (fast-Mi) permettraient aux professionnels de s'évaluer de façon comparative au sein de la région. Elles méritent d'être partagées et encouragées.

Les établissements doivent s'approprier les indicateurs de pratique clinique proposés par la Haute autorité de santé et les sociétés savantes pour faire progresser les pratiques.

C.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : évolution du nombre d'alertes thrombolyse répertoriées par le neurologue d'astreinte dans chaque unité neuro-vasculaire / an.

Indicateur 2 : évolution du nombre de thrombolyse réalisées (intra veineuse – intra artérielle) / an.

Indicateur 3 : nombre de prescriptions de thrombolyse réalisées par télé-médecine en 2012 et 2015.

Indicateur 4 : nombre d'établissements ayant un système de téléconsultation pour expertise neurologique en 2012 – 2015.

Indicateur 5 : nombre de formations au diplôme Interuniversitaire (DIU) paramédical neuro-vasculaire.

B.4/ Priorité 4 : Mieux dépister et traiter les cancers

C.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.4.a/i Etat des lieux

Au cours des dix dernières années, le nombre des décès dus aux cancers a légèrement augmenté (+3% entre 1995-1997 et 2005-2007). Avec 30,2%, le cancer est devenu la première cause de décès en région Alsace et concerne principalement les hommes, dans une proportion de 1 à 1,41 par rapport aux femmes. Le cancer influe de façon majeure sur la mortalité prématurée : 27% des décès par cancer surviennent avant 65 ans, contre 21% toutes causes de décès confondues.

En revanche, une surmortalité très importante est observée, notamment pour les hommes, des cancers du colon (+ 21 points par rapport à la moyenne nationale) et des cancers du rein (+ 17 points). Par ailleurs, alors que le taux de mortalité associé à la plupart des localisations a diminué, le taux de mortalité par cancer du poumon a très fortement crû chez les femmes.

Le nombre de nouveaux cas de cancers en Alsace a augmenté de 83% en 25 ans (1980 à 2005) avec une incidence des cancers qui demeure plus forte en Alsace que dans le reste du pays : certains cancers ont particulièrement augmenté entre 2001 et 2005, notamment le mélanome (+ 31%) qui est un cancer, en principe, facilement dépistable.

L'incidence standardisée est supérieure de 5,8% pour les hommes et 1,7% pour les femmes à la moyenne nationale. Celle-ci est particulièrement élevée pour les cancers du colon, du rein, de l'œsophage et du mélanome en ce qui concerne les hommes et pour les cancers de l'estomac, du corps de l'utérus, des ovaires et du rein pour les femmes.

On peut toutefois remarquer que la situation de l'Alsace n'a cessé de s'améliorer. Le taux de mortalité standardisé (qui supprime les effets liés à l'augmentation de la population et au vieillissement) a diminué de 18% entre 1996 et 2006 contre 12% en France métropolitaine. Si le nombre de décès continue à croître, c'est donc principalement sous l'effet de l'augmentation de la population et de son vieillissement.

Enfin, même si l'organisation de la prise en charge est relativement bien structurée grâce aux autorisations mises en place, elle peut toutefois être encore améliorée pour répondre aux carences démographiques des professionnels et aux besoins de soins des patients.

B.4.a/ii Périmètre de la priorité d'action

L'action régionale s'inscrit pleinement dans le cadre du Plan cancer 2 (2009-2013) qui définit les axes de progrès dans la lutte contre les différentes formes de cancer. L'objectif en région est donc de mettre en œuvre celles de ces orientations qui impliquent un relais régional, en matière de prévention, de dépistage et d'organisation des soins.

C.1.b/ Perspective d'action

Objectif stratégique n° 1 : Améliorer la prévention et le dépistage des cancers

Les taux alsaciens de participation aux campagnes de dépistage organisé se situent au dessus des moyennes nationales ; mais une stagnation des résultats²⁹ pour le cancer du sein et même une baisse pour le cancer colo rectal sont constatées. Le taux d'adhésion en région est en deçà des objectifs fixés par le Plan cancer, respectivement 65% et 60% pour les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal.

Le dépistage organisé des cancers permet de faire baisser la mortalité et d'améliorer la qualité et la durée de survie par le diagnostic précoce ; par sa gratuité et son caractère organisé, il contribue aussi à la réduction des inégalités sociales de santé.

Objectif spécifique n° 1.1 : accroître la collaboration entre les différents acteurs concernés par les dépistages organisés en vue de capitaliser les savoir faire et les outils et de partager les stratégies

Les campagnes de dépistage organisé sont portées en région Alsace par trois structures d'ores et déjà régionales : Ademas, Adeca et Eve. Elles sont soutenues et financées par les conseils généraux, l'assurance maladie et l'agence régionale de santé.

La définition d'objectifs et de stratégies communs à ces institutions, partagés avec les structures de dépistage, est souhaitable. Un comité des dépistages, au sein de la commission de coordination des politiques de prévention, pourrait formaliser cette nécessaire collaboration. L'objectif sera également de faciliter l'échange de données et la coordination des actions de prévention et de communication.

Objectif spécifique n° 1.2 : favoriser l'implication des médecins et plus largement des professionnels de santé dans le dépistage organisé

La participation de la population aux campagnes de dépistage repose de manière importante sur l'implication des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins.

En concordance avec la mesure 16 du Plan cancer 2, le médecin traitant doit être en capacité de suivre et d'évaluer le comportement de ses patients vis à vis du dépistage, afin de favoriser leur adhésion aux campagnes de dépistage.

Le contrat d'amélioration des pratiques professionnelles (CAPI) comporte un objectif dans ce sens pour le dépistage du cancer du sein. Le Plan cancer prévoit la mise au point par l'INCa d'outils de formation, d'information et d'inclusion dans les campagnes de dépistage. A l'échelle régionale, l'implication des médecins traitants peut être facilitée par la transmission régulière des données sur le taux de participation de leur patientèle.

Objectif spécifique n° 1.3 : poursuivre l'évaluation et l'assurance qualité des campagnes de dépistage organisé

La poursuite de l'évaluation et de l'assurance qualité des campagnes de dépistage organisé est nécessaire afin de maintenir un haut niveau de qualité à ces actions de santé publique proposées au grand public.

²⁹ Pour le cancer du sein,

	2007	2008	2009	2010
67	55%	56%	57%	54%
68	49%	57%	57%	58%

Pour le cancer colorectal, trois campagnes ont été organisées pour le département du Haut-Rhin et une seule pour le Bas-Rhin qui a commencé plus tardivement.

	2003-2006	2005-2008	2007-2010
68	54,4%	53,2%	51,7%
67+68			47,3%

Cette démarche vise l'amélioration des stratégies de relance, le meilleur ciblage des invitations, la formation des professionnels de santé et la qualité de la lecture.

Objectif spécifique 1.4 : améliorer la prévention des cancers ne donnant pas lieu à dépistage organisé

Le Plan cancer fixe comme objectif d'améliorer le dépistage précoce de cancers comme les cancers de la peau et le cancer de la cavité buccale. S'agissant en particulier du mélanome, l'objectif pourrait être de promouvoir un dépistage précoce, associant médecins généralistes et dermatologues.

Dans le cadre des orientations du Plan cancer (mesure 13), la prévention des cancers d'origine infectieuse devrait être renforcée en améliorant le taux de vaccination HPV (col de l'utérus), la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) et la détection précoce des personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Objectif spécifique n° 1.5 : réduire les inégalités d'accès et de recours à la prévention et au dépistage

La participation aux différents programmes de dépistage est hétérogène selon les zones du territoire régional ; elle reflète des inégalités souvent d'ordre social, économique et culturel.

Pour accroître le taux d'adhésion aux campagnes de dépistage et réduire les inégalités d'accès et de recours (mesure 14 du plan national), il est donc nécessaire d'adapter les dispositifs de communication et les stratégies d'intervention dans la proximité à l'égard de ces publics ; des actions en ce sens ont d'ores et déjà été engagées par les structures de dépistage. Cette démarche peut s'inscrire dans le cadre plus vaste de politiques de santé communautaires à l'échelle d'une ville ou d'un quartier et être relayée par les contrats locaux de santé.

Objectif spécifique n° 1.6 : accompagner le développement du suivi des personnes issues de famille à risque génétique

Le suivi des personnes à risque génétique est assuré en Alsace par quatre équipes au centre de lutte contre le cancer Paul Strauss, aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg, aux Hôpitaux civils de Colmar et au centre hospitalier de Mulhouse. Leur activité a fortement progressé. Le Plan cancer prévoit une augmentation de 50% de l'activité de ces centres sur la période d'application du plan.

Les onco-généticiens sont peu nombreux (déficit démographique induisant un nombre de quatre praticiens). L'intervention des conseillers en génétique, qui assurent les enquêtes génétiques, permet une meilleure organisation globale pour répondre à la demande et leur nombre doit être adapté à l'évolution des besoins.

Objectif stratégique n° 2 : Améliorer et personnaliser la prise en charge des patients atteints de cancer

Le deuxième Plan cancer poursuit la démarche initiée par le premier plan, à l'origine de dispositifs favorisant un accompagnement personnalisé du patient atteint de cancer. Les objectifs qu'il fixe (mesures 18 et 19) privilégient un accompagnement de proximité par le médecin traitant et une personnalisation plus grande de la prise en charge, y compris dans la phase postérieure au traitement.

Objectif spécifique n° 2.1 : renforcer le suivi personnalisé du patient

Le Plan cancer 2003-2007 a prévu la mise en place de dispositifs de prise en charge personnalisée du patient : réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), dispositif d'annonce, soins de support. Il convient d'en prôner le recours systématique pour toutes les structures disposant d'une autorisation d'activité de traitement du cancer.

Le Plan cancer réaffirme l'objectif de faire bénéficier 80% des patients au moins d'un plan personnalisé de soins et envisage des actions pour améliorer la coordination du parcours de soins des patients, notamment par l'expérimentation d'infirmiers coordonnateurs. Ces infirmiers auraient pour mission de veiller à la prise des rendez vous nécessaires au traitement et au suivi de la maladie. Ce suivi passerait aussi par le contrôle d'une bonne compréhension par le patient du déroulement de son traitement ainsi que par la prise en compte de ses difficultés psychologiques ou sociales pour une orientation rapide si nécessaire vers les soins de support. Le Plan cancer prévoit également la possibilité de consultation d'une assistante sociale.

Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement de la phase postérieure au traitement ; il peut prendre la forme de programmes d'éducation thérapeutique destinés à permettre au patient de mieux gérer les suites de son traitement.

Objectif spécifique n° 2.2 : faciliter le suivi des patients atteints de cancer par le médecin traitant en coordination avec les médecins spécialistes en cancérologie

Les consultations des spécialistes en cancérologie sont saturées par des consultations de suivi de patients qui pourraient être confiées aux médecins généralistes dans le cadre de protocoles de suivi. Le réseau d'Oncologie du Centre Alsace (ROCA), en collaboration avec les oncologues, chirurgiens et radiothérapeutes de Colmar, a d'ores et déjà organisé une prise en charge avec les médecins traitants des patients atteints de cancer du sein. Le réseau d'Oncologie nord Alsace (RONA) est en cours d'expérimentation avec le Centre Paul Strauss d'un protocole de suivi du cancer du colon. Cette organisation pourrait être progressivement diffusée en vue d'une généralisation sur l'ensemble de la région, en cohérence avec la mesure 16 du Plan cancer 2.

Objectif spécifique n° 2.3 : faciliter un suivi de proximité des traitements en chimiothérapie

La possibilité de bénéficier de soins à domicile ou à proximité du domicile, dans des conditions et sous des protocoles en garantissant la qualité, sera explorée, dans la mesure où elle peut faire bénéficier le patient d'un confort de vie supplémentaire dans l'organisation de son traitement. Cette orientation peut notamment prendre la forme de prestations dispensées par des établissements associés ou par des services d'hospitalisation à domicile.

Objectif spécifique n° 2.4 : promouvoir le partage d'informations entre professionnels de santé pour améliorer le suivi des patients

Comme le note le plan national, « le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en particulier le médecin généraliste, ainsi que la mise à disposition de services spécifiques, aidant en pratique les professionnels (annuaire et gestion des RCP par exemple), sont des facteurs d'amélioration de la qualité en participant à une meilleure coordination du parcours de soins des malades » .

Le déploiement du dossier commun de cancérologie (DCC) comme volet cancer du DMP répond à une attente et un besoin fort des établissements et des professionnels de santé. Il doit être une priorité régionale.

C.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : taux de participation du dépistage organisé pour le cancer colorectal pour la population de 50 à 74 ans et pour le cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans.

Indicateur 2 : part des patients bénéficiant d'un plan personnalisé de soins.

Indicateur 3 : nombre de séances de chimiothérapies réalisées en HAD ou en établissement associé.

Indicateur 4 : nombre de consultations d'oncogénétique pour cancers du sein et du colon à caractère génétique.

Indicateur 5 : Nombre de Dossiers Communicant de Cancérologie (DCC) ouverts.

B.5/ Priorité 5 : Prévenir les conduites à risque chez les jeunes

C.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.5.a/i Etat des lieux

A l'image du reste de la France, les conduites à risque chez les jeunes constituent en Alsace une problématique prégnante, dont la CRSA a souhaité faire une priorité du plan stratégique régional de santé.

Les jeunes de 12 à 25 ans, qu'ils soient scolarisés ou non, se déclarent plus anxieux, plus déprimés et affichent une moins bonne estime d'eux-mêmes que leurs aînés. Le suicide constitue 15% des décès des 15-25 ans. C'est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de moins de 24 ans. En matière de consommations de substances psycho-actives, un jeune de 17 ans sur quatre fume quotidiennement, un sur deux a déjà connu au moins un épisode d'ivresse, un sur 10 a un usage régulier d'alcool, un sur quatre a consommé du cannabis. La consommation d'alcool est la cause de plus de 30% des décès par accidents de la route et 35% des blessés graves par accident de la circulation sont âgés de 15 à 24 ans. Plus du quart des cas de séropositivité au VIH concerne des personnes de moins de 30 ans (voir source).

Les principaux phénomènes émergents en matière de conduites à risque sont :

- Les rencontres festives (skins party) donnant lieu à des comportements extrêmes en termes de consommations de substances psycho-actives et de pratiques sexuelles ;
- Les pratiques d'alcoolisation massive et rapide (binge drinking)³⁰ ;
- Les conduites sexuelles précoces et/ou non protégées ;
- L'expérimentation précoce de l'héroïne ;
- Les violences dirigées contre soi ou les autres par le biais notamment de « jeux » dangereux ou dans le cadre des pratiques de sport ;
- Un rajeunissement de la population qui s'auto-inflige des blessures ;
- Un usage de produits dopants en dehors du cadre du sport de haut niveau.

B.5.a/ii Périmètre de la priorité d'action

La priorité cible les jeunes de 12 à 25 ans qu'ils soient scolarisés, étudiants, en milieu de travail, en insertion ou, pour certains, en errance. Il a été décidé de ne pas cibler de publics prioritaires à l'intérieur de cette tranche d'âge dans la mesure où les conduites à risque touchent les jeunes, quel que soit leur milieu socio-économique d'origine.

Elle porte plus spécifiquement sur les conduites addictives, avec ou sans produit, les conduites dopantes, les risques liés aux comportements sexuels (grossesse non désirée, infection à VIH, hépatites) et les conduites suicidaires.

Les conduites à risque sont généralement des « conduites d'essai » qui font partie intégrante du parcours du jeune et traduisent une recherche de ses propres limites. Mais les conduites à risques peuvent aussi devenir l'expression d'une souffrance et sont à mettre en lien avec :

- Des facteurs individuels (dépression, agressions subies, isolement, orientation sexuelle ...) ;
- Des facteurs familiaux (carences affectives ou éducatives, violences intrafamiliales, absence de cadre de vie structurant, rejet lié à l'orientation sexuelle du jeune ...) ;
- Des facteurs sociétaux (ruptures scolaires, absence de diplôme qualifiant, précarité, manque d'offre de soins, de loisirs, de transports ...).

³⁰ Le « binge drinking » est un mode de consommation excessif de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés.

Elles peuvent, quand elles sont précoces et qu'elles s'inscrivent dans la durée, avoir des conséquences somatiques, psychiques, neurocognitives et sociales importantes.

Face à l'ampleur et à la complexité de cette problématique, il est donc important de développer une approche globale, interdisciplinaire, pluri-professionnelle et intersectorielle prenant en compte de façon concertée le caractère multifactoriel des comportements, l'environnement et les trajectoires de vie des jeunes.

Cela passe par un développement des actions de promotion de la santé visant le renforcement des compétences psychosociales des jeunes et de leurs parents, un ancrage territorial fort, le développement des compétences des acteurs locaux de première ligne et la mobilisation des élus.

La mise en œuvre de cette approche globale est étroitement liée à l'organisation d'un dispositif cohérent, visible, coordonné et gradué sur les différents territoires.

Toutes les actions à développer ne relèvent pas strictement du champ de compétence de l'Agence Régionale de Santé, ce qui suppose une coordination des politiques de l'Agence, de l'Etat, de l'Assurance maladie et des collectivités locales notamment.

C.1.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : Améliorer la connaissance et l'observation partagée du phénomène des conduites à risque

La connaissance des conduites à risque est à améliorer, malgré les outils déjà à disposition (Baromètre Santé Jeunes, Escapad³¹, HBSC³²).

Objectif spécifique n° 1.1 : identifier l'impact des trajectoires de vie et de l'environnement sur l'émergence des conduites à risque

Un travail de recherche portant sur l'identification de l'impact des trajectoires de vie et de l'environnement sur l'émergence des conduites à risque permettraient d'ajuster les modes d'intervention aux besoins des jeunes (exemples : étude sur les liens, chez les jeunes homosexuels, entre perception de la stigmatisation et adoption de conduites suicidaires et à risque ; effet du groupe sur le comportement des jeunes).

Dans ce cadre pourrait être envisagée la faisabilité et la mise en place d'un suivi prospectif de cohorte.

Objectif spécifique n° 1.2 : évaluer l'ampleur, à l'échelle de la région, des phénomènes émergents en matière de conduites à risque

Cette évaluation devrait prévoir le recueil à la fois de données des établissements de santé et d'autres acteurs ayant à connaître de ces pratiques (conseils généraux, villes, associations, police, justice ...).

Objectif spécifique n° 1.3 : repérer les ressources mobilisables par territoire, évaluer et mutualiser les dispositifs, les initiatives et les actions menés en matière de prévention des conduites à risque

A l'échelle des zones de proximité et des quartiers, il faut repérer précisément ce qui est développé en matière de prévention des conduites à risque, d'en évaluer l'impact et d'identifier les structures, les professionnels et les bénévoles mobilisables, démarche qui sera également développée dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de prévention.

31 en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête déclarative ESCAPAD consiste en un questionnaire proposé à l'ensemble des jeunes présents lors d'une Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD)

32 Health Behaviour In School-Age Children : étude menée sur la santé des jeunes de 11-15 ans par l'OMS tous les 4 ans dans 41 pays

Un travail de ce type a déjà été initié par l'agence régionale de santé, en lien avec le conseil général, le Rectorat, l'inspection d'académie ainsi que des associations, mais mériterait d'être affiné. Le partage de ces informations à l'échelle des territoires, qui pourrait passer par des temps de rencontre et de mise en commun entre acteurs de terrain des différents champs, institutionnels et élus, permettrait d'identifier des zones peu ou pas couvertes et favoriserait l'émergence d'une dynamique partenariale.

Objectif stratégique n° 2 : Inscrire les actions de prévention des conduites à risque dans une logique plus globale de promotion de la santé

La prévention des conduites à risque devrait être abordée préférentiellement selon une approche globale, sans se focaliser à priori sur une conduite particulière. En effet, un jeune peut explorer différents registres de risque. Chaque comportement, même spécifique, s'inscrit dans un contexte social et identitaire plus global. Une approche thématique (suicide, addictions, sexualité ...) peut toutefois se faire en complémentarité, certains comportements nécessitant des éclairages et des outils spécifiques.

Il semble préférable, dans le cadre des actions de prévention des conduites à risque, de s'inscrire dans une logique de promotion de la santé. Cette logique privilégie l'articulation de différentes dimensions dans une perspective de la santé à la fois positive (bien-être et pas seulement absence de maladie) et globale (incluant les conditions préalables telles que l'habitat, l'insertion économique, etc.). Elle vise l'autonomie de l'individu et sa participation à toutes les étapes de l'action, par la valorisation de ses compétences et de ses capacités.

Touchant à des champs qui dépassent les compétences strictes de l'agence régionale de santé (habitat, insertion, emploi, aménagement du territoire ...), l'approche en promotion de la santé suppose que l'agence régionale de santé mobilise dans ce sens les services de l'Etat concernés et les collectivités et assure la diffusion d'une culture de promotion de la santé en région, en lien avec les structures supports tels que l'observatoire régional de la santé (ORS) et l'instance régionale en éducation pour la santé (IREPS) et le centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD). Cette culture de la promotion de la santé passe par le renforcement de la formation des acteurs, des décideurs et des élus. Elle peut également être impulsée dans le cadre de la contractualisation avec les promoteurs de projets et par la diffusion de référentiels et de bonnes pratiques. Elle nécessite en outre un décloisonnement des financements.

Objectif spécifique n° 2.1 : renforcer les compétences des acteurs de première ligne des différents champs intervenant auprès des jeunes en matière de prévention des conduites à risque

Il s'agit de proposer aux acteurs de première ligne des différents champs intervenant auprès des jeunes (médecins généralistes, travailleurs sociaux, professionnels paramédicaux, professionnels des établissements scolaires et universitaires, acteurs de l'insertion sociale et professionnelle, éducateurs de la prévention spécialisée et de la protection judiciaire, animateurs sportifs et culturels ...) des temps de formation et d'accompagnement méthodologique par territoire pour favoriser une approche globale des jeunes confrontés à des conduites à risque, développer la pluridisciplinarité des approches, les familiariser avec les concepts, les méthodes et les outils en promotion de la santé, renforcer leur connaissance des ressources locales, les amener à développer des coopérations sur leur territoire. Des expérimentations de ce type sont actuellement menées sur les zones de proximité de Wissembourg et de Molsheim/Schirmeck. D'autres sont également développées par le conseil général du Bas-Rhin ou par des associations sur l'ensemble de la région.

Objectif spécifique n° 2.2 : renforcer la participation des jeunes à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de prévention des conduites à risque

Pour favoriser la participation des jeunes aux actions de prévention des conduites à risque, il est indispensable de favoriser l'expression de leurs attentes et de leurs besoins. Cela peut passer par des outils d'expression de soi, le développement d'espaces publics d'échanges, le recours aux structures et aux équipements (éducatifs, culturels, sportifs, festifs ...) investis par les jeunes, l'éducation par les pairs.

Cette démarche participative doit être accompagnée par des professionnels de terrain.

Objectif spécifique n° 2.3 : faire évoluer les stratégies d'intervention en privilégiant le développement des compétences psychosociales³³ des jeunes

Le développement de ces compétences passe par des interventions de professionnels, soit en individuel, soit en collectif (ateliers d'expression et de création, ateliers de réalisations artistiques, actions d'entraide et de soutien ...), qui nécessite une appropriation du concept et une évolution des méthodes d'intervention. Pour ce faire, les acteurs de terrain doivent pouvoir bénéficier de temps de partage d'expériences, de formation dans la perspective de faire émerger une véritable culture commune en la matière.

Certaines associations se sont d'ores et déjà orientées vers ce type de pratiques.

Objectif spécifique n° 2.4 : soutenir les parents pour les amener à conserver leur place d'adulte référent et à proposer un cadre structurant à leurs enfants leur évitant de s'inscrire dans des conduites à risque

La prise en compte des relations familiales est essentielle pour réaliser un travail de fond en matière de prévention des conduites à risque. Ainsi, les dispositifs accueillant les parents avant, pendant ou après la rencontre avec le jeune (ex : points accueil écoute jeunes, consultations jeunes consommateurs, maison des adolescents ...) devraient se développer. Des possibilités de thérapies familiales devraient également pouvoir être proposées.

Ce travail est à mener en lien étroit avec les services de l'Etat concernés, notamment les directions départementales de la cohésion sociale, ainsi que les collectivités locales.

Objectif spécifique n° 2.5 : promouvoir une approche intersectorielle permettant d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé

Le développement de mesures centrées sur les environnements, doit être encouragé notamment en inscrivant la préoccupation de la santé dans les politiques de logement, de transport, d'insertion, d'emploi développées par les services de l'Etat (Education Nationale ; direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement ; direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; directions départementales de la cohésion sociale, direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ...) et les collectivités. Cela peut par exemple passer par l'inscription de la problématique des conduites à risque dans les contrats locaux de santé ou encore dans les projets des missions locales.

Objectif stratégique n° 3 : Favoriser l'accès des jeunes et/ou de leurs parents aux ressources en matière de prévention des conduites à risque

Il existe de nombreuses ressources en matière de conduites à risque à destination des jeunes et/ou de leurs parents. Mais elles manquent de lisibilité et de visibilité. Aussi est-il important de développer des vecteurs d'informations appropriés pour leur permettre de les identifier et d'y accéder plus facilement.

Objectif spécifique n° 3.1 : recenser l'ensemble des lieux ressources existant par territoire et les faire connaître des jeunes et de leurs parents

Il s'agirait de recenser, par zone de proximité, l'ensemble des dispositifs et lieux ressources pouvant apporter un soutien aux jeunes confrontés à des conduites à risque et/ou à leurs parents : points accueil écoute jeunes ; centre d'information régional sur les drogues et les dépendances ; pôle ressource conduites à risques du conseil général ; consultations « jeunes consommateurs » ; plannings familiaux ; centres de dépistage anonyme et gratuit/centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ; centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ; maison des adolescents ; centres médico-psychologiques ; groupes d'aide à la parentalité ...

³³ Le développement des compétences psychosociales, c'est le renforcement des capacités des jeunes à adopter des comportements positifs face à leur santé et à leur bien-être et à se protéger notamment contre les conduites à risque (prendre des décisions, résoudre des problèmes, apprendre à communiquer, développer l'estime de soi, gérer son stress et ses émotions, développer une pensée créative et un esprit critique ...).

L'information ainsi disponible devrait être diffusée tant auprès des jeunes et des parents que des acteurs de terrain et des élus pour favoriser la lisibilité et la visibilité de ces ressources.

Objectif spécifique n° 3.2 : réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à ces lieux ressources

Il s'agit :

- De développer des stratégies et des outils pour favoriser l'appropriation des informations relatives aux dispositifs existant par les jeunes et les parents qui, du fait de leur environnement, n'ont pas pu développer de véritable culture de la santé ;
- De faire en sorte que les locaux des dispositifs accueillant des jeunes soient accessibles : créneaux horaires adaptés, accessibilité aux jeunes à mobilité réduite...
- De s'assurer que les dispositifs soient réactifs : permanence d'écoute professionnelle, délai de prise en charge et de réorientation...
- De proposer des accompagnements vers ces lieux pour ceux qui ont des difficultés à faire la démarche ;
- D'adapter les réponses en matière de transports pour faciliter l'accès aux dispositifs existants ;

Cette démarche devra également viser le développement de dispositifs sur les territoires déficitaires voire d'aller au devant des jeunes et des parents par le biais, par exemple, d'équipes mobiles .

Objectif stratégique n° 4 : Renforcer la réduction des risques dans la continuité de la prévention des conduites à risque

En complément des actions de prévention primaire, il, importe de travailler à réduire les risques sanitaires, psychologiques et sociaux que peuvent entraîner certaines conduites (transmission du VIH/sida, hépatites, infections sexuelles, comas éthyliques, accidents liés à la consommation de substances psycho-actives, addictions, marginalisation ...).

Objectif spécifique n° 4.1 : accompagner les événements festifs pour permettre aux jeunes qui y participent de connaître, de maîtriser et de gérer les risques liés aux conduites à risque

Il peut s'agir, dans le cadre d'événements festifs (rave party, festival, concert, soirée en discothèque, soirée étudiante, apéro géant ...), de proposer des dispositifs souples et complémentaires pouvant associer stands de diffusion d'information et de matériel (préservatifs masculins et féminins, gels, éthylo-tests, pailles, matériel stérile d'injection, couverture de survie ...), accueil, écoute et conseils personnalisés, espace d'échanges autour des pratiques, gestes de premier secours, veille sanitaire, orientation vers les dispositifs de droit commun.

La réduction des risques peut également prendre la forme de programmes de formation en direction des organisateurs de soirées et des gérants d'établissements en leur donnant les outils indispensables.

Objectif spécifique n° 4.2 : inscrire la réduction des risques dans les pratiques de tous les intervenants accueillant des jeunes

Il s'agit de favoriser l'appropriation des enjeux, des concepts et des outils de la réduction des risques dans les dispositifs accueillant les jeunes, que ce soit dans le cadre d'un accompagnement individuel ou collectif.

A cet effet, des temps de formation, de rencontre et d'échanges devraient être organisés à l'attention des professionnels des différents champs. Il convient d'accroître la professionnalisation de tous les intervenants auprès des jeunes.

Objectif stratégique n° 5 : Faciliter le repérage des conduites d'excès et la continuité de prise en charge des jeunes qui s'y livrent

Objectif spécifique n° 5.1 : former les professionnels de première ligne intervenant auprès des jeunes au repérage précoce et au recueil de l'expression des difficultés, des signes et des comportements traduisant un mal être et/ou une souffrance psychique des jeunes pouvant favoriser leur inscription dans des conduites à risque

Lorsqu'un professionnel de première ligne (médecin généraliste, travailleur social, professionnel paramédical, professionnel d'un établissement scolaire ...) a repéré une difficulté ou une souffrance et lui a permis de s'exprimer, un projet d'accompagnement peut alors être proposé auprès d'équipes spécialisées. Ce repérage précoce permet d'éviter que n'apparaissent des dommages associés aux conduites à risque.

Objectif spécifique n° 5.2 : assurer un partage de l'information et une continuité de prise en charge entre dispositifs de prévention des conduites à risque, dispositifs de réduction des risques, dispositifs d'accompagnement et de soins par un décloisonnement interprofessionnel et interinstitutionnel

Il s'agit, en s'appuyant sur les ressources et les outils existants et en généralisant les initiatives probantes en la matière, de créer un maillage étroit entre les dispositifs de prévention, de réduction des risques, d'accompagnement et de soins pour assurer des relais, une continuité dans le parcours des jeunes. Cela pourrait notamment passer par :

- L'élaboration de protocoles ;
- La présence d'associations dans des établissements hospitaliers ;
- Le développement de temps de synthèse pluri-professionnels et de soutien technique aux professionnels.

L'objectif est d'amener les professionnels, quel que soit leur lieu d'exercice, leur formation, leur appétence pour la problématique des conduites à risque, à acquérir des réflexes en matière de recours, de relais, d'orientation et de travail en partenariat.

Objectif spécifique n° 5.3 : organiser la prise en charge en soins des jeunes se mettant en danger (consommation importante de substances psycho-actives, coma éthylique, tentative de suicide ...)

La prise en charge de ces situations relève fréquemment d'une triple démarche - somatique, psychologique et sociale.

Des liens devraient également être établis entre les équipes hospitalières et les intervenants extérieurs (médecin généraliste, travailleurs sociaux, infirmière scolaire, structures d'addictologie ...) pour favoriser un suivi de qualité à la sortie d'une éventuelle hospitalisation.

C.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : nombre de projets portant sur les conduites à risque chez les jeunes financés par l'ARS

Indicateur 2 : nombre d'acteurs de première ligne intervenant auprès de jeunes ayant bénéficié de temps de formation renforçant les compétences sur la prévention des conduites à risque

Indicateur 3 : nombre de projets des structures de prévention et de prise en charge des conduites à risque ayant développé des dispositifs permettant d'aller à la rencontre des jeunes sur les territoires de Guebwiller, Saint Louis, Thann et Schirmeck

Indicateur 4 : nombre de manifestations festives du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ayant bénéficié d'une action de prévention

Indicateur 5 : nombre de patients avec séjours de très courte hospitalisation pour intoxication alcoolique

B/ Axe 2 : Organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité

B.1/ Priorité 6 : Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile

B.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.1.a/i Etat des lieux

La part des personnes de plus de 85 ans représentera, en 2020, 2,9% de la population alsacienne contre 2% en 2010. Les personnes âgées de plus de 75 ans représenteront 8,7% de la population régionale en 2020 et cette proportion augmentera fortement entre 2020 et 2030.

La plupart de ces personnes vivent à domicile : en Alsace, 89% de la population âgée de plus de 75 ans vit à domicile ; à 95 ans, cette proportion est encore de 49%. Le taux de maintien à domicile est un peu inférieur à la moyenne nationale, ce qui peut s'expliquer à la fois par un équipement régional plus important et un taux de dépendance des personnes âgées supérieur en Alsace à ce qu'il est sur le reste du territoire national.

L'adaptation du système sanitaire et médico-social nécessite à la fois la poursuite de la médicalisation des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour prendre en compte la charge croissante en soins et en dépendance des personnes qui y sont hébergées et une organisation coordonnée des prestations d'aide et de soins à domicile.

B.1.a/ii Périmètre de la priorité d'action

Trois axes d'action doivent être mobilisés pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées :

- La prévention de la dépendance ;
- La coordination des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des personnes âgées ;
- L'aide aux aidants, facteur déterminant du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

B.1.b/ Déclinaison de la priorité

Objectif stratégique n° 1 : Retarder l'âge d'entrée en dépendance par la prévention des risques liés à l'âge

L'entrée en institution est motivée par la situation de dépendance des personnes âgées, s'agissant notamment de la population âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Dans une étude³⁴ sur l'entrée des personnes âgées en institution en Alsace, l'Observatoire régional de la santé d'Alsace (ORSAL) explique, au moins en partie, le recours plus élevé de l'hébergement en institution des personnes âgées alsaciennes par leur état de santé particulièrement dégradé. Cet état de santé s'accompagne d'une dépendance plus importante de cette population.

L'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure, était en France en 2008 de 62,4 ans chez les hommes et 64,2 ans chez les femmes³⁵. La période de risque de dépendance (en rapport à l'espérance globale de vie) est de 15,1 ans pour les hommes et 20,1 ans pour les femmes. Ces résultats, comparables à ceux des pays voisins, sont toutefois inférieurs aux pays nordiques dont la Suède où des mesures de prévention ont permis de prolonger de cinq ans l'espérance de vie en bonne santé.

³⁴ L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace – ORS Alsace – décembre 2009

³⁵ Source Eurostat 2010

Retarder l'âge d'entrée en dépendance par des actions de prévention permet donc de limiter la prise en charge en institution.

Les objectifs ci-dessous ne sont pas exclusifs d'autres actions de prévention destinées à prévenir la survenue de maladies ou d'une dépendance liée à l'âge et à entretenir ou augmenter le potentiel physique des personnes âgées. L'ensemble devra s'inscrire dans une démarche plus globale d'éducation pour la santé à des périodes charnières de l'avancée en âge.

Objectif spécifique n° 1.1 : promouvoir les actions de prévention des chutes, en encourageant à poursuivre l'activité physique et en favorisant l'aménagement de l'habitat

Les capacités d'adaptation au risque de chute accidentelle déclinent régulièrement avec l'avancée en âge. De nombreux facteurs intrinsèques ou extrinsèques peuvent favoriser la chute.

Des études ont montré que 30% de la population de plus de 65 ans fait au moins une chute par an ; ce taux est de 50% au delà de 80 ans. De plus, la moitié des personnes concernées chutent de façon répétée³⁶.

Ces chutes, qui interviennent dans 30 à 50% des cas à domicile, ont des conséquences notamment traumatiques qui sont autant de facteurs de risque accru de dépendance. Le taux de mortalité alsacien par chute de personnes âgées est le plus élevé en France métropolitaine (99 décès par chute pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Alsace en 2009 pour un taux national de 73 pour 100 000).

Les conséquences en termes de mortalité et de morbidité justifient d'une part que les actions de prévention des chutes soient confortées, d'autre part que les chutes donnent lieu à signalement et prise en charge plus systématique aux fins d'en prévenir la répétition.

Objectif spécifique n° 1.2 : développer les actions de prévention de la dénutrition chez la personne âgée

L'AFSSA (janvier 2009) estime que la dénutrition toucherait en France près de 400.000 personnes de plus de 65 ans vivant à domicile. La dénutrition concernant environ 4 à 10% des personnes âgées à domicile et est plus importante chez les personnes dépendantes, chez lesquelles elle peut atteindre 25% à 30%³⁷.

Il est proposé notamment :

- de favoriser le dépistage, en s'appuyant sur les acteurs intervenant à domicile et en informant le grand public sur les causes et risques de la dénutrition ;
- d'adapter les outils d'éducation thérapeutique au public âgé ;
- d'assurer la diffusion des recommandations de bonne pratique auprès des professionnels.

Objectif spécifique n° 1.3 : mieux repérer les signes de dépression chez les personnes âgées pour mieux les prendre en charge

La dépression de la personne âgée est souvent non diagnostiquée et non traitée car fréquemment masquée. Sa prévalence augmente avec l'âge, avec des conséquences lourdes (repli sur soi, dépendance surajoutée, risque suicidaire cinq fois plus élevé à 75 ans qu'à 20 ans). Elle est fortement liée à la présence d'affections somatiques, à l'isolement social ou géographique (environnement) et aux événements de la vie (deuil, entrée en institution,...).

En 2007, en France, 13% des plus de 65 ans et 18% des plus de 85 ans se sont vus prescrire des antidépresseurs (CNAMTS). Ces chiffres ne renseignent pas sur le nombre de patients ayant une dépression. Selon les études, 15% à 30% des personnes âgées qui consultent en médecine générale présentent des syndromes dépressifs ; l'étude PAQUID en région Aquitaine a constaté une prévalence des

³⁶ Oliver, Hopper et al.2000 : Robertson, Campbell et al. 2002, Chang, Morton et al. 2004.

³⁷ Traité de nutrition de la personne âgée – Hebuterne, Alix et al. - 2009

troubles dépressifs de l'ordre de 15% en population générale, ce taux se situant entre 15% et 30% en institution.

Afin de prévenir le risque de dépression, il est proposé d'améliorer la connaissance des professionnels en contact avec la personne âgée sur les formes cliniques que peut prendre la dépression dans cette tranche d'âge.

Objectif spécifique n° 1.4 : prévenir la perte d'autonomie en favorisant les actions de prévention des troubles de la mémoire

Les études mettent en évidence le bénéfice de l'association des activités physiques et intellectuelles dans la prévention de la démence³⁸. C'est ainsi que sont développés en région les ateliers « équilibre et mémoire ».

L'étude MAPT (Multidomain Alzheimer Preventive Trial) qui s'inscrit dans la mesure 41 (sur l'égalité d'accès des patients aux protocoles de recherche) du plan Alzheimer 2008-2012, vise à déterminer quelles combinaisons de mesures préventives protègent le mieux contre le déclin des fonctions cognitives.

Il convient d'assurer l'accessibilité de la population à ces actions de prévention.

Objectif stratégique n° 2 : Assurer la coordination et la continuité des prises en charge à domicile

Objectif spécifique n° 2.1 : assurer la coordination des soins et des autres prestations d'aide à domicile des personnes âgées

La nature et le nombre des intervenants à domicile varient selon la nature et l'importance des déficiences. Celles-ci impliquent fréquemment la mise en œuvre combinée de prise en charge sociales et de soins. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)³⁹ montre que les bénéficiaires de services à domicile reçoivent en moyenne des soins ou des aides de la part de trois intervenants ; les 25% les plus dépendants reçoivent l'aide de six intervenants ou plus.

La coordination de ces interventions, leur mise en place rapide et leur adaptation à l'évolution de la dépendance sont nécessaires pour assurer le maintien au domicile et la qualité de vie de la personne âgée.

Les coordinations existent mais elles sont souvent propres à une partie seulement du champ des prestations ; s'agissant plus particulièrement de l'organisation des soins, elle repose d'abord sur le médecin traitant, mais fréquemment également sur les personnels infirmiers (Services de Soins Infirmiers A Domicile et infirmiers libéraux). La mobilisation et la coordination des intervenants potentiels à domicile (SSIAD, Hospitalisation à Domicile, réseaux, équipes mobiles) peuvent être complexes et chronophages.

Enfin, certaines situations lourdes requièrent à la fois une évaluation médicale de la situation de la personne et une coordination avec les services d'aide à domicile. Des dispositifs ont été développés ou expérimentés (Réseau Alsace gérontologie, MAIA). Il convient de les organiser de façon cohérente sur l'ensemble du territoire régional et de les coordonner avec ceux des Conseils Généraux.

L'adaptation des systèmes d'information partagés permettra d'améliorer la connaissance des ressources disponibles sur un territoire donné et de faciliter l'orientation et le suivi des patients.

Objectif spécifique n° 2.2 : prévenir les ruptures de prise en charge dans le parcours de soins des personnes âgées

Un évènement de santé (hospitalisation ou évolution de la dépendance de la personne) ou l'évolution de l'environnement social et familial des personnes (hospitalisation ou décès du conjoint...) peuvent compromettre le maintien au domicile.

³⁸ M Le GOFF C.R. Biologies 332 (2009) à partir de l'étude PAQUID

³⁹ Etudes et résultats n°297 2004 « Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000 »

Il est nécessaire d'organiser des interventions reposant sur des structures existantes, permettant d'apporter une réponse y compris en soirée et le week-end aux situations d'urgence sociale ou sanitaire empêchant la poursuite du maintien à domicile⁴⁰.

Objectif stratégique n° 3 : Développer l'aide aux aidants pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées

On estime que les deux tiers des personnes dépendantes vivent à domicile et que leur prise en charge repose presque exclusivement sur l'entourage familial⁴¹. La charge que les aidants supportent peut être particulièrement lourde et elle-même pathogène, en particulier lorsque l'aidant est le conjoint.

Il est nécessaire d'informer l'aidant, de lui offrir des solutions de répit et d'assurer son suivi pour prévenir les risques d'épuisement.

Objectif spécifique n° 3.1 : améliorer l'information des aidants

La Haute autorité de santé (février 2010) recommande pour les aidants naturels des cours de formation sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, l'information sur les services disponibles et un accès à un support téléphonique de communication et de résolution de problèmes.

La mesure 2 du plan Alzheimer souligne la nécessité d'apporter aux familles des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade pour assurer le maintien de la relation.

Il est indispensable de permettre aux aidants d'avoir la connaissance des ressources disponibles de la zone de proximité : services, hébergements temporaires et accueil de jour.

Objectif spécifique n° 3.2 : développer une palette d'offre complète pour les aidants conjuguant des dispositifs de soutien et des solutions de répit adaptées

Il s'agit de proposer sur un territoire donné une offre diversifiée et coordonnée de structures de répit et d'accompagnement aux aidants. Le plan Alzheimer en a fait un de ses premiers objectifs.

Au niveau régional, les aidants doivent disposer d'un maillage territorial d'accueil de jour accessible. Les modalités d'hébergement temporaire doivent se doter d'un projet de fonctionnement suffisamment souple pour répondre à des besoins séquentiels de prise en charge.

Objectif spécifique n° 3.3 : mieux repérer les aidants et prévenir leur épuisement

Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), « les aidants présentent trois fois plus de dépression qu'une population témoin. Un des éléments principaux du fardeau est la présence de troubles du comportement chez le patient.

Ces proches expriment le besoin de bénéficier d'un soutien structuré pour affronter les responsabilités lourdes et croissantes de la prise en charge. Ils ont souvent le sentiment d'être négligés par les médecins ou mal informés par les services d'aide »⁴²

Il est donc nécessaire de promouvoir l'information des professionnels aux problématiques des aidants, pour leur permettre de mieux repérer les situations à risque.

⁴⁰ Cf. priorité d'action N°10

⁴¹ La revue francophone de gériatrie et gérontologie juin 2006

⁴² INPES Santé n° 377 - mai-juin 2005

B.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : taux de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile.

Indicateur 2 : taux d'entrée à l'hôpital par les urgences pour les personnes âgées de 75 ans et plus.

Indicateur 3 : évolution du taux standardisé d'hospitalisation pour chutes chez les personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées en Alsace.

Indicateur 4 : évolution du nombre de personnes prises en charge par le Réseau Alsace gérontologie (RAG) et par les MAIA.

Indicateur 5 : évolution du taux d'équipement et du taux d'occupation pour les accueils de jour et les hébergements temporaires.

B.2/ Priorité 7 : Faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de PEC adaptées

B.2.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.2.a/i Etat des lieux

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les contours d'une nouvelle politique du handicap reposant sur :

- une définition légale du handicap : « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Le handicap résulte de l'interaction d'une part, des incapacités qu'une personne peut connaître du fait des déficiences dont elle est porteuse, d'autre part, de l'inadaptation de l'environnement, c'est-à-dire de la cité dans toutes ses activités ;
- l'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale : la loi fixe comme objectif « l'accès de tous à tout ». Elle rénove la notion d'accessibilité en l'étendant à la fois à tous les types de handicap (physique, mental, sensoriel, psychique, cognitif, polyhandicap et trouble invalidant de la santé) et à tous les domaines de la vie en société : éducation, emploi, citoyenneté, culture, soins, loisirs...
- le droit à compensation des conséquences du handicap ;
- une nouvelle gouvernance qui associe les personnes handicapées et leurs représentants.

En région, la loi de 2005 s'est accompagnée d'un renforcement très significatif et d'une diversification de l'offre médico-sociale notamment au profit d'un développement des services (90% des adultes atteints d'un handicap vivaient à domicile). Des difficultés demeurent auxquelles il est nécessaire de répondre :

- L'offre est inégalement répartie : qu'il s'agisse des enfants ou des adultes, des établissements ou des services, le Haut-Rhin affiche des taux d'équipement supérieurs au Bas-Rhin ;
- Le maintien en milieu ordinaire a progressé pour les enfants via le développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et des modes de prise en charge favorisant l'externat. Toutefois, des progrès restent à faire s'agissant des adultes pour lesquels la part des services dans l'offre médico-sociale est inférieure à 5% ;
- L'offre spécialisée s'est adaptée qualitativement aux handicaps spécifiques (sections autistes enfants/adultes, handicap psychique etc.), mais certaines prises en charge restent inadaptées et les besoins demeurent importants : 500 nouveaux jeunes relèveront potentiellement d'un aménagement Creton dans les deux ans à venir en Alsace ;
- L'espérance de vie des personnes handicapées s'améliore à l'instar de celle de la population générale, impliquant de repenser des solutions d'accompagnement adaptées ;
- L'accès à la prévention (dépistage organisé des cancers ou des maladies chroniques par exemple) et aux soins des personnes handicapées peut être difficile du fait d'obstacles inhérents à la personne elle-même (difficultés matérielles, de déplacement/mobilité, de relation verbale ou visuelle, cognitive et difficultés comportementales) mais également aux professionnels (formation insuffisante, problèmes de communication avec les patients) et à l'environnement (inaccessibilité de certains cabinets libéraux) ;

La continuité du parcours, si elle semble facilitée par la mise en place de filières comme celles qui existent pour les traumatisés crâniens et les épileptiques, demeure un enjeu permanent.

B.2.a/ii Périmètre de la priorité d'action

L'objectif est de favoriser l'autonomie des personnes handicapées au long de leur vie, en privilégiant l'accès au droit commun lorsque cela est possible, une adaptation du droit commun dès lors que l'accès doit être facilité et, en dernier lieu si nécessaire, une offre spécifique.

B.2.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : favoriser un dépistage précoce et une prise en charge adaptée à toute nouvelle situation de handicap

La prise en charge précoce et adaptée d'un enfant handicapé peut limiter les conséquences de ce handicap sur son avenir et celui de sa famille : elle favorise un parcours de soins cohérent et basé sur la confiance. L'efficacité de la prise en charge en sera meilleure (par exemple, pour l'observance du traitement) et contribuera à limiter l'errance parentale.

Les huit CAMSP alsaciens pourraient remplir le rôle de structures médico-sociales pivots qui connaissent les professionnels-ressources du bassin de vie dans lequel évoluent l'enfant et sa famille, ainsi que tous les aspects du futur projet de vie (éducation, socialisation, transports, loisirs...).

Objectif spécifique n° 1.1 : assurer un diagnostic pluridisciplinaire le plus précoce possible et un accompagnement global pour tout enfant où un handicap est suspecté

La qualité du dépistage et la précocité du diagnostic sont déterminantes pour repérer le handicap et en assurer un accompagnement et une prise en charge optimale. Un diagnostic d'autisme posé avant l'âge de trois ans permet un accompagnement précoce et personnalisé et améliore significativement le fonctionnement cognitif, social et langagier.

Par ailleurs, la situation de la personne est évolutive. Aussi doit-elle pouvoir être réévaluée chaque fois que nécessaire afin de garantir un accompagnement au plus près des besoins et des attentes de la personne ou de sa famille.

Objectif spécifique n° 1.2 : soutenir et accompagner la personne handicapée et son entourage lors de l'annonce du handicap

L'annonce du handicap, qu'elle ait lieu avant ou après la naissance, à la suite d'une maladie ou d'un accident, doit se faire dans des conditions garantissant le respect de la personne concernée et de son entourage, en assurant une information claire et compréhensible ainsi qu'un soutien à la personne et à sa famille et ce, quel que soit le professionnel de première ligne concerné (médecin généraliste, pédiatre, pédopsychiatre, professionnel d'un établissement de court séjour, d'un centre d'action médico-sociale précoce ou d'un centre de ressources).

Objectif spécifique n° 1.3 : promouvoir auprès des professionnels de premier recours une meilleure connaissance du handicap et des dispositifs territoriaux existants

La formation des professionnels de santé est l'une des préconisations majeures de la Haute autorité de santé : connaître les spécificités de certains handicaps et développer des compétences professionnelles adéquates permet d'accueillir la personne handicapée dans de meilleures conditions et contribue à une meilleure prise en charge de proximité. A titre d'exemple, des sessions de sensibilisation et de formation à l'adaptation du soin et de la prise en charge aux personnes handicapées mentales (et diffusion de guides) sont actuellement réalisées par l'union départementale d'associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UDAPEI) du Bas-Rhin.

Par ailleurs, pour le professionnel de premier recours, connaître et accéder à l'ensemble des interlocuteurs de proximité (dispositif d'accueil de la petite enfance, protection maternelle et infantile (PMI), Education nationale, secteur ambulatoire, services hospitaliers spécialisés, services de soins de suite et de réadaptation (SSR)...) impliqués dans la prise en charge des personnes handicapées permet des échanges sur les pratiques professionnelles et facilite un « passage de relais » lorsque c'est nécessaire. Des dispositifs d'informations partagées doivent venir en soutien de cet objectif.

Objectif stratégique n° 2 : Favoriser l'autonomie et le maintien dans le milieu de vie ordinaire

La loi du 11 février 2005 affirme cet objectif à tous les stades de la vie.

Objectif spécifique n° 2.1 : garantir l'égalité d'accès à la prévention et aux soins

A âge égal, la morbidité et la mortalité des personnes en situation de handicap sont plus élevées que dans la population générale. Aussi, faciliter l'accès des personnes handicapées aux actions de prévention et aux soins (santé bucco-dentaire, dépistage des cancers, maladies chroniques etc.), conformément aux préconisations de la Haute autorité de santé dans son rapport d'audition « Accès aux soins des personnes en situation de handicap » (janvier 2009), est un enjeu fort.

A titre d'exemple, assurer l'orientation et l'accueil des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, par la création d'une « cellule handicap » ou d'un « référent handicap » dans chaque établissement de santé et la systématisation de supports adaptés (échelle de la douleur...), peut contribuer à améliorer la prise en charge globale et limiter les complications.

Objectif spécifique n° 2.2 : accompagner la scolarité et la formation, au mieux des capacités de l'enfant ou de l'adulte handicapés

La scolarisation en « milieu ordinaire » n'est pas exclusive de dispositifs « spécialisés ». Les besoins d'accompagnement spécifique et de soins demeurent et leur effectivité constitue un des éléments du parcours scolaire des enfants handicapés.

Il faut veiller à ce que les dispositifs disponibles puissent être adaptés avec la souplesse et la réactivité nécessaire à la situation des élèves : les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), la scolarité en temps partagé (Institut médico-éducatif) sont les supports adaptés qui favorisent le maintien en milieu ordinaire.

Objectif spécifique n° 2.3 : accompagner les personnes handicapées vers une activité professionnelle en milieu ordinaire

L'emploi constitue un enjeu majeur d'intégration des personnes handicapées dans la cité. Son effectivité pourrait notamment être améliorée par la mise en œuvre :

- De dispositifs permettant des interventions précoces afin de prévenir la désinsertion sociale et professionnelle, à l'instar du travail conduit par les équipes de terrain spécialisées comme celles des cellules « COMETE » en établissements de soins de suite et de réadaptation, implantées à Strasbourg et à Mulhouse ;
- D'une coordination des différents acteurs chargés de l'insertion professionnelle dans le cadre d'un réseau, à l'instar du dispositif pilote « réseau de ressources coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de Handicap (RECORD) » expérimenté dans le Bas-Rhin ;
- De services de proximité permettant d'accompagner la personne en milieu ordinaire (SAMSAH, SAVS, etc.) ;
- De passerelles entre le milieu de travail ordinaire et protégé permettant en cas de décompensation de la personne, ce qui est particulièrement vrai pour la personne présentant un handicap psychique, de renforcer le besoin d'accompagnement médico-social tout en favorisant le maintien d'une activité professionnelle.

Objectif spécifique n° 2.4 : développer les structures de répit en relais des aidants

Le maintien à domicile repose essentiellement sur les aidants, avec un retentissement certain sur leur état de santé.

Actuellement, 80% des places proposées en établissements ou services médico-sociaux sont situées en internat. L'accueil en semi-internat adultes (accueil de jour) en maison d'accueil spécialisée (MAS) / foyer d'accueil médicalisé (FAM) est peu développé.

Or, l'accueil de jour et l'hébergement temporaire permettent aux familles (conjoint, parents, fratrie) de bénéficier d'un temps de répit, de préparer l'entrée en établissement ou d'accueillir en urgence une personne handicapée lorsque l'environnement familial ne le permet plus.

Objectif stratégique n° 3 : Assurer la continuité de la prise en charge de la personne handicapée

L'état des lieux a mis en exergue l'existence de ruptures dans les parcours des enfants et des adultes handicapés.

Les difficultés concernent le parcours des personnes accueillies en établissement et le relais des prises en charge à des âges charnières (20 ans et 60 ans notamment).

Elles concernent également certaines personnes présentant un handicap très lourd ou des troubles de comportement majeurs dont la prise en charge pose problème dans un contexte sanitaire comme médico-social.

Objectif spécifique n° 3.1 : faciliter l'accès des jeunes adultes à une prise en charge adaptée

En juin 2010, l'Alsace comptait 349 jeunes adultes de plus de vingt ans bénéficiant de l'amendement Creton, hébergés en établissements pour enfants, faute de places en établissements ou services médico-sociaux pour adultes handicapés. Leur proportion (10,8%) se situe nettement au-delà de la moyenne nationale (3%).

Cette situation appelle des réponses diversifiées à prioriser en termes de développement de solutions d'accueil. Elle appelle parallèlement une réflexion sur les ajustements à réaliser, en fonction de l'évolution des besoins, des capacités des instituts où sont hébergés les jeunes adultes en situation d'inadéquation.

Objectif spécifique n° 3.2 : proposer un accompagnement adapté aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes

L'avancée en âge des personnes handicapées nécessite un accroissement de la prise en charge en soins, que la famille d'origine ou l'établissement d'accueil ne peuvent toujours assurer. Pour les personnes handicapées en activité, le départ à la retraite peut rompre par ailleurs l'organisation de la prise en charge structurée autour du foyer d'hébergement et du milieu de travail, ordinaire ou protégé.

S'agissant de l'offre en établissements, il n'existe pas de solution unique pour accompagner ces évolutions (création de FAM, maison de retraite spécialisée, etc.).

Pour les personnes vivant à domicile, il s'agit notamment de permettre aux aidants d'être relayés (accueil de jour ou accueil temporaire).

Objectif spécifique n° 3.3 : mieux répondre aux situations complexes au sein des établissements médico-sociaux

Certaines situations de handicap lourd (peu nombreuses, mais mobilisant beaucoup d'énergie tels les troubles graves du comportement) sont difficiles à gérer pour les équipes soignantes.

Sous réserve de la stabilisation de la situation clinique, un accompagnement spécifique en soins, avec un suivi rapproché par les équipes sanitaires spécialisées (par exemple des équipes mobiles), pourrait permettre de maintenir la prise en charge en milieu médico-social et de faciliter les transferts ponctuels nécessaires entre l'hôpital et l'établissement médico-social d'accueil.

B.2.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : proportion d'enfants de moins de 3 ans entrés en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

Indicateur 2 : nombre de jeunes adultes maintenus par défaut dans le dispositif-enfants.

Indicateur 3 : part des services dans l'offre globale médico-sociale.

Indicateur 4 : proportion d'établissements de santé ayant une commission de handicap (certification HAS).



B.3/ Priorité 8 : Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique

B.3.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.3.a/i Etat des lieux

La psychiatrie a développé des alternatives à l'hospitalisation complète et des formes de prise en charge plus individualisées, favorisant une réinsertion sociale. En Alsace, 68% des prises en charge psychiatriques pour adultes et 81% pour enfants, réalisées en 2009, ont été effectuées sur un mode ambulatoire.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005, qui reconnaît explicitement le handicap psychique, confirme la nécessaire complémentarité de deux champs, professionnel et institutionnel, aux cultures et pratiques différentes :

- le secteur médico-social, qui se voit confronté à ses limites de prise en charge : si cette loi a induit un développement de l'offre médico-sociale en faveur du handicap psychique et de l'autisme, nombreux sont les établissements et service médico-sociaux à observer une part croissante de personnes présentant des troubles psychiques accueillies en établissement sans adaptation du dispositif d'accompagnement ;
- les secteurs psychiatriques qui se voient dans l'obligation de mettre en place des nouveaux modes d'accompagnement et de partenariat.

B.1.a/i Périmètre de la priorité d'action

Dans la continuité du mouvement engagé en psychiatrie depuis de nombreuses années, l'objectif est d'adapter le dispositif de soins de façon à faciliter l'insertion dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques.

B.3.b/ Perspectives d'action :

Objectif stratégique n° 1 : améliorer le repérage des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent et l'accès au diagnostic

Malgré d'indéniables progrès depuis quelques années dans le repérage et la prise en charge des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, ces troubles restent trop souvent mal connus et diagnostiqués tardivement. La prévention est pourtant cruciale dans l'approche de ces problèmes : le repérage et la prise en charge précoces de certaines pathologies favorisent une atténuation des troubles et une meilleure intégration scolaire ou sociale.

Objectif spécifique n° 1.1 : accompagner les professionnels de première ligne dans le repérage précoce des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et les jeunes adultes et des troubles envahissants du développement dans la petite enfance

L'amélioration du diagnostic précoce des troubles mentaux suppose de mieux former les professionnels qui se trouvent en première ligne au contact des enfants et des adolescents, professionnels soignants ou éducatifs, en diffusant les recommandations existantes notamment sur l'autisme pour les professionnels de première ligne.⁴³

⁴³ Fiche de synthèse - Fédération française de psychiatrie / HAS / DGS et DGAS

Objectif spécifique n° 1.2 : impliquer davantage les équipes de proximité dans l'aide au diagnostic et les évaluations initiales de l'autisme

Le taux régional de bilans de diagnostic et d'évaluation réalisés par le Centre Ressource pour l'Autisme d'Alsace (CRAA) pour 1000 habitants de 0 à 59 ans est deux fois supérieur à la moyenne française et positionne l'Alsace en tête des régions après la Martinique.

Afin d'assurer le diagnostic le plus précocement possible, il est nécessaire d'impliquer les équipes de proximité dans les diagnostics initiaux, notamment de l'autisme, par le développement de la formation avec l'appui du CRAA.

Objectif stratégique n° 2 : Garantir un dispositif de soins accessible, gradué et adapté à l'évolution des pathologies

Les personnes en situation de handicap psychique ou souffrant de pathologies mentales ont souvent des difficultés à s'occuper d'elles et encore plus de leur santé. L'objectif doit être de renforcer leur capacité à un accès autonome aux soins.

Objectif spécifique n° 2.1 : développer les programmes d'éducation thérapeutique et de réhabilitation psychosociale en psychiatrie

Les programmes d'éducation thérapeutique et de réhabilitation psychosociale sont encore peu développés en région Alsace.

A travers le développement de l'éducation thérapeutique, il s'agit d'accompagner la personne dans la compréhension de sa maladie afin de faciliter le suivi des thérapies et de prévenir les ruptures. La réhabilitation psychosociale, considérée comme une technique de soins, se définit quant à elle comme un « processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté » et a pour objet de restaurer l'autonomie des patients et de renforcer leur capacité de participation active.

Objectif spécifique n° 2.2 : garantir un bon maillage territorial des structures de proximité

La prise en charge au plus proche des patients est un facteur d'autonomie car elle évite la rupture avec le milieu de vie et permet un meilleur suivi par une équipe ayant une connaissance du patient et de son environnement ; elle minimise également les difficultés de logistique et de transport.

Une bonne répartition des structures alternatives à l'hospitalisation complète au sein de chaque secteur favorise l'accès aux soins et peut réduire les délais de prise en charge.

Objectif spécifique n° 2.3 : faciliter l'accès aux soins somatiques de la personne

Le risque de décès des personnes souffrant de maladie mentale est trois à cinq fois supérieur à celui de la population générale et augmente avec la durée d'hospitalisation⁴⁴. Un patient atteint de schizophrénie a une espérance de vie écourtée de neuf à douze ans par rapport à la population générale, avec, parmi les causes de décès, une surreprésentation des maladies cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses et des cancers du poumon et du larynx.

Les mesures susceptibles d'être encouragées sont déclinées dans le cadre de la priorité d'action n° 7.

⁴⁴ L'ABORD SOMATIQUE DES PATIENTS EN SANTE MENTALE EST-IL UNE NECESSITE ? Docteur D. SARAVANE Chef de Service – Praticien Hospitalier Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

Objectif spécifique n° 2.4 : assurer la continuité des soins dans le temps et envisager d'expérimenter des « référents de parcours »

Le handicap psychique est particulièrement évolutif, une décompensation peut survenir à tout moment et nécessite des besoins d'accompagnement et de compensation dans des proportions beaucoup plus importantes. Il semble opportun pour certaines situations complexes ou à forte variabilité de pouvoir disposer d'une personne chargée de coordonner les différentes interventions.

Objectif stratégique n° 3 : Renforcer la coordination et la complémentarité des réponses

Objectif spécifique n° 3.1 : faciliter la connaissance des ressources disponibles au sein d'un territoire

La connaissance des ressources en santé disponibles sur un territoire doit pouvoir être facilitée et partagée par des outils tels des répertoires couvrant l'ensemble du champ concerné (social, médico-social, sanitaire).

Objectif spécifique n° 3.2 : garantir l'effectivité de la coordination des prises en charge sanitaires et médico-sociales

Les établissements de soins psychiatriques assurent auprès des établissements médico-sociaux une fonction de référent en soins pour le soutien et la formation des personnels et la prise en charge des situations difficiles. Cette coopération, qui doit être formalisée par convention, est en particulier nécessaire pour prévenir les ré-hospitalisations.

Objectif spécifique n° 3.3 : activer les outils de contractualisation ou de formes juridiques nouvelles favorisant la complémentarité de la prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et ambulatoire

Les conseils locaux de santé mentale sont un exemple d'espace de coopération et de coordination regroupant les élus, l'ensemble des acteurs de la santé mentale et les usagers eux-mêmes.

La mise en œuvre des contrats locaux de santé peut être l'occasion d'initier une réflexion concertée dans le domaine de la santé mentale dans des zones, notamment urbaines, en difficulté.

Objectif stratégique n° 4 : Contribuer à favoriser l'insertion dans la cité

Réunir les conditions d'un environnement favorable à l'autonomie de personnes souffrant de troubles psychiques nécessite de prendre en compte toutes les dimensions de la vie : éducation, logement, accompagnement social, activités sociales et professionnelles.

Objectif spécifique n° 4.1 : renforcer l'accès territorial à l'éducation des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques et des troubles envahissants du développement (TED)

La scolarisation des enfants atteints de troubles psychiques ou de troubles envahissants du développement en milieu ordinaire s'effectue selon plusieurs modalités :

- la situation de l'enfant lui permet d'être accueilli dans un établissement scolaire en classe ordinaire : c'était le cas de 361 enfants et adolescents à la rentrée scolaire 2009-2010 en Alsace.
- un dispositif adapté de type classe d'intégration scolaire (CLIS)⁴⁵ ou Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)⁴⁶ est nécessaire pour accueillir l'enfant dans un établissement scolaire :

⁴⁵ Les CLIS ont pour vocation d'accueillir des élèves en situation de handicap dans des écoles ordinaires afin de leur permettre de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire.

l'académie dénombrerait, à la rentrée scolaire 2009-2010, 108 CLIS de type 1⁴⁷ (61 dans le Bas-Rhin et 47 dans le Haut-Rhin) et 45 ULIS. Les enfants en CLIS ou en ULIS sont fréquemment accompagnés par un SESSAD. L'Alsace compte à ce titre cinq Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) agréés « Troubles du comportement et de la conduite » (89 places implantés sur le territoire 2 et 16 places sur le territoire 3) et quatre SESSAD « Autisme » (huit places sur le territoire 1, 20 places dans le territoire 2 et 3 places dans le territoire 4).

Dans le cadre du développement de l'offre en région, il conviendra de rechercher un meilleur équilibre géographique des capacités.

Objectif spécifique n° 4.2 : favoriser le développement d'une offre de logements adaptée aux personnes en situation de handicap psychique

La diversité des situations de handicap psychique et de leurs manifestations appelle une souplesse dans les réponses et la mise en place d'une palette de solutions d'hébergement. Les maisons relais, les résidences d'accueil et les baux glissants constituent des alternatives à favoriser.

Objectif spécifique n° 4.3 : faciliter l'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique

L'insertion professionnelle des personnes peut se faire en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Les freins à l'insertion en milieu ordinaire sont nombreux.

Toutefois, l'insertion peut être facilitée par la mise à disposition de services de type Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), Service d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail (SIMOT) dans le Bas-Rhin ou Service d'Accompagnement Vers l'Emploi (SAVE) dans le Haut-Rhin qui accompagnent à la fois la personne et le collectif de travail (proches collaborateurs, directeur des ressources humaines, missions handicap des entreprises).

Lorsque les possibilités de la personne ne lui permettent pas une insertion professionnelle en milieu ordinaire, les Établissements et Services d'Aide par le travail (ESAT) peuvent lui offrir une activité professionnelle adaptée.

L'Alsace compte 162 places d'ESAT agréées « handicap psychique » toutes implantées à Strasbourg mais le nombre des personnes souffrant de handicap psychique accueillies en ESAT est très certainement supérieur et croissant. L'objectif sera de mieux identifier cette population pour adapter la prise en charge dont elle bénéficie.

Enfin, il semble indispensable de pouvoir faciliter le passage rapide entre milieu ordinaire de travail et milieu adapté : cette perméabilité présenterait l'avantage de s'adapter au mieux aux besoins fluctuants des personnes en situation de handicap psychique.

Objectif spécifique n° 4.4 : améliorer l'intégration sociale des personnes dans la cité par le développement d'un accompagnement personnalisé et de formules innovantes de participation des personnes ou de leurs proches aux soins et à la réinsertion (Groupes d'Entraide Mutuelle, pair aidant)

L'accompagnement d'une personne handicapée psychique peut concerner les sphères personnelle (se soigner, faire des courses, préparer des repas...), sociale (organiser une sortie, un rendez-vous...) ou professionnelle (orientation, aide à l'intégration, aménagement de poste...).

Les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) sont des outils pertinents susceptibles de répondre à cette attente. L'Alsace compte deux

⁴⁶ Les ULIS (ex-UPI) sont des structures pédagogiques d'appui à l'intégration scolaire des adolescents en situation de handicap dans l'enseignement secondaire

⁴⁷ Les CLIS de type 1 sont des classes destinées aux élèves dont la situation de handicap procède de troubles des fonctions cognitives ou mentales. En font partie les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole.

SAMSAH agréés Handicap psychique (19 places implantées dans le territoire 4 et 20 places implantées dans le territoire 1). L'extension de ce dispositif sur chacun des territoires de santé doit être envisagée.

Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui offrent aux personnes un lieu où se retrouver, partager des activités et faciliter leur insertion dans la société doivent être confortés.

B.3.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : capacité d'accueil des établissements et services agréés « handicap psychique » ou « troubles du comportement de la conduite »

Indicateur 2 : nombre de professionnels de 1ère ligne formés chaque année sur le thème du repérage précoce des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et les jeunes adultes et des troubles envahissants du développement dans la petite enfance.

Indicateur 3 : proportion d'enfants présentant des troubles psychiques scolarisés en milieu ordinaire.

Indicateur 4 : file active des SAMSAH « handicap psychique ».

Indicateur 5 : pourcentage (file active) des prises en charge psychiatrique respectivement enfant et adultes réalisées en ambulatoire



B.4/ Priorité 9 : Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins

B.4.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

B.4.a/i Etat des lieux

L'état de santé de la population n'est pas homogène sur le territoire régional. Certaines zones du territoire (Strasbourg, Colmar, Mulhouse, et quatre cantons du massif vosgien : La Petite-Pierre, Schirmeck, Saales et Sainte Marie aux Mines) concentrent des indicateurs sanitaires dégradés (surmortalité générale et prématurée élevés), fréquemment corrélés à des indicateurs socio-économiques également défavorables.

Les populations de ces zones bénéficient moins des démarches de prévention, soit qu'elles ne leur sont pas proposées, soit que des facteurs économiques, culturels, sociaux font obstacle à leur accès.

B.4.a/ii Périmètre de la priorité d'action

L'ensemble des actions régionales doit prendre en compte les inégalités de santé et contribuer à les réduire, en visant, d'une part, à développer des actions en santé globale sur certaines parties du territoire, et d'autre part, en portant une attention particulière aux populations qui, pour des motifs sociaux, économiques ou culturels sont particulièrement éloignées de la prévention et du soin.

B.4.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : Améliorer la connaissance et l'observation partagée des inégalités territoriales et sociales de santé

La réduction des inégalités de santé s'appuie sur une connaissance fine de l'expression des besoins et un état des lieux partagé avec les décideurs locaux.

Cette observation partagée permet de créer une dynamique locale favorisant un meilleur accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins de toute la population d'un territoire donné, si nécessaire par un accompagnement renforcé de certains publics vulnérables.

Objectif spécifique n° 1.1 : mesurer les inégalités territoriales et sociales de santé

Il est nécessaire de développer les outils d'étude et d'objectivation des inégalités de santé. Cette démarche peut s'appuyer sur ISSTAL (indicateurs sanitaires et sociaux territoriaux d'Alsace), site Internet réalisé par l'Observatoire régional de la santé d'Alsace, sur la base d'un large partenariat d'organismes producteurs de données, qui met à disposition des acteurs régionaux des indicateurs sur l'état de santé de la population alsacienne et sur ses déterminants selon différents échelons géographiques (communes, cantons, bassins de vie, zones de proximité, arrondissements, districts scolaires, territoires de santé ...).

Elle doit être enrichie par des travaux complémentaires (déjà en cours pour Strasbourg et Mulhouse) menés en proximité notamment au sein des principales agglomérations alsaciennes, pour identifier les inégalités entre quartiers ou territoires.

Elle peut passer également par des enquêtes spécifiques, par exemple sur l'évolution de dépassements d'honoraires, du reste à charge des ménages, le refus de soins et le renoncement aux soins.

Objectif spécifique n° 1.2 : assurer une veille sociale et sanitaire

Cette veille sociale et sanitaire doit prendre appui sur la plateforme santé précarité existante dans le Bas-Rhin et sur les dispositifs équivalents développés à Colmar et Mulhouse, fédérés en réseau régional.

Ce réseau a une fonction d'identification des problématiques sociales et sanitaires non prises en compte par le système de santé, d'alerte des institutions concernées et d'élaboration de solutions opérationnelles.

Objectif stratégique n° 2 : Adapter les politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins aux populations concernées

Objectif spécifique n° 2.1 : promouvoir, par des actions de communication adaptée, des dispositifs de prévention et de promotion de la santé

Il s'agit notamment des dispositifs de dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal.

En effet, ces dispositifs, même gratuits, sont moins utilisés par les personnes les plus défavorisées. Des actions de communication adaptées, comme celle ayant abouti à la création d'une plaquette de présentation des dépistages organisés en sept langues, doivent être encouragées.

Objectif spécifique n° 2.2: simplifier les procédures d'admission au droit commun, en accompagnant plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics

Il s'agit de rendre effectif l'accès aux droits de toute personne en recherchant, notamment avec les organismes de l'assurance maladie, des procédures possibles de simplification des démarches telles que l'accès à la CMU complémentaire ou l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire.

Objectif spécifique n° 2.3 : encourager les actions facilitatrices d'accès à la santé pour les publics vulnérables

Il existe déjà en région certains dispositifs qui permettent de lever les obstacles à l'accès à la santé et qui ont fait la preuve de leur efficacité ; ils doivent être favorisés en imaginant les conditions de leur déploiement dans certaines zones ou pour certains publics d'ores et déjà identifiés dans l'état des lieux. D'autres dispositifs innovants doivent également pouvoir émerger.

A titre d'exemples, peuvent être cités :

- le dispositif d'interprétariat médical (Strasbourg et Mulhouse) qui permet, avec l'accord du patient, au médecin qui le reçoit en consultation, quelle que soit sa spécialité, de bénéficier des services gratuits d'un interprète pour communiquer avec lui (environ 35 langues) ;
- les facilitateurs administratifs mis à disposition par les CPAM du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et par la CRAM Alsace-Moselle, au sein de certaines structures d'hébergement social, pour accompagner et faciliter la constitution des dossiers de demandes de couverture sociale pour leurs résidents aux situations administratives souvent complexes.

De même, les dispositifs spécifiques d'accès aux droits sociaux et à la santé, comme les Permanences d'Accès aux Soins (PASS), qui ont également démontré leur efficacité, doivent être encouragés.

Objectif spécifique n° 2.4 : prendre en compte l'expression de la demande et des besoins des personnes vulnérables elles-mêmes en privilégiant les démarches participatives de type santé communautaire

Pour mieux toucher les populations dans leurs diversités sociales et culturelles, améliorer leur bien-être et répondre à leurs problématiques de santé, les démarches de proximité, intersectorielles, impliquant fortement les personnes elles-mêmes, sont à soutenir et à développer en région avec les communes.

Objectif stratégique n° 3 : Adapter les politiques de santé aux territoires et favoriser leur prise en compte au sein des autres politiques publiques

Une approche décloisonnée de la santé doit être partagée avec les autres acteurs institutionnels en région. Les contrats locaux de santé en sont un des vecteurs privilégiés.

Objectif spécifique n° 3.1: favoriser l'émergence de projets et contrats locaux de santé

Les collectivités territoriales sont des vecteurs essentiels des politiques de santé et de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. Elles ont une connaissance fine des situations locales et bénéficient de relais associatifs auprès des populations les plus défavorisées.

Par ailleurs, les zones du territoire régional qui concentrent les inégalités de santé sont également celles où la densité de médecins, généralistes comme spécialistes, est faible. Il peut en être ainsi pour l'implantation des pharmacies, même si les règles propres aux autorisations d'ouverture d'officines tendent à assurer une meilleure couverture territoriale.

Une attention particulière doit également être portée à la répartition sur le territoire des dispositifs ambulatoires de psychiatrie. Pour réduire les inégalités de santé, les enjeux d'aménagement du territoire de proximité sont donc essentiels.

L'ensemble de ces considérations conduit à conclure des contrats locaux de santé, négociés entre une collectivité et l'agence régionale de santé, mais pouvant associer également les autres services de l'Etat.

Ils constituent un instrument privilégié de conduite de l'action publique en santé pour atteindre l'objectif de réduction des inégalités.

Objectif spécifique n° 3.2: intégrer la santé dans les autres politiques publiques

La lutte contre les inégalités de santé relève, au delà du champ sanitaire, d'actions sur l'environnement, sur les conditions de vie et de travail, sur l'éducation et sur les comportements (prévention primaire et accompagnement), qui modifient les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, l'implication active de l'ensemble des pouvoirs publics (éducation, travail, logement, déplacements et transports, écologie, agriculture, jeunesse, sports et cohésion sociale, culture, justice, économie, recherche, budget...) est à rechercher.

La dimension santé doit ainsi pouvoir être relayée au travers de l'ensemble des dispositifs portés en région par tous les responsables de politiques susceptibles d'avoir une influence sur les situations de santé.

B.4.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : nombre de contrats locaux de santé.

Indicateur 2 : part de la patientèle CMUC pour les spécialistes d'accès direct gynécologues et ophtalmologues.

Indicateur 3 : part des spécialistes d'accès direct (gynécologues, ophtalmologues) qui pratiquent les tarifs opposables.

Indicateur 4 : évolution de la participation des bénéficiaires de la CMU-C au dépistage organisé des trois cancers.

C/ Axe 3 : Favoriser la coordination de la prise en charge autour du patient

C.1/ Priorité 10 : Développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins

C.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

C.1.a/i Etat des lieux

Les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques représentent une part importante et croissante des patients. Leur prise en charge requiert fréquemment des séquences de soins hospitaliers, de soins en médecine ambulatoire et, parfois, de prise en charge médico-sociale.

Conformément au principe d'organisation des soins par niveau de recours, la prise en charge par le professionnel de proximité doit être privilégiée lorsqu'elle est possible. A l'intérieur d'une zone de proximité, l'adressage des patients par les médecins traitants, comme le suivi en aval d'une hospitalisation doivent être facilités. Hors ses murs par ailleurs, l'établissement de santé a vocation à intervenir en appui des professionnels de proximité, notamment par le biais d'équipes mobiles.

C.1.a/ii Périmètre de la priorité d'action

L'objectif d'amélioration de la continuité du parcours de soins implique une meilleure coordination de tous les acteurs de soins (hôpital, médecine de ville et structure médico-sociale) mais aussi une coordination du système de soins avec les acteurs sociaux.

Le médecin traitant est le pivot de cette coordination.

C.1.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : Faciliter l'exercice par le médecin traitant de sa mission de premier recours

L'organisation et la lisibilité du système de soins doivent permettre au médecin traitant :

- de disposer des moyens techniques et d'informations nécessaires à la coordination des soins et à la prise en charge du patient en ambulatoire ;
- d'accéder aux soins spécialisés sans perte de temps ni d'information ;
- de garantir à son patient une prise en charge hospitalière adaptée ;
- de prendre le relais sans rupture à la sortie d'hospitalisation.

Objectif spécifique n° 1.1 : rendre visible et coordonner les ressources en soins mobilisables par le médecin traitant

Les dispositifs de prise en charge des soins de proximité sont nombreux mais leur multiplicité rend l'ensemble complexe et opaque pour les patients ; de nombreuses structures coexistent (SSIAD, réseaux, HAD...) dont le champ d'action et les missions sont mal connus des usagers, chacune disposant de ses propres outils et réalisant à son niveau une coordination partielle autour du patient.

La nécessité de disposer d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR) par territoire est ainsi clairement identifiée.

La prise en charge sociale des populations fragiles, tout particulièrement les personnes âgées, ne peut pour sa part être dissociée de la prise en charge médicale : la continuité du parcours de soins ne peut que reposer sur une continuité de la prise en charge à la fois sociale et sanitaire prenant en compte la globalité de l'environnement du patient (isolement social, ou conjoint âgé, pauvreté...), ce qui implique l'intervention coordonnée d'autres acteurs que les acteurs médicaux et paramédicaux.

L'utilité d'une coordination des interventions à domicile, notamment pour des situations sociales et de soins complexes, est également avérée.⁴⁸

D'autres initiatives peuvent être adoptées pour mieux organiser l'accès aux ressources en soins, telle que la coordination des réseaux de soins intervenant sur un même territoire.

Objectif spécifique n° 1.2 : garantir la continuité de l'accompagnement à domicile, quel que soit l'intervenant

La continuité de l'accompagnement à domicile pèse fortement sur le médecin traitant ou l'infirmier libéral en période de permanence et le week-end, les structures sanitaires ou médico-sociales (SSIAD, équipes mobiles) n'assurant pas systématiquement de continuité de service.

La continuité de l'accompagnement à domicile doit donc dorénavant être prise en compte au travers des règles de fonctionnement de ces structures.

Objectif spécifique n° 1.3 : améliorer l'accès des médecins de ville à un avis spécialisé hospitalier

L'accès aux consultations ne semble pas poser de problème particulier : l'intervention du médecin traitant permet d'obtenir un rendez-vous dans les délais requis.

Mais les conditions d'un accès téléphonique du médecin traitant au médecin spécialiste hospitalier devraient être explicitées. Pourrait être explorée l'hypothèse de permanences téléphoniques en réponse à des besoins d'expertise spécifique (gériatrie, oncologie, soins palliatifs notamment).

Objectif stratégique n° 2 : Rationaliser le parcours de soins du patient, entre ville et hôpital

Objectif spécifique n° 2.1 : réguler le recours aux services des urgences

Le recours aux services des urgences est excessif. Il s'explique par la facilité d'accès, la disponibilité d'un plateau technique complet et l'absence de débours. Les modalités de l'offre de médecine de ville et l'organisation de la permanence de soins influent également sur les comportements des usagers.

La régulation des demandes de soins inopinés doit être une priorité d'action régionale. La population doit être incitée à passer d'abord par les plateformes de régulation, au premier chef les Centres 15. Associer les médecins d'exercice libéral à cette plateforme permet d'améliorer la pertinence des réponses aux demandes de soins non urgents.

L'objectif de diminution des recours inadéquats aux urgences hospitalières passe également par des actions de rapprochement entre l'hôpital et la médecine libérale. Elles peuvent prendre la forme par exemple de maisons médicales de garde positionnées à proximité de services d'urgence.

Objectif spécifique n° 2.2 : organiser la sortie du patient avec les acteurs de soins de proximité

La diminution tendancielle de la durée moyenne de séjour rend indispensable une organisation performante de la sortie d'hospitalisation par les établissements. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées, isolées ou vulnérables.

La sortie est préparée dès l'admission, ce qui suppose le repérage du patient à risque, la connaissance de son environnement (connaissance des intervenants à domicile) et la réalisation d'un bilan social. L'implication forte du service social hospitalier est requise pour impulser la coordination avec le secteur de ville (réseaux, pôles gérontologiques, SSIAD...).

⁴⁸ Cf. partie priorité d'action N°6

Il convient de s'assurer, qu'au sein de chacun des établissements, les outils et l'organisation mis en place, fondés sur l'anticipation et la réactivation des services et professionnels de proximité, permettent d'améliorer les conditions de sortie.

Le délai de transmission des comptes rendus d'hospitalisation au médecin traitant est un indicateur de qualité de la tenue des dossiers patients. Le score mesuré par la Haute autorité de santé situait en 2009 la région Alsace au 3ème rang des régions métropolitaines. Les délais des établissements les moins performants de la région doivent être réduits.

Objectif spécifique n° 2.3 : assurer la continuité de la prescription médicamenteuse

La continuité pharmaceutique n'est pas toujours assurée avec l'amont ou l'aval de l'hospitalisation :

- les informations à l'admission peuvent être incomplètes ou mal communiquées ; or la connaissance des traitements en cours est nécessaire pour une prise en charge en sécurité du patient ;
- la référence au livret du médicament peut amener à prescrire en cours ou en sortie d'hospitalisation d'autres spécialités que celles habituellement prescrites au patient ;
- l'identification du prescripteur hospitalier n'est pas encore réalisée ;
- des problèmes de continuité des soins et de disponibilité des traitements peuvent exister, en lien avec les délais d'approvisionnement des officines, lors des sorties d'hospitalisation en fin de journée.

Afin d'améliorer la continuité pharmaceutique, plusieurs objectifs de travail sont d'ores et déjà identifiés :

- permettre la connaissance par les équipes médicales des traitements que suit un malade qui entre en hospitalisation ; une expérimentation « Med'Rec » est d'ailleurs en cours aux hôpitaux universitaires de Strasbourg sous l'égide de la Haute autorité de santé ;
- faire évoluer la prescription de sortie : lisibilité, identification du prescripteur, prise en compte des spécialités thérapeutiques habituelles du patient nonobstant les contraintes du livret du médicament.

Le dossier pharmaceutique informatisé permet pour sa part aux pharmaciens d'officines de partager des informations sur le traitement des patients quel que soit le prescripteur. Il est un outil de prévention de la iatrogénie. D'ores et déjà en Alsace, 80% des officines ont créé des dossiers. L'objectif doit être de faire connaître et de généraliser l'utilisation du dossier pharmaceutique informatisé afin de sécuriser la continuité du parcours pharmaceutique en attendant son intégration dans le DMP.

Objectif stratégique n° 3 : Organiser la relation entre la ville et l'hôpital et améliorer la circulation de l'information

Objectif spécifique n° 3.1 : conforter les pratiques des dispositifs d'appui à la prise en charge de proximité

Des dispositifs existent pour venir en appui d'une prise en charge par les professionnels de proximité de situations complexes : équipes mobiles de gériatrie, réseaux de santé. Il s'agit de conforter leur mission, par exemple en développant l'intervention en extra hospitalier des équipes mobile de gériatrie.

Objectif spécifique n° 3.2 : garantir une information médicale partagée

Une meilleure circulation de l'information repose sur des outils adaptés, partagés, et sécurisés et sur le déploiement du DMP⁴⁹.

⁴⁹ Cf. partie : Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé (Priorité N°11)

C.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : nombre de dossiers pharmaceutiques ouverts

Indicateur 2 : mise en place du répertoire opérationnel des ressources

Indicateur 3 : pourcentage de services d'établissements de santé ayant mis en place l'identification de la prescription hospitalière

Indicateur 4 : délai de compte rendu d'hospitalisation (cf. indicateurs HAS)

C.2/ Priorité 11 : Faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé

C.2.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

C.2.a/i Etat des lieux

Les systèmes d'information en santé sont un enjeu croissant pour l'organisation du système de santé.

Dans la continuité des stratégies définies antérieurement, l'agence régionale de santé soutient le déploiement des systèmes d'information propres aux établissements de santé.

Elle met en place par ailleurs, par le biais du GCS e-santé, une offre de service à destination des opérateurs de santé de la région. A cette fin et en conformité avec la stratégie définie par l'Agence de systèmes d'information partagés (ASIP), un Espace Numérique Régional de Santé est en cours de développement. Il s'agit d'un portail de service régional dans lequel vont se déployer progressivement l'ensemble des services de la e-santé en région. Cet espace numérique doit se composer de trois grandes familles de services, ayant comme objectif :

- le « savoir » : cet ensemble regroupe des services d'information au grand public sur l'offre de soins régionale, la santé publique et de prévention, mais également une offre en matière d'éducation thérapeutique des patients ;
- le « faire » : il s'agit des services et applications contribuant à une meilleure coordination des soins et visant une meilleure prise en charge territoriale des patients. Le Dossier Médical Personnel, l'orientation des patients entre établissements de MCO et structures de SSR (Trajectoire), ou les applications de la télémédecine sont quelques-uns de ces services ;
- le « décider » : cette offre de services a comme objectif d'apporter une aide à la décision, notamment en cas de gestion de crise, mais également de façon permanente pour adapter l'offre de soins aux besoins. La gestion des risques et de la qualité des soins constitue une autre application possible.

D'autres enjeux peuvent encore être identifiés en rapport avec les systèmes d'information en santé, comme l'aide à la prise en charge des personnes à leur domicile par exemple.

Pour répondre à ces enjeux, l'agence met en place un programme quinquennal d'accompagnement régional afin de faciliter le déploiement de services aux opérateurs de santé et aux patients. La généralisation du dossier médical personnel constitue, dans le cadre de cette stratégie, une priorité.

C.2.a/ii Périmètre de la priorité d'action

Cette priorité d'action est particulièrement structurante, elle a vocation à servir l'ensemble des autres priorités d'action retenues par le présent plan stratégique régional de santé.

Elle comporte quatre objectifs stratégiques : faciliter les coopérations à l'échelle d'un territoire de santé, former et informer, favoriser l'efficacité de gestion des opérateurs de santé et utiliser au mieux les infrastructures régionales et la capacité de recherche en systèmes d'information.

C.2.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : Faciliter les coopérations à l'échelle d'un territoire de santé

Certains outils sont déjà en voie de déploiement, comme Trajectoire, qui doit être étendu à d'autres champs du soin que les soins de suite (HAD, USLD, EHPAD).

Trois dispositifs vont être plus particulièrement le support des coopérations futures dans le domaine du soin. Le premier est le Dossier Médical Personnel national, en relais de l'expérimentation du Dossier Médical régional menée depuis 2006. Le deuxième est le répertoire opérationnel des ressources, système d'information permettant l'organisation des coopérations opérationnelles territoriales. Le troisième, un des chapitres les plus innovants de la coopération sur le territoire, est la télémédecine.

Objectif spécifique n° 1.1 : déployer le Dossier Médical Personnel en région

Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un ensemble de services permettant au patient et aux professionnels de santé autorisés, de partager, sous forme électronique, les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut ainsi centraliser des informations telles que les antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations, ou encore les résultats d'examens complémentaires.

Un des éléments de bon usage du DMP est sa mise en œuvre dans les établissements de santé qui doivent être à même d'assurer la création, l'alimentation et la consultation de dossiers. Cet objectif concerne tous les établissements en région et devra être réalisé avant fin 2012. En associant l'ensemble des professionnels de santé au sein d'un territoire de santé, un usage effectif et un réel bénéfice aux patients et aux professionnels sont assurés. Les médecins généralistes sont la cheville ouvrière de cette diffusion des pratiques, ils doivent être également à même d'assurer la création, l'alimentation et la consultation de DMP. Le dispositif est complété par les laboratoires d'analyse qui doivent être à même d'assurer l'alimentation du DMP ; ils sont avec les médecins spécialistes des contributeurs essentiels du dispositif. A cinq ans, c'est l'ensemble des acteurs qui devra utiliser systématiquement le DMP. Le dossier pharmaceutique informatisé, qui monte en charge en région, a vocation à converger ultérieurement avec le DMP⁵⁰.

L'utilisation du DMP par les établissements médico-sociaux, en alimentation et en consultation par des intervenants autorisés, doit être effective dès 2011 avec une montée en charge progressive de l'ensemble des acteurs.

Par ailleurs de nouveaux chantiers sont ouverts, ils ont pour objet d'intégrer progressivement au DMP de nouveaux services et informations, dans des domaines spécifiques : le Dossier communicant en cancérologie (DCC), les projets de télémédecine, la gestion du cumul de doses en radiologie, le suivi des greffes,...

Ces travaux organisés avec l'Agence des Systèmes d'Informations de santé Partagés servent à définir de nouveaux référentiels d'interopérabilité, comme cela a été fait pour le compte-rendu électronique de biologie fin 2010.

Objectif spécifique n° 1.2 : mettre en œuvre le Répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) est un annuaire de l'ensemble des structures et ressources humaines de santé en région ; il contient des données administratives (établissement juridique et géographique) et organisationnelles (pôles, services, unités fonctionnelles...) et répertorie les ressources médicales, paramédicales et techniques. Il contiendra des informations sur les contacts administratifs et opérationnels (exemple : le SAMU), utiles à la mobilisation de moyens dans un contexte de gestion de crise.

Objectif spécifique n° 1.3 : définir une stratégie régionale pour la télémédecine

La télémédecine fera l'objet d'un des programmes du projet régional de santé élaboré d'ici la fin de l'année 2011.

⁵⁰ Cf. priorité d'action N°10

Les premiers usages repérés sont les suivants:

- la téléconsultation, c'est à dire permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ;
- la télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre les décisions relatives à sa prise en charge ;
- la téléassistance médicale, qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- la télé expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux (mutualisation des astreintes avec l'interprétation à distance des images acquises sur des sites distants, deuxième avis, prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral, ...);
- la télé expertise ou la téléconsultation pour des patients en situation d'isolement (milieu carcéral, ...).

Objectif spécifique n° 1.4 : étendre les systèmes d'information à la prise en charge des patients à domicile

Les systèmes d'information en santé, notamment pour la coordination des différents intervenants auprès d'une même personne, peuvent satisfaire des besoins de télémédecine spécifiques à la prise en charge à domicile.

Par ailleurs, l'accès à certains outils d'une bonne prise en charge, développés pour être utilisés d'abord sur les lieux de soins, doivent pouvoir être également accessibles du domicile (ex : DMP).

La mise en place de systèmes d'information adaptés s'inscrit dans le cadre des travaux de l'Agence des Systèmes d'Informations de santé Partagés portant sur la définition de l'architecture et des conditions de mise en œuvre d'une plate-forme de services spécifique.

Objectif stratégique n° 2 : Mettre les systèmes d'information en santé au service de l'information du public et de la formation des professionnels

L'information du public, l'information et la formation des professionnels de santé sont importants pour assurer la mise en œuvre de l'ensemble des priorités d'action en région.

Les moyens techniques apportés par le GCS eSanté Alsace, tels que l'Espace Numérique Régional de Santé ou des outils de formation en ligne sont le support de cet objectif. Le contenu en sera défini par des comités « ad hoc » coordonnés par le GCS eSanté Alsace ou par des professionnels ou des établissements.

Objectif spécifique n° 2.1 : informer le public

Un portail accessible au grand-public aura pour fonction d'informer les citoyens sur l'organisation régionale de l'offre de soins et les sujets de santé publique.

Il est également envisagé de développer un service spécifique d'éducation thérapeutique accessible à partir de ce portail.

Objectif spécifique n° 2.2 : former et informer les professionnels

L'Espace Numérique Régional de Santé Alsace a vocation à mettre à disposition des professionnels un ensemble de services d'information, d'applications collaboratives, de communication et d'applications spécialisées.

Des espaces de partage de documents, des outils collaboratifs ou des outils de web conférence devront être disponibles pour l'ensemble des professionnels de santé régionaux.

Il est également prévu la mise en œuvre d'outils favorisant le partage de référentiels (protocoles médicaux, bases de données, veille documentaire) organisés par communautés de pratiques.

Le portail régional devra proposer en outre des services en matière de formation.

Un premier niveau de service pourra être assuré en répertoriant les contenus et programmes de formation disponibles en région (Université, organismes de formation professionnelle...) ou auprès d'organismes de formation spécialisés nationaux ou européens dans le secteur de la santé ou médico-social. Un deuxième niveau consisterait à mettre en ligne des modules de formation spécifiques, accessibles à tout professionnel habilité.

Objectif stratégique n° 3 : Favoriser l'efficacité de la gestion des opérateurs de santé

Le schéma directeur des systèmes d'information, le SROS et le plan Hôpital 2012 ont contribué à développer les systèmes d'information médicaux (dossier patient, gestion des soins, gestion des plateaux médico-techniques d'imagerie et d'exploration fonctionnelle, prescriptions connectées, organisation du circuit du médicament, gestion des flux dans les services d'urgences, gestion des blocs opératoires).

Cette action doit se poursuivre en élargissant le champ d'intervention à tout le secteur de la santé et en approfondissant les travaux engagés avec la mise en œuvre des référentiels nationaux et en particulier la DMP-compatibilité.

Objectif spécifique n° 3.1 : achever le déploiement des systèmes d'information hospitaliers et s'assurer de l'interopérabilité des dispositifs

L'objectif doit être d'achever l'informatisation de l'ensemble des services de production de soins des hôpitaux dans les trois ans, en relation avec le DMP national et dans le respect des référentiels de l'Agence des Systèmes d'Informations de Santé Partagés (Asip Santé) : cadre d'Interopérabilité des systèmes d'information de Santé (CI-SIS), DMP compatibilité, référentiel de sécurité, interopérabilité en biologie, Identifiant National de Santé (INS),....

Cette phase est un préalable indispensable au développement des projets régionaux de télémédecine qui s'appuieront sur des établissements pilotes.

Un pré-requis à la mise en œuvre de ces objectifs est la sécurité des systèmes d'information des établissements gérant des données de santé. Elle comporte trois volets, la politique de sécurité, la conformité au décret confidentialité, la conformité au décret hébergement de données de santé.

Objectif spécifique n° 3.2 : répondre aux besoins en système d'information des établissements médico-sociaux

Quatre principaux domaines sont identifiés à ce jour :

- la bureautique de santé qui permet de rédiger des documents en capacité d'être intégrés dans le DMP ;
- les dossiers résidents ou de soins qui contiennent un volet médical ou médico-social ; le dossier médical devra être interopérable avec le DMP ;
- les outils d'échanges d'information avec l'agence régionale de santé dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques ;
- l'accès aux outils collaboratifs mutualisés et à terme les services de télémédecine ;
- Les établissements médicosociaux intégreront le GCS eSanté qui sera en charge de définir et d'accompagner la stratégie de déploiement des systèmes d'information de ce secteur.

Objectif stratégique n° 4 : Prendre appui sur l'infrastructure régionale des systèmes d'information et contribuer au développement de la recherche

Cet objectif vise à garantir, aux meilleures conditions, la connexion aux infrastructures nécessaires à la circulation de l'information. Il contribue à promouvoir des actions de recherche dans le domaine des systèmes d'information en santé.

Objectif spécifique n° 4.1 : utiliser au mieux les moyens de communications et les infrastructures en région

La région est une des mieux desservies en réseaux sans fil, en haut-débit et en très haut-débit : 66% des foyers alsaciens sont raccordables au réseau câblé et 100% des foyers ont accès au haut débit. Il faut toutefois s'assurer que chaque projet aura à disposition les infrastructures dont il a besoin, y compris dans les cas nécessitant une fiabilité d'utilisation maximale. Le GCS eSanté Alsace sera chargé de négocier à cette fin avec les opérateurs régionaux d'infrastructures de télécommunication.

Par ailleurs, grâce aux initiatives publiques en région, de nombreux équipements de proximité ont été réalisés, qui devaient pouvoir servir de vecteurs et d'interfaces avec le public à des fins pédagogiques, de prévention et d'information. Il s'agit notamment des « Cyberbases » ou de l'Espace Numérique de Travail, déployé dans tous les collèges et lycées de la région. L'agence aura à engager une concertation à ce sujet avec les collectivités gestionnaires de ces équipements.

Objectif spécifique n° 4.2 : soutenir les actions de recherche et de développement en systèmes d'information en santé

Les champs visés sont par exemple ceux de l'hôpital numérique, des nouveaux outils de télémédecine, des technologies numériques dédiées à l'amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques ou dépendantes.

En partenariat avec la Région Alsace, ou des organismes comme OSEO ou le pôle de compétitivité, l'agence régionale de santé pourra contribuer à identifier les projets innovants en matière de système d'information en santé, leur trouver un champ d'expérimentation et encourager les établissements à y participer.

C.2.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : nombre de DMP ouverts

Indicateur 2 : nombre de DMP alimentés

Indicateur 3 : nombre d'établissements ayant un SIH DMP-compatible

Indicateur 4 : nombre de projets de télémédecine et d'établissements participants

Indicateur 5 : nombre de visiteurs de l'espace numérique régional de santé

Indicateur 6 : nombre d'établissements ayant un SIH totalement déployé

D/ Axe 4 : Viser l'excellence du système de santé en Alsace

D.1/ Priorité 12 : Poursuivre l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques

D.1.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

D.1.a/i Etat des lieux

Plusieurs dispositifs nationaux concourent aujourd'hui au développement de la qualité et de la gestion des risques dans le secteur des établissements de santé (certification, indicateurs qualité, commission de relations avec les usagers, bonnes pratiques...) et dans le secteur médico-social (recommandations de bonnes pratiques, évaluations ...).

La région Alsace est, pour la plupart des indicateurs mesurant la qualité, bien positionnée par rapport à la moyenne nationale. Néanmoins, la recherche de la qualité est un processus permanent et un certain nombre de pistes d'amélioration ont pu être identifiées, communes aux secteurs sanitaire et médico-social : elles portent notamment sur la connaissance et l'évaluation des risques a priori et a posteriori, la gestion des événements indésirables, le circuit du médicament, la prise en charge de la douleur, les dispositifs de vigilances, les urgences, l'exposition aux rayons ionisants, la promotion de la bientraitance ou la mesure de la satisfaction des usagers.

Concernant l'exercice en cabinet, peu d'éléments d'état des lieux et d'évaluation des pratiques sont disponibles. Des actions d'amélioration de la qualité ont été menées en région ; elles relèvent toutes d'initiatives locales (évaluation des pratiques professionnelles (EPP), prévention de la polymédication chez les personnes âgées, création d'environ dix groupes de pairs ou cercles de qualité dans la région).

La Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » prévoit la mise en place du développement professionnel continu qui inclut l'évaluation des pratiques professionnelles.

D.1.a/ii Périmètre de la priorité d'action

Trois axes prioritaires d'action ont été retenus, parce qu'ils sont pertinents dans les trois secteurs du soin (hospitalier, médico-social et ville), qu'ils correspondent à des priorités nationales et qu'ils peuvent donner lieu à réalisation dans le délai de mise en œuvre du projet régional de santé :

- les événements indésirables ;
- la bientraitance et la lutte contre la douleur ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation.

D.1.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : Développer la déclaration et l'exploitation des événements indésirables

La déclaration et la revue des événements indésirables sont un des leviers d'action permettant d'améliorer la qualité et la gestion des risques. Elles fédèrent les professionnels de santé d'un service, d'une structure ou d'un groupe de pairs autour d'une situation particulière. L'analyse des causes racines est l'occasion d'un échange sur les pratiques et a pour objet d'aboutir à la mise en place d'actions préventives et correctives partagées.

Le retour d'expériences au niveau local, voire régional, favorise le partage des informations et des recommandations. Il participe ainsi au développement d'une culture qualité et de gestion des risques.

Objectif spécifique n° 1.1 : favoriser la déclaration des événements indésirables dans les trois secteurs, hospitalier, médico-social et libéral

Dans le secteur sanitaire, la déclaration des événements indésirables est en partie encadrée réglementairement. Elle n'est pas encore suffisamment intégrée à la pratique quotidienne des professionnels et justifie une implication forte de la direction de l'établissement. La réflexion institutionnelle devra porter sur la protection du déclarant, les actions de communication interne (entre professionnels et envers l'utilisateur ou la famille) et, le cas échéant, les modalités de communication externe.

L'adhésion aux dispositifs d'accréditation, notamment dans les spécialités dites « à risque » doit être encouragée.

Une réflexion relative à la déclaration des événements indésirables, doit également être développée dans les secteurs médico-social et de la médecine de ville, en prenant en compte les spécificités propres à ces secteurs.

Objectif spécifique n° 1.2 : développer des outils de gestion des événements indésirables et assurer leur diffusion

Le développement d'outils et de supports communs de gestion des événements indésirables (fiche de déclaration type, méthodologie d'analyse des causes racines...) permettrait aux professionnels de s'approprier la culture de la déclaration, de faciliter sa mise en œuvre ainsi que sa gestion.

Objectif spécifique n° 1.3 : organiser le partage et le retour d'expériences

La connaissance des événements indésirables, leur gestion par les professionnels concernés et la mise en place d'actions d'amélioration sont des éléments propres à favoriser une meilleure connaissance et appréhension, par les professionnels, des risques potentiels. Ils participent ainsi au développement d'une culture de la gestion des risques.

Ce partage et ce retour d'expériences pourraient prendre la forme de réunions d'échanges, d'accès à un système d'information partagé et de la définition d'une cartographie des risques.

A l'échelon régional, il revient aux réseaux de santé d'organiser l'analyse des situations à risque et les moyens de les prévenir par une diffusion des bonnes pratiques professionnelles.

Objectif stratégique n° 2 : Promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation

L'évaluation des pratiques professionnelles permet aux acteurs de se confronter aux référentiels et aux recommandations de bonnes pratiques élaborés par les agences nationales et les sociétés savantes (grilles d'évaluation, audits, revues de morbi-mortalité...). Elle a pour objet de dégager des axes d'amélioration et d'identifier des thèmes à intégrer ou à développer dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé.

Objectif spécifique n° 2.1 : élaborer des protocoles d'évaluation des pratiques professionnelles régionaux et assurer leur diffusion

Un état des lieux précis des protocoles déjà mis en place dans le secteur sanitaire et des actions préventives et correctives développées reste à établir.

Des thématiques partagées par l'ensemble des acteurs seront identifiées, en lien avec les priorités régionales d'action en santé ; à titre d'exemple :

- les chutes ;
- le circuit du médicament : prescription, erreur médicamenteuse ;
- la prévention des ré-hospitalisations.

L'élaboration de grilles d'évaluation s'appuiera sur un recensement de l'existant (protocoles déjà élaborés par un groupe de pairs...) et sur une analyse de la littérature.

La constitution d'une cellule régionale d'appui méthodologique à l'évaluation des pratiques professionnelles pourrait impulser cette démarche.

Objectif spécifique n° 2.2 : suivre les établissements médico-sociaux dans la mise en œuvre des évaluations internes et externes réglementaires

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale met en place un mécanisme de renouvellement des autorisations accordées à l'ensemble des établissements médico-sociaux tous les 15 ans ainsi qu'un processus d'évaluation très complet.

Des recommandations de bonnes pratiques, développées notamment par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), permettent de déterminer les critères sur lesquels ces évaluations internes et externes doivent être réalisées.

Les établissements médico-sociaux dont l'autorisation arrive à échéance en 2017 doivent avoir réalisé une évaluation interne au plus tard au 31 décembre 2013 et une évaluation externe au plus tard au 31 décembre 2014.

Il appartient à l'agence de veiller au respect de cette obligation par les établissements et plus encore de les inciter à anticiper cette échéance, de repérer les difficultés éventuelles et d'identifier les référentiels utilisés ainsi que les programmes d'amélioration de la qualité développés à la suite des évaluations internes.

Objectif stratégique n° 3 : Conforter le développement de la bientraitance et de la lutte contre la douleur

La maltraitance a été définie par le Conseil de l'Europe comme « tout acte ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable ».

La culture de la bientraitance vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Elle est au cœur des politiques publiques et des dispositifs d'évaluation et d'amélioration visant le secteur médico-social. Dans le milieu hospitalier, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ont été introduites dans la certification HAS-V2010.

La lutte contre la douleur constitue une des formes de la bientraitance.

Objectif spécifique n° 3.1 : mutualiser les instances existantes dans le secteur sanitaire avec le secteur médico-social en matière de lutte contre la douleur

Les comités de lutte contre la douleur mis en place depuis plusieurs années dans les établissements de santé ont prouvé leur efficacité. Ces dispositifs ne pouvant être dupliqués à l'identique dans le secteur médico-social, il pourrait être envisagé que ces instances puissent être mutualisées entre plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux.

Objectif spécifique n° 3.2 : promouvoir les outils existants en matière de formation

Le programme de formation « MobiQual » est porté par la société française de gériatrie et de gérontologie et promu dans le cadre des mesures en faveur de la bientraitance des personnes âgées en établissement. Les thématiques de la bientraitance et de la douleur font partie intégrante de ce programme de formation.

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées du Haut-Rhin ont intégré dès 2008 l'utilisation de ce dispositif dans un programme de formation des équipes. Il convient désormais d'envisager son extension au secteur du handicap. Dans le Bas-Rhin, la diffusion des programmes de formation existants reste à organiser.

Objectif spécifique n° 3.3 : définir un programme pluriannuel d'actions en matière de bientraitance

L'agence régionale de santé instaurera un programme régional annuel comportant un nombre réduit d'actions d'amélioration à conduire par l'ensemble des structures et sera accompagné d'un dispositif d'évaluation.

Objectif spécifique n° 3.4 : engager une réflexion régionale pluri-professionnelle sur la notion de maltraitance envers les soignants et les aidants

Les usagers ne sont pas les seules victimes d'actes de maltraitance. La violence, qu'elle soit verbale ou physique, peut être également le fait d'usagers envers des professionnels de santé ou vis-à-vis des aidants.

Cette question, peu identifiée et complexe, devra également faire l'objet d'une réflexion régionale associant les acteurs du système de santé qu'ils soient professionnels, usagers, bénévoles ou aidants familiaux.

Objectif stratégique n° 4 : Mettre en place un observatoire régional de la qualité et de la gestion des risques communs à l'ensemble des secteurs

Afin de porter la politique régionale en matière de qualité et de gestion des risques ainsi définie dans le cadre du plan stratégique régional de santé, le périmètre de l'observatoire de la qualité du dispositif hospitalier sera étendu, pour couvrir l'ensemble du champ de compétence de l'agence régionale de santé.

Il s'inscrira également dans la continuité des travaux menés par la coordination régionale des vigilances.

D.1.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : pourcentage d'événements indésirables déclarés ayant fait l'objet d'une analyse des causes racines.

Indicateur 2 : taux d'évolution des établissements médico-sociaux engagés dans une démarche d'évaluation externe.

Indicateur 3 : taux d'évolution des professionnels médicaux engagés dans la démarche d'accréditation pour les activités à risque.

Indicateur 4 : pourcentage d'établissements médico-sociaux utilisant un programme pour la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la douleur (exemple MobiQual) et nombre de personnels nouvellement formés.

D.2/ Priorité 13 : Promouvoir un recours efficient aux soins

D.2.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

D.1.a/i Etat des lieux

L'efficience dans le domaine de la santé s'appréhende sous une double dimension qualitative et économique : les deux champs sont indissociables.

Cette double exigence doit être portée dans tous les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, de la prévention aux soins et au secteur médico-social. Il s'agit de rechercher et de développer les modes d'organisation ou les pratiques qui sont porteurs à la fois d'une qualité égale ou accrue du soin et d'une moindre dépense pour la solidarité nationale.

D.1.a/ii Périmètre

Au regard du champ à explorer, le périmètre de l'action a été circonscrit au seul secteur hospitalier. Le repérage de prise en charge potentiellement inefficientes s'appuie sur l'observation et l'analyse des pratiques qui présentent des atypies par rapport aux moyennes régionales ou nationales. Dans le contexte alsacien, trois types d'atypies dans les modes de prise en charge des patients ont émergé prioritairement :

- des durées de séjours en hospitalisation complète dans les établissements de court séjour plus élevées que la moyenne nationale ;
- un développement insuffisant des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète ;
- des taux de recours aux soins hospitaliers, notamment chirurgicaux, supérieurs à la moyenne nationale.

D.2.b/ Déclinaison de la priorité

Objectif stratégique n° 1 : Optimiser la durée de prise en charge hospitalière

Objectif spécifique n° 1.1 : mieux organiser et anticiper l'admission des patients

L'agence s'attachera, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens négociés avec les établissements de santé, à favoriser une bonne programmation des séjours, en se fondant notamment sur les travaux de la MEAH (guide de gestion des lits).

Ces travaux ont montré par exemple que la mise en place d'un numéro dédié aux praticiens libéraux leur permettant d'entrer en contact facilement avec un praticien d'un établissement de santé pour préparer conjointement le séjour d'un patient avait un impact favorable sur l'organisation globale d'un établissement. Il conviendra d'étudier avec les établissements la faisabilité d'une telle mesure, en fonction des situations locales.

Des outils d'orientation du patient, à l'image de la plateforme « Trajectoire »⁵¹, ont également démontré tout leur intérêt et la généralisation de leur utilisation sera encouragée.

⁵¹ Cf. priorité d'action N°11

Objectif spécifique n° 1.2 : organiser le parcours de soins intra hospitalier

La mise en place d'un agenda-patient, organisant de façon anticipée le déroulement d'un séjour d'un patient, de sa date d'arrivée à sa sortie en prévoyant le séquençage des soins délivrés par les services soignants ou médico-techniques, doit être encouragé dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens négociés par l'agence avec les établissements de santé.

Un point de vigilance, contribuant particulièrement à l'allongement des séjours, doit porter sur les délais d'accès aux plateaux techniques d'imagerie et de laboratoires notamment. Quand ces derniers sont trop longs, des actions de contractualisation devront être développées afin de garantir des délais d'accès acceptables entre les établissements et/ou services d'hospitalisation et les établissements et/ou services disposant de plateaux techniques.

Objectif spécifique n° 1.3 : organiser la sortie du patient avec les acteurs de proximité

Cet objectif est traité dans la partie consacrée à la priorité d'action N° 10.

Objectif stratégique n° 2 : Promouvoir le recours aux alternatives à l'hospitalisation, notamment à la chirurgie ambulatoire

Les alternatives à l'hospitalisation complète, privilégiées dans de nombreux pays, garantissent, lorsqu'elles sont déployées sur la base de référentiels de bonnes pratiques reconnus, la qualité des soins aux patients (moindre exposition aux infections associées aux soins) tout en favorisant l'autonomie des personnes. Les enquêtes de satisfaction démontrent l'adhésion forte des patients à ce mode de prise en charge.

Dans le domaine de la chirurgie particulièrement, la France reste en retrait dans le déploiement de l'ambulatoire comme mode de prise en charge chirurgicale principal. Malgré d'importants progrès réalisés depuis 2005, le taux de recours régional est proche de la moyenne nationale et des disparités importantes entre établissements sont observées.

L'orientation vers les prises en charge ambulatoires peut concerner tous les secteurs de prises en charge hospitalières. Toutefois, les recommandations nationales les plus abouties concernent le recours à la chirurgie ambulatoire, sous l'impulsion de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé médico-sociaux (ANAP).

Objectif spécifique n° 2.1 : développer l'hospitalisation de jour en médecine et en soins de suite lorsqu'elle est pertinente

L'hospitalisation de jour en médecine correspond à la réalisation, au cours de la même journée, de plusieurs examens (y compris d'imagerie s'ils sont programmés dans le cadre de l'hospitalisation de jour, mais à l'exclusion des examens biologiques) par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, et donne lieu à une synthèse diagnostique ou thérapeutique, au moins provisoire, réalisée par un médecin.

En SSR, l'hospitalisation de jour peut également correspondre à des soins itératifs et/ou de réévaluation et d'ajustement des thérapies.

Ce mode d'hospitalisation peut être un des outils d'optimisation des performances en limitant la durée de séjour et doit, dans ce contexte, être favorisé.

Objectif spécifique n° 2.2 : poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire

L'objectif principal est de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, une démarche d'animation régionale doit être poursuivie, en associant établissements et communautés médicales.

La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire pourra se faire grâce à plusieurs leviers :

- la promotion de la chirurgie ambulatoire auprès des chirurgiens, des médecins libéraux prescripteurs et l'accompagnement des établissements ; le partage d'expériences portées par d'autres régions, dans certaines disciplines chirurgicales encore assez peu investies en Alsace (chirurgie digestive, phlébologie, urologie, etc.) ;
- la promotion des bonnes pratiques (Guide et travaux ANAP, Haute autorité de santé, AFCA) ;
- la contractualisation avec les établissements ;
- la poursuite de la mise sous accord préalable pour certains gestes marqueurs.

Pour être pleinement efficiente, la chirurgie ambulatoire doit reposer sur des protocoles et des procédures de prise en charge validées de façon multidisciplinaire (chirurgien, anesthésiste, etc.). Il en est ainsi des expériences réussies de chirurgie ambulatoire appliquée à des actes complexes (chirurgie bariatrique, cholécystectomies, autres chirurgies digestives).

La formalisation d'unités individualisées d'anesthésie et chirurgie ambulatoire dans les établissements destinées à l'accueil de ces prises en charge doit être encouragée.

Objectif stratégique n° 3 : Améliorer l'adéquation des prises en charge

Le taux de recours alsacien aux actes chirurgicaux est supérieur au taux national de + 11,74% (méthodologie ministérielle de calcul portant sur le recours à vingt actes chirurgicaux spécifiques par rapport à la population de 2007, ratios calculés après standardisation).

Parmi ces vingt actes chirurgicaux, ceux pour lesquels le taux de recours alsacien est particulièrement atypique sont les suivants : remplacement de la valve aortique (+ 66% par rapport à la moyenne nationale), chirurgie d'un anévrisme aortique (+ 50%), pancréatectomies (+ 44%), prothèses totales de genou (+ 46%), chirurgie du canal carpien (+ 60%), appendicectomies (- 16%). On observe également des disparités de taux de recours intra-régionales, notamment dans le domaine de la cardiologie interventionnelle⁵².

L'évolution des pratiques ne peut être portée qu'en concertation avec la communauté médicale en région.

Les principales disparités de taux de recours observées en Alsace feront l'objet d'études complémentaires en concertation avec les professionnels (prothèse du genou, cardiologie interventionnelle).

D.2.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : durée moyenne de séjour (DMS) HC Médecine, HC Chirurgie et HC SSR.

Indicateur 2 : indice de performance de la DMS (IP-DMS MCO).

Indicateur 3 : taux de recours à la chirurgie ambulatoire.

Indicateur 4 : taux de ré-hospitalisation après prise en charge ambulatoire.

Indicateur 5 : taux de recours à la chirurgie pour vingt actes spécifiques.

⁵² Études du service médical de l'assurance maladie sur les données 2007 et 2008



D.3/ Priorité 14 : Anticiper dans l'organisation des soins les évolutions de la démographie et des modes d'exercice des professionnels de santé

D.3.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

D.1.a/i Etat des lieux

L'Alsace est dans une situation démographique globalement plus favorable que le reste du territoire national et sensiblement plus favorable que les régions immédiatement voisines.

La densité de médecins généralistes y est comparable à la moyenne nationale. En revanche, la densité de médecins spécialistes y est supérieure de quinze points (189 pour 100 000 habitants contre 174). Le différentiel positif s'observe en particulier dans des spécialités comme la cardiologie, la gynécologie-obstétrique, la radiologie, l'anesthésie réanimation et la chirurgie.

La moyenne régionale cache toutefois des disparités territoriales relativement importantes. De façon générale, un gradient Nord/Sud prononcé est observé, la densité de professionnels étant plus faible dans le sud de la région. S'agissant de la médecine générale, la densité est fortement variable selon les cantons.

La densité des autres professions de santé d'exercice libéral de premier recours est plus importante que la moyenne nationale s'agissant des chirurgiens dentistes, mais significativement plus faible s'agissant des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers.

L'Alsace comme le reste du territoire français va connaître au cours des prochaines années une diminution du nombre des médecins en exercice sur le territoire régional. Compte tenu d'une population qui continuera à croître, la densité de médecins rapportée au nombre d'habitants diminuera plus rapidement encore. Selon les projections réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et sous réserve des hypothèses retenues, l'Alsace connaîtrait une diminution de la densité de médecins de l'ordre de 17% d'ici 2020. Ce constat combine deux phénomènes : une baisse du nombre de médecins, toutes spécialités confondues, de 10% et une augmentation concomitante de la population de 8%. Dans le même temps, les personnes âgées, qui nécessitent davantage de soins, seront nettement plus nombreuses : selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), un alsacien sur quatre aura plus de 60 ans en 2020 (un sur cinq aujourd'hui). D'ici à 2020, le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans aura augmenté de 50%.

L'effectif de généralistes resterait stable à 3 000 praticiens. Toutefois, cette stabilité apparente des effectifs disponibles masque le risque d'une diminution importante du nombre des médecins généralistes installés en libéral. Le nombre de spécialistes diminuerait de plus de 600 praticiens. Toutes les spécialités ne sont pas concernées. Une analyse détaillée prolongeant la répartition des postes d'internes opérée en 2010 laisse apparaître des perspectives de diminution importante pour l'ophtalmologie, la médecine physique et de réadaptation et l'imagerie médicale.

Il est également nécessaire de prendre en compte la sur-spécialisation croissante des praticiens nouvellement formés, qui influe sur l'organisation de la permanence de soins et se traduit par un attrait accru pour les établissements offrant une masse critique de professionnels importante.

Au-delà des projections quantitatives, il convient de prendre en compte, pour l'évaluation de la couverture médicale de la population, l'évolution des modes d'exercice et du temps de travail des jeunes médecins.

Enfin, le risque est important que l'évolution du nombre de médecins ne conduise à accroître les écarts d'ores et déjà existant au sein de la région.

D.1.a/ii Périmètre

La priorité d'action vise essentiellement à anticiper et tirer les conséquences de l'évolution de la démographie des médecins, qui va connaître une évolution négative au cours des prochaines années, évolution par ailleurs non réversible à court terme.

D.3.b/ Déclinaison de la priorité

Objectif stratégique n° 1 : Mieux anticiper les évolutions démographiques à venir et les besoins en professionnels de santé et renforcer la capacité d'analyse en région

Objectif spécifique n° 1.1 : établir le consensus régional sur l'évolution de la démographie des professions de santé et des besoins en professionnels

La démographie des professionnels de santé en région dépend de facteurs multiples : au premier chef des effectifs en formation, dont la fixation relève de l'échelon national, mais aussi de l'âge et des conditions de cessation d'activité. L'évolution des modes d'exercice (salarié/libéral) est un paramètre essentiel notamment pour l'exercice de la médecine libérale, de même que l'évolution sociologique du corps médical. La complexité de l'analyse impose un travail partenarial de l'ensemble des institutions concernées : Faculté de médecine, Ordre des médecins, Conseil régional, Unions Régionales des professions de santé (URPS), établissements de santé (directions et communautés médicales), établissements médico-sociaux, représentants des internes et de l'agence régionale de santé. Ce travail peut être effectué dans le cadre permanent du comité régional de l'observatoire national des professions de santé.

Le travail prospectif doit concerner l'ensemble de l'offre en professionnels de santé et prendre en compte les besoins particuliers du secteur médico-social. Il doit porter sur l'évolution prévisionnelle des effectifs, ainsi que sur les besoins en professionnels, par discipline, et sur leur répartition sur le territoire régional.

Objectif spécifique n° 1.2 : faire évoluer la répartition des postes d'internes en médecine ouverts à l'examen classant national pour prendre en compte les besoins prioritaires en formation

Le travail d'analyse en région doit conduire à orienter les flux de formation des futurs médecins et proposer des modifications dans la répartition des postes offerts à l'examen classant national en faveur des spécialités où les besoins régionaux sont les plus importants.

Objectif stratégique n° 2 : Favoriser l'installation des praticiens et leur bonne répartition sur le territoire

Les postes offerts à l'examen classant national dans la subdivision de Strasbourg sont tous choisis par les étudiants, en médecine générale comme dans les autres spécialités. Toutefois la capacité de la région à retenir ses étudiants est jusqu'à présent bonne (70% des médecins généralistes / spécialistes installés ont fait leurs études à la Faculté de Strasbourg). Il faut remarquer, dans le contexte de l'examen classant national, que le taux des internes précédemment étudiants à la faculté de médecine de Strasbourg est seulement de l'ordre de 50 à 55%. Le taux d'internes originaire de l'union Européenne, peu susceptibles de s'installer, a récemment augmenté ; il est de l'ordre de 10% pour les internes en médecine générale.

Par ailleurs, s'agissant spécifiquement de la médecine générale, l'écart entre le nombre d'étudiants formés+++* et le nombre de praticiens qui s'installent est important. A cet égard, en Alsace, la même évolution quant à l'installation de médecins généralistes que sur le reste du territoire est constatée. Un interne en médecine générale seulement sur dix s'installe au sortir des études, quatre sur dix choisissent d'être remplaçants, cinq s'orientent vers une médecine salariée. L'installation en cabinet est tardive : l'âge d'installation est de l'ordre de 39 ans. En dépit du nombre important de médecins formés ou en cours de formation, le remplacement des médecins généralistes qui cesseront leur activité dans les prochaines années n'est donc pas garanti, tout comme leur juste répartition sur l'ensemble du territoire.

Préserver l'attractivité de la région et une démographie médicale favorable, conserver un accès facile de la population au médecin sur l'ensemble du territoire (vallées vosgiennes, certains quartiers des agglomérations strasbourgeoise ou mulhousienne) sont des enjeux stratégiques importants.

Objectif spécifique n° 2.1 : garantir une bonne répartition des terrains de stage sur l'ensemble du territoire et améliorer les conditions de stage

Les conditions de stage ont une incidence importante dans le choix du lieu d'exercice ultérieur, en tant que remplaçant ou installé : les étudiants en médecine s'installent plus volontiers dans des parties du territoire qu'ils connaissent.

L'organisation des stages de médecine générale de 2^{ème} cycle a été réformée pour passer à un stage temps plein, facilitant l'accueil d'étudiants hors de la périphérie strasbourgeoise. Le nombre de médecins généralistes maîtres de stage (2^{ème} et 3^{ème} cycles) est en augmentation mais leur répartition est inégale sur le territoire. Le nombre de maîtres de stage doit continuer à progresser, notamment dans les zones démographiquement les plus fragiles.

Pour les spécialités autres que la médecine générale, les terrains de stages se situent pour l'essentiel (70% environ) dans les services du centre hospitalier universitaire. Cette proportion est encore plus importante à la fin de l'internat ; elle est également variable selon les spécialités. La proportion des stages de spécialité dans le sud de la région est faible, sans explication évidente. La répartition des terrains de stage doit servir à renforcer l'orientation des internes vers les territoires ou les établissements les moins attractifs (territoire 1 et 4 en particulier).

Il convient également de s'attacher à lever les obstacles matériels (logement et transport) handicapant la réalisation de stages dans des lieux éloignés de Strasbourg.

Objectif spécifique n° 2.2 : faciliter l'installation

Il n'existe pas en Alsace de lieu structuré de conseil et de suivi des praticiens qui souhaitent s'installer, alors que l'installation en exercice libéral est jugée dissuasive par un nombre important de jeunes médecins.

Les services relations avec les professionnels de santé (RPS) des CPAM présentent aux internes en médecine, dans le cadre du parcours client « médecins » mis en œuvre par l'Assurance maladie, les outils d'aide à l'installation, à savoir Cartosanté et Cartosanté-pro (étude de marché sur un lieu bien précis). Les professionnels qui souhaitent s'installer peuvent à tout moment contacter ces services afin de bénéficier d'un rendez-vous pour une étude de marché. Dans les faits, peu de médecins font cette démarche, contrairement aux professionnels paramédicaux et notamment infirmiers, dont l'installation est régulée.

La Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » donne mission aux agences régionales de santé de créer un « guichet unique », susceptible de guider et conseiller les candidats à l'installation, de centraliser l'information sur les aides disponibles et sur les différentes formules de collaboration, etc. Cette cellule ne peut être que partenariale, associant les institutions qui, représentant les professionnels, assument déjà en partie ce travail de conseil (Ordre, URML) et l'assurance maladie. A l'instar de ce qui existe par exemple en Franche Comté, l'appui institutionnel à l'installation pourrait être développé dès la phase d'internat. Un frein fréquemment identifié à l'installation étant l'importance de la contrainte administrative, cette cellule se fixera également comme objectif de contribuer à alléger cette charge.

L'organisation de la permanence de soins en ambulatoire, si elle doit tenir compte d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, doit également garantir une réponse médicale adaptée aux besoins de soins de la population ; elle ne peut évoluer qu'en concertation étroite avec les établissements de santé.

Objectif spécifique n° 2.3 : orienter les installations vers les zones du territoire les plus déficitaires

Les contrats d'engagement de service public, créés par la loi du 21 juillet 2009, sont encore peu développés (quatre signés en région Alsace en 2010, premier exercice). Ce nombre doit progresser et l'efficacité de ce dispositif peut être améliorée en donnant davantage de visibilité aux étudiants et internes quant aux spécialités et surtout aux lieux d'exercice prioritaires en région. Ces contrats devraient être proposés également aux étudiants qui se destinent à l'exercice d'une spécialité autre que la médecine générale, les lieux d'exercice étant établis en lien avec les prévisions d'évolution des effectifs des établissements de la région.

S'agissant des spécialités, le maintien en région, et notamment dans les territoires moins attractifs, des étudiants formés va dépendre de la capacité à offrir des postes de post-internat à l'issue des études, postes de chefs de clinique ou d'assistants. La création de postes d'assistants partagés avec les hôpitaux universitaires de Strasbourg doit être également recherchée.

Il apparaît en tout état de cause le besoin d'un lieu et d'un temps d'échange entre les internes en formation et les établissements, de façon à donner aux premiers une visibilité sur les perspectives de recrutement au débouché des études.

Objectif spécifique n° 2.4 : favoriser un exercice collectif ou coordonné

Les professionnels, en particulier les plus jeunes, aspirent fortement à un exercice regroupé, qu'il soit mono ou pluri professionnel. L'adoption de ce mode d'exercice est une condition importante du maintien d'une offre libérale de proximité, en zone rurale notamment. Il rend possible notamment l'emploi de personnels administratifs en soutien, favorise la continuité des soins et un meilleur équilibre de la vie familiale et professionnelle. A défaut de regroupement physique, la réunion de cabinets dispersés sous forme de pôle fonctionnant de façon coordonnée peut être également recherchée.

Il existe en Alsace peu de maisons de santé pluriprofessionnelles, de pôles de santé ou de cabinets médicaux de groupe importants. Si les conditions d'exercice relèvent d'abord de l'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé, dans le cadre de la politique nationale menée à cet égard, doit faciliter ces évolutions et, tout particulièrement, anticiper, avec les professionnels et les collectivités territoriales, les risques d'apparition de zones déficitaires en médecine de proximité.

Cette orientation doit se traduire par une démarche systématique, menée conjointement avec les représentants des professionnels et les élus, d'anticipation des évolutions à venir dans les zones de faible démographie médicale. Cette démarche doit associer également les professionnels prescrits exerçant dans la zone (infirmiers, pharmaciens notamment).

La réflexion n'est pas limitée aux seules zones rurales ; elle peut s'appliquer à certains quartiers des grandes agglomérations où la densité en professionnels est moindre. La négociation de contrats locaux de santé avec les collectivités territoriales intéressées peut être un soutien de cette démarche.

Objectif stratégique n° 3 : Favoriser les coopérations interprofessionnelles et mieux utiliser la ressource médicale

Objectif spécifique n° 3.1 : faciliter la coopération interprofessionnelle, notamment au sein des établissements de santé

La coopération interprofessionnelle, en autorisant des pratiques professionnelles avancées, favorise un exercice professionnel enrichi pour les professionnels prescrits (infirmiers en particulier) et économe du temps médical. Elle peut notamment concerner la réalisation de certains gestes techniques ou le suivi de patients chroniques.

La Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (article 51) donne la possibilité, à l'échelle régionale, de concevoir des protocoles de coopération soumis à la validation de la Haute autorité de santé.

Ce dispositif est très peu connu des établissements et des professionnels de santé. Il convient de diffuser largement l'information au sein des établissements et des commissions médicales d'établissement (CME) notamment et d'identifier en collaboration avec les présidents des CME et les directeurs des soins, mais aussi en exercice libéral, les champs favorables au développement de cette coopération.

Objectif spécifique n° 3.2 : mieux organiser pour mieux utiliser la compétence médicale

Une meilleure utilisation de la ressource médicale doit être recherchée.

Doivent y contribuer :

- Le réexamen de la pertinence des lignes de garde ou d'astreinte sur l'ensemble du territoire régional ;
- La participation des professionnels libéraux à la permanence des soins en imagerie, partie intégrante de l'autorisation d'exploitation des équipements lourds ;
- Une régulation médicale effective, associant les praticiens libéraux, en période de permanence de soins ;
- L'établissement avant la fin de l'année 2011 d'une stratégie concernant l'usage de la télémédecine ou de la télé expertise, notamment en radiologie⁵³ ;
- Le regroupement des équipes médicales ou la constitution de fédérations médicales interhospitalières adossées à un établissement de référence de façon à assurer une masse critique suffisante de professionnels et garantir la continuité de soins.

D.3.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale

Indicateur 2 : nombre et répartition des maîtres de stage en 3ème cycle (médecine générale)

Indicateur 3 : nombre de maisons de santé pluridisciplinaires et de pôles de santé

Indicateur 4 : nombre de protocoles de coopération interprofessionnelle en vigueur

Indicateur 5 : nombre de lignes de garde (permanence des soins hospitalières)

⁵³ Cf. priorité d'action N°11



D.4/ Priorité 15 : Développer le positionnement d'excellence de la région en matière d'activités de recours, de recherche et d'innovation

D.4.a/ Pourquoi cette priorité d'action ?

D.1.a/i Etat des lieux

En Alsace la recherche fondamentale est riche, structurée et talentueuse dans divers domaines incluant la recherche en santé.

La recherche clinique n'a pas encore bénéficié d'un effort comparable de structuration. Dans l'activité des praticiens, la mission de recherche cède souvent le pas aux missions de soins et d'enseignement.

La proportion de programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) inter-région retenue au regard des projets présentés est faible : 23,5% en Alsace, contre une moyenne en inter-région de 30%.

Si l'on considère les scores SIGAPS (évaluation de la qualité de la recherche par des données bibliométriques), les données de 2008 placent l'inter-région Est en 5^{ème} position parmi les sept inter-régions.

Le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Paul Strauss, en deçà de la performance moyenne des CLCC du point de vue de la recherche clinique, fournit un effort important depuis 2009 afin d'élever le nombre de patients inclus dans les essais cliniques (3,2% des patients inclus en 2008, 8% en 2009, au dessus de 9% en 2010). L'objectif du Centre Paul Strauss est d'atteindre, en 2015, 15% d'inclusion.

En aval, l'accès à l'innovation thérapeutique et aux activités de recours ne semble pas poser de difficulté particulière en région Alsace ; une insuffisante évaluation de la pertinence et des bénéfices pour le patient de ces innovations peut toutefois être relevée.

D.1.a/ii Périmètre de la priorité d'action

Entre la recherche fondamentale et la mise à disposition aux patients de l'innovation thérapeutique existent deux étapes spécifiques : la recherche translationnelle, qui organise les échanges bilatéraux et continus entre les fundamentalistes et les cliniciens, et la recherche clinique comme étape ultime de validation de l'innovation.

Les orientations visent à promouvoir une recherche clinique performante et à définir les stratégies à adopter en matière d'activité de recours.

D.4.b/ Perspectives d'action

Objectif stratégique n° 1 : Contribuer à définir une stratégie régionale partagée en faveur de la recherche en santé

Par analogie à la recherche fondamentale qui s'est organisée de manière à acquérir une lisibilité et une reconnaissance certaine, la définition d'une politique régionale partagée en faveur de la recherche en santé contribuera à la structuration de la recherche clinique, permettant de définir des axes prioritaires et de réorienter les ressources.

Objectif spécifique n° 1.1 : renforcer le rôle du comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique (CRBSP) dans la définition d'une stratégie régionale

Le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique (CRBSP), créé par le décret n° 2006-1355 du 7 novembre 2006, fonctionne au centre hospitalier universitaire depuis 2008. Ce comité doit être le lieu d'une réflexion stratégique régionale partagée par le centre hospitalier universitaire, l'université (facultés de médecine, de pharmacie, mais aussi unités de recherche en sciences humaines et sociales), l'Inserm, le centre national de la recherche scientifique (CNRS), le futur institut régional du cancer, l'agence régionale de santé...

Ce comité doit définir les orientations stratégiques de la recherche clinique en Alsace en cohérence avec les autres partenaires du CHU. Un document a été élaboré à l'automne 2011 et soumis à l'AERES (Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur) afin d'évaluer la qualité de la recherche notamment sur la cohérence scientifique et les outils d'évaluation mis en œuvre. Les résultats de cette évaluation permettront de faire un état des lieux qui alimentera la réflexion du CRBSP de même que l'élaboration du volet « recherche » du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du centre hospitalier universitaire (début 2012).

La détermination des axes de recherche à privilégier (neurosciences, immunologie, oncologie...), associée à une veille permettant à de nouveaux axes d'émerger en fonction des ressources régionales, permettrait la structuration de la recherche translationnelle et de la recherche clinique.

Objectif spécifique n° 1.2 : développer une culture de la recherche clinique en région

Afin de développer une culture de la recherche clinique, il faut susciter l'intérêt des étudiants et internes vers ces parcours très sélectifs et ardues (à titre d'exemple, l'école de l'Inserm qui ne concerne toutefois que deux étudiants au plus par an). Parallèlement, la création de bourses serait un support supplémentaire pour des formations à la recherche par la recherche dans le cadre de master, de séjours à l'étranger, à destination par exemple de chefs de clinique des hôpitaux, de praticiens hospitaliers voire de praticiens de cliniques privées.

L'identification par le comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique d'axes prioritaires de recherche, permettrait de promouvoir les rencontres entre les chercheurs et les cliniciens de même discipline.

Objectif spécifique n° 1.3 : favoriser une structuration de la recherche clinique

Les fonctions de support nécessaires à l'élaboration et à la conduite des projets de recherche sont à structurer.

La région déplore un déficit de méthodologistes et de biostatisticiens qui doivent intervenir au moment de l'élaboration des projets. Une amélioration de la qualité méthodologique des projets présentés conduirait à un plus grand nombre de projets retenus et financés dans le cadre des PHRC. Ceci pourrait se faire par la mutualisation des compétences en région et par un accompagnement initial de financement de l'agence et des collectivités territoriales dont le relais pourrait être pris ensuite par une augmentation du financement par les missions d'enseignement, de recherche, de référence, et d'innovation (MERRI), basée sur les résultats de la recherche (publications, brevets...).

L'organisation par réseau de spécialités renforcerait leur visibilité et l'accès de ces spécialités aux promoteurs, notamment industriels et favoriserait l'inclusion des patients dans des essais cliniques.

La définition d'axes prioritaires de recherche dans un cadre régional passe aussi par le regroupement de laboratoires et le rapprochement des thématiques de recherche afin d'éviter des projets redondants et l'émiettement des moyens.

La définition de filières de soins visant à orienter des patients potentiellement concernés vers un essai clinique dans les établissements est à organiser. Celle-ci pourrait être une des missions d'un référent « recherche » nommé dans chacun des pôles. Cette mission d'organisation de la recherche doit transparaître dans les projets de pôle, le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé.

Dans le domaine de la recherche contre le cancer, la création de l'institut régional du cancer favorisera la mise en commun et la structuration de la recherche clinique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et du centre Paul Strauss.

Objectif stratégique n° 2 : Optimiser l'accès des patients aux activités de recours et à l'innovation

L'état des lieux n'a pas conduit à détecter d'obstacle majeur à l'accès à l'innovation et aux activités de recours.

En revanche, l'évaluation de la performance et des bénéfices réels et tangibles pour le patient de l'innovation mériterait d'être développée et encouragée.

Fédérer à l'échelon régional les activités de recours serait également souhaitable pour augmenter la qualité et la sécurité de ces activités.

Objectif spécifique n° 2.1 : organiser une évaluation inter-régionale des activités qualifiées d'innovantes

Définir une politique de l'évaluation de l'innovation, conjointement avec d'autres régions, permettrait de garantir, à terme, que les patients aient accès aux innovations leur apportant un réel bénéfice. Le schéma régional d'organisation sanitaire et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pourraient être les vecteurs de cette politique.

Objectif spécifique n° 2.2 : fédérer par spécialité à l'échelon régional les activités de recours

Identifier et fédérer par spécialité à l'échelon régional les activités de recours, permet d'optimiser les ressources et d'augmenter la sécurité des patients. Les préconisations du SROS et du Schéma inter-régional d'organisation des soins (SIOS) en termes de formalisation des niveaux et des activités de recours fondent les rapports à établir entre les différents établissements.

D.4.c/ Suivi de la priorité d'action

Indicateur 1 : indicateur synthétique de fonctionnement du Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique (CRBSP).

Indicateur 2 : évolution de la dotation au titre des Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (MERRI).

Indicateur 3 : évolution du nombre de projets retenus dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ou plus largement dans le cadre de tous les appels à projet.

Indicateur 4 : nombre de patients inclus dans les protocoles de recherche clinique.

Indicateur 5 : évolution du volume de production des activités de recours des établissements.

IV- La poursuite de l'élaboration du projet régional de santé

Le plan stratégique régional de santé met en avant des priorités d'action en santé qui, fréquemment, ressortissent aussi bien de la prévention que du soins et, dans le domaine du soin, du champ hospitalier comme de la prise en charge médico-sociale

Ces priorités ont vocation à être mises en œuvre au travers de l'ensemble des outils juridiques et financiers dont dispose l'agence régionale de santé. Au premier rang de ces outils, figurent les trois schémas, de prévention, d'organisation sanitaire (volet hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale.

Les schémas se réfèrent au plan stratégique régional de santé, mais ils ont une finalité plus large de prescription de l'organisation de la santé dans les divers champs auxquels ils s'appliquent.

Les programmes enfin prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du projet régional de santé.

Glossaire

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGRUM	Action du groupe de recherche ultramarine
ALD	Affections de longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AP-HM	Assistance publique-hôpitaux de Marseille
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLS	Contrat local de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNG	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNP	Conseil national de pilotage des agences régionales de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre le VIH
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPER	Contrat pluriannuel État-Région
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSP	Code de la santé publique
CUS	Communauté urbaine de Strasbourg
CVAGS	Cellule de veille, d'alerte et gestion sanitaire
DAFJS	Direction des affaires financières, juridiques et des services
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DG ARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins

DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENTRED	Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GDR	Gestion du risque
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPST (loi)	« Hôpital, patients, santé et territoires »
ICALIAM	Indicateur de mesure des améliorations dans le processus de prise en charge médicamenteuse
ICR	Indice de coût relatif
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ORS	Observatoire régional de la santé
ORSAL	Observatoire régional de la santé d'Alsace Lorraine
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
PDES	Permanence des soins en établissement de santé

PRAPS	Plan régional d'accès à la prévention et aux soins
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
PRI SME	Programme de lutte contre le risque médicamenteux
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
PSP	Pôle de santé pluridisciplinaire
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RSI	Régime social des indépendants
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SEGA	Surveillance épidémiologique et gestion des alertes
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales
SI-ARS	Systèmes d'information des ARS
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNIIRAM	Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TED	Trouble envahissant du développement
UHR	Unité d'hébergement renforcée
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VADS	Voies aéro digestives supérieures
VAGUSAN	Dispositif de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires
VIH/IST	Virus de l'immunodéficience humaine / Infections sexuellement transmissibles
VSS	Dispositif de veille et de sécurité sanitaires
ZEP	Zone d'éducation prioritaire

Annexe

Composition des groupes

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 01 :

Pilotes : Dr Patrice FERRE, ARS et M. François JOUAN, ARS

Dr Odile BONOMI, médecin PH CH Sélestat, coordinatrice du réseau RCPO ; Mme Andrée HASSELMANN, diététicienne, adjointe au maire de Lingolsheim ; Mme Floriane GRAPPE, infirmière conseillère du recteur, coordinatrice du programme CAAPS ; Dr Jeanne KOCHANOWSKI, médecin conseiller du recteur ; Mme Marie José FORNI, CESF, retraitée (CCAS Colmar) ; M. Franck HAUSSER, sociologue, maître de conférence, Université Strasbourg ; Mme Claude GASSER, diététicienne diplômée en santé publique, CPAM Haut-Rhin ; Dr Angelina DARREYE, médecin PH CH Mulhouse et Maison des adolescents Mulhouse ; Dr Martine ROEGEL, médecin conseiller DRJSCS ; Mme Alice TRON de BOUCHONY, coordination santé Mulhouse ; Mme Marion GIANOLIO, coordination santé Mulhouse ; Mme Elodie SIGNORINI, ville de Strasbourg ; Mme Véronique MASSENOT, Conseil Général du Haut-Rhin ; Dr Catherine ADRIAN, Service enfance et famille, Conseil Général Bas Rhin ; François DOTTORI, ingénieur en restauration collective, HCC ; Mr Daniel LORTHIOIS, président de la Caisse du Régime Local d'Assurance Maladie, représentant de la CRSA ; Anne WEBER, Chargée d'étude, Caisse du Régime Local d'Assurance Maladie ; Dr François UNDREINER, pédiatre, URMLA ; Mme Marie-José AMARA, chargée de mission SRAL, DRAAF ; Jean-Louis KUBIACK, ARS ; ROSSE Charlotte, ARS

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 02 :

Pilotes : Dr Sylvie FONTANEL, ARS et Dr Géraldine ROSET, ARS

Dr Christian BARTH, pharmacien, conseil de l'Ordre ; Dr Magali BLOCH et Dr Francis CHINAUD médecins conseils, régime général ; Dr Marie-Pierre CANEVA, médecin, CES MGEN ; Dr Gérard CHABRIER, médecin endocrinologue de ville, représentant URPS ; Dr Christiane DAMGE, chercheur, maison du diabète ; Mlle Odile DODARD, diététicienne, CES MGEN ; Dr Bernadette FALLER, néphrologue, CH Colmar ; Dr Michel FELDMANN, médecin, réseau diabète Colmar ; Mme Catherine HERDT, cadre de santé, plateforme ETP ; Dr Brigitte HOELT, médecin, ARS) ; Mme Annick KRETZ-SCHNEIDER, infirmière, RESODIAB 67 ; M. Francis MANN, Association Française des Diabétiques ; Dr Patrick OSTERMANN, médecin, maison de santé Woerth ; M. Denis PABST, représentant de la CRSA ; Dr Jean-François SAGEZ, médecin interniste, RCPO ; Mme Anne WEBER, chargée de mission, CRAM ; Dr Elisabeth WURTZ, médecin interniste, CH Saverne

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 03 :

Pilotes : Dr Brigitte HOELT, ARS et M. Emmanuel GOUAULT, CRAMAM

Dr ARNOLD, cardiologue URPS ; Dr ARVEILER, médecin de santé publique ; Dr BARTIER, responsable SAMU 67 ; Dr BOUJAN, radiologue hospitalier ; Dr CARRIERE, cardiologue libéral ; Dr FROELIG, MPR ; Mme FEUERSTEIN, coordinatrice HAD ; Dr HANSSSEN, cardiologue ; Dr HENRY, Cardiologue en MPR ; Dr IDEE, MPR ; Dr GOTTWALLES, médecin SU 68 ; Dr LECLERC ; Association France AVC 68 ; Dr NICOL, généraliste URPS ; Dr PRACHT, radiologue libéral ; Dr THEOLADE cardiologue ; Dr ROCHOUX, cardiologue, représentant de la CRSA ; Dr WOLFF, neurologue hospitalier

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 04 :

Pilotes : Dr Béatrice FRITSCH, ARS et M. Stéphane FAVRET, ARS

Dr DENIS, Président ADECA ; Dr GENDRE, Médecin coordinateur ADECA ; Dr JANSER, Président de la Ligue contre le cancer 67 ; Dr FENDER, Médecin coordinateur EVE ; Dr GULDENFELS, Médecin coordinateur ADEMAS ; Dr CHINAUD, Médecin conseil DRSM ; Dr MEYER, Médecin Conseil Régional MSA ; Mme KARCH, Sous Directrice CPAM Bas-Rhin ; Dr BERGERAT, Oncologue HUS ; Dr NOEL, Radiothérapeute CPS ; Dr KURTZ, Oncologue HUS ; Dr BOEHN, Oncologue Clinique des 3 frontières, Saint Louis ; Dr PETIT, Médecin coordinateur HAD Mulhouse ; Mme FEUERSTEIN, Cadre HAD Mulhouse ; Dr RUETSCH, Médecin généralistes URPS 68 ; M. CHAFFRAIX, Représentant des usagers, SOS Hépatites, Commission permanente CRSA ; Dr PRACHT, Radiologue URPS 68 ; Dr DUFOUR, Oncologue CPS ; Dr HAEHNEL, Radiologue CAROL – RONA ; Dr ORTEU, Radiologue ADEMAS ; Dr AUDHUY, Oncologue Ligue contre le cancer 68 ; Dr DRUART, Coordinateur RRC ; Dr UHL, Gastroentérologue URPS 67 ; Dr STRENTZ, médecin généraliste coordonnateur ROCA ; M. CAMARA, ARS ; Mme KIRSTETTER, ARS

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 05 :

Pilotes : Mme Marie-Christine LAURENT, ARS et M. Jacques BUISSON, directeur club Jeunes l'Etage

M. Rémy BADO, directeur Association SEPIA ; Mme Bénédicte DEGUILLE, directrice Maison des Adolescents du Haut-Rhin CH Rouffach ; Mme Brigitte SPENNER, directrice Association ALT ; M. Laurent KONOPINSKI, directeur AFPRA ; Mme Marie-Louise BONNEWITZ, chef de service de l'unité d'addictologie CH Saverne ; Mme Monique RINGELE, Mouvement Français pour le Planning Familial du Haut-Rhin ; M. Dany DELECROIX, directrice Mission Locale de Molsheim ; Dr François PELISSIER, médecin généraliste URPS ; Dr Fouad-Ali SAID CHERIF, médecin généraliste URPS ; Mme Nicole CHABOT, CPAM du Haut-Rhin ; M. Bocar BA, LMDE ; Mme Floriane GRAPPE, infirmière conseillère technique auprès de l'Inspecteur d'Académie du Haut-Rhin ; Dr Jeanne KOCHANOWSKI, médecin conseillère technique auprès du Recteur représentant la CRSA ; Mme Emeline CERF, inspectrice DRJSCS ; Mme Marion BOUTELOUP inspectrice ARS ; M. Mathieu HILD, coordinateur Atelier Santé Ville de Strasbourg ; Mme TRON DE BOUCHONY Ville de Mulhouse ; Dr Jean-François LAURENT chef du service des actions de prévention sanitaire Conseil Général du Bas-Rhin ; Dr Françoise WARYNSKI, adjointe au chef de service PMI et Promotion de la Santé Conseil Général du Haut-Rhin ; Mme Lilla MERABET, Conseil Régional

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 06 :

Pilotes : Mme Corinne WANTZ, ARS et Dr Odile DE COCK, ARS

Mme Cécile BARLOT, resp. Service aide sociale CG68 ; Pr Marc BERTHEL, Gériatre HUS ; Mme Claire BLOCH, Mission territoriale T3-T4 maintien à domicile ARS ; Dr Monique BOGEN, référente MS personnes âgées ARS ; Mme Amandine BONNE, Chargée d'études MS ARS ; Mme Véronique BREINING, Chef de service autonomie des PA PH CG67 ; M. Stéphane BUZON, directeur Ass. Emmaüs Diaconesses Strasbourg ; M. Jean CARAMAZANA, directeur ABRAPA Eckbolsheim ; Mme Christine CHAUTRAND, SSIAD SAD - Vivre chez moi Strasbourg ; Mme Josiane CHRISTOPH, Directrice de ASAME Mulhouse ; Dr Gabrielle DE GUIO, coordonateur filière gériatrique du GHSV ; M. Pascal DUMOULIN, directeur CH Molsheim ; Mme Claudine EDEL, référente SSIAD ARS ; Mme Barbara EDER, chargée de prévention SSG CG68 ; Mme Sophie FEUERSTEIN, directrice HAD Sud Alsace ; M. Christian FISCHER, directeur de l'autonomie CG68 ; Mme GROELLY, SSIAD – APAMAD Mulhouse ; Mme Agnès HAESSLER, Présidente Alsace Alzheimer ; Dr Véronique HANSMANN, référent Service de l'Autonomie des Personnes Agées et des Personnes Handicapées CG67 ; Mme Annie HASENFRATZ, coordinatrice du service social HUS ; Dr Michèle HERRMANN, service de l'autonomie des Personnes âgées et handicapées CG67 ; Chantal HURST, directrice service PA PH Ville de Mulhouse ; Mme Sabine JEUCH, directrice autonomie santé CG67 ; Mme Marie Berthe KERN, infirmière référente SSIAD ABRAPA, secrétaire Assoc IDE coord du Bas-Rhin ; M. Michel KOEBEL, chef du service de soutien à l'autonomie Ville de Strasbourg ; Mme Monique KOHSER, resp. Service social géronto. CG68 ; M. Olivier LAURENT, Mission territoriale T1-T2 ARS ; Dr Alain LION, gériatre – gestion d'EHPAD Lutterbach ; Mme Béatrice LORRAIN, resp MAIA Mulhouse ; Dr MEYVAERT, Présid Assoc médecins coordonnateurs d'EHPAD d'Alsace ; Dr Jean-Marc MICHEL, Gériatre CMRR ; Dr Joël OBERLIN, Psychiatre CH Rouffach ; Dr Yves PASSADORI, Chef de pôle au CH de Mulhouse, Président du réseau Alsace gérontologie ; Dr Alfred PETERSCHMITT, gériatre CMRR ; Nadine RAUSCHER, OHRAS CG68 ; Dr Marcel RUETSCH, URMLA ; Mme Nathalie SCHAERER, resp Aide à Domicile ABRAPA Eckbolsheim ; Dr François SEILLER, conseiller médical auprès du DG ARS ; Dr François SELLAL, Neurologue responsable du CMRR de Strasbourg-Colmar ; Mme Marie-Claude STOLZ, Cadre infirmier ancienne directrice de SSIAD ; Dr Claire TRICOT, Mission Territoriale T3-T4 chargée du maintien à domicile ARS ; M. Nicolas VENZON, directeur Régional du Réseau Alsace Gérontologie ; Nicole WEISS, DGA ABRAPA Eckbolsheim ; M. Gérard WOHLHUTER, ARS ; Mme Anne-Marie BRISBOIS, représentante à la CRSA

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 07 :

Pilotes : Mme Corinne WANTZ, ARS et Dr Catherine DONTENWILLE, ARS

Françoise SIMON, Mission territoriale 1 et 2 - chargée du handicap ; Marie-Josée SCHILDKNECHT, Mission territoriale 3 et 4 - chargée du handicap ; Dr Catherine ROUBERTOU, Mission territoriale 3 et 4 - référente médico-sociale ; M. BAUER, Directeur du CREAL ; M. le DGA des services du CG67 ; M. le DGA des services du CG68 ; Mme la Directrice de la MDPH 67 ; Mme la Directrice de la MDPH 68 ; M. PETER, Inspection académique 67 - IEN ASH ; Mme FORGET, Inspection académique 68 - IEN ASH ; M. APPREDERISSE, Responsable de l'unité territoriale 67 de la DIRECCTE Alsace ; M. le SCOUÉZEC, DG UDAPEI ; M. ALBECKER, DG "Le Sonnenhof" ; M. MEUGE, DG APEI ; M. BANDOL, DG ARSEA ; M. JAKOB, DG Adèle de Glaubitz ; M. BERTHE, Délégué régional de l'ANECAMSP - Directeur du CAMSP de Haguenau APF ; Dr de SAINT MARTIN, CRTA ; Pr BURSZTEJN, CRA ; M. JUHL, Directeur Enfance à la Fondation Saint Vincent de Paul ; Dr WASSER, Directeur médical à l'institut "Les Tournesols" ; Dr CARNEIN, CDRS COLMAR ; P. IMBS, Directrice du CFRC CLEMENCEAU ; Dr SEEGMULLER, URMLA ; M. WAHL, Président du Comité d'Entente Régional, représentant de la CRSA

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 08 :

Pilotes : Dr Pascale FRITSCH et Mme Dominique LACHAT, CH Rouffach

M. Dominique BIGOT, Directeur CH Erstein ; Dr Monique BOGEN, Réf personnes âgées ARS et correspondante médicale EPSAN ; Pr Jean Marie DANION, Chef de service psychiatrie générale, HUS et Président Association RNA ; Mme Valérie DER, GEM les ailes de l'espoir, Mulhouse ; M Daniel DIETRICH, ESAT Croix Marine ; Dr Raymond EHRHARDT, Directeur Médical Fondation Le Sonnenhof ; Dr Philippe GRETH, Chef du secteur psychiatrie générale, CH Mulhouse ; Dr Jeanne KOCHANOWSKI, Conseillère du recteur, représentante de la CRSA ; M Jean Marc LENOBLE, Président du GEM Aube ; Dr Thierry MALASSINE, Chef du secteur psychiatrie générale, Le Roggenberg ; Dr Martine MATHIEN, Psychiatre, EPSAN ; Dr Jean Yves METZGER, Chef du Pôle Psychiatrie HCC ; Dr Philippe MEYER, Chef de service de psychiatrie générale, CH Erstein ; Mme Nathalie PRUNIER, Présidente Schizo Espoir ; Dr Thierry RESSEL, Psychiatre libéral - représentant de l'URML d'Alsace ; Dr Christian SCHAAL, Chef de Pôle psychiatrie générale, CH ROUFFACH ; Dr Catherine DONTENWILLE, ARS ; Dr Philippe WASSER, Directeur médical Les Tournesols

GRUPE PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE

Dr Jean Luc ADRIAN, pédopsychiatre, EPSAN, représentant le Dr BURGEL ; M. Dominique BIGOT, Directeur - CH Erstein ; Pr. Claude BURSZTEJN, Chef de service - psychothérapie des adolescents HUS ; Mme le Pr Anne DANION, chef de Pôle, HUS ; Dr Blandine ERB, Médecin PMI Conseil général 67 ; Mme Michèle ELLES, Directrice adjointe HUS, représentant les directions des établissements généraux ; Dr Marie Pierre FARHNER, Conseil général 68 ; Dr Jeanne KOCHANOWSKI, Conseillère Technique auprès du Recteur, représentant de la CRSA ; Dr T LEFRANC, Chef de service pédopsychiatrie, CH Rouffach ; M. Frédéric OTRANTE, chef du service de protection de l'enfance, représentant Mme ISCHIA, Conseil Général 67 ; Dr Chantal PACCALIN, Chef de service de pédopsychiatrie - HC Colmar ; Dr Edmond PERRIER, Président de la conférence régionale des présidents de commission médicale d'établissement des établissements de psychiatrie ; Dr Isabelle SCHERTZ, Chef de service pédopsychiatrie, CH Mulhouse ; Dr Marie Emmanuelle SCHUMPP, Chef du service de PMI, CUS ; Dr Nicole STEINBERG, Chef de service de pédopsychiatrie - secteur 67 I 04 ; M. Georges TARDY, Directeur adjoint – EPSAN ; M. Pierre WESNER, Directeur CH Rouffach ; Dr Catherine DONTENWILLE, ARS ; Mme Patricia KUENTZMANN, ARS

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 09 :

Pilotes : Dr Martine ROEGEL, DRJSCS et M. Jean-Louis KUBIACK, ARS

M. Jacques BUISSON, directeur club Jeunes l'Etage; Mme Christiane CHARLUTEAU, cohésion sociale Ville Colmar Armel; M. CLAUDEPIERRE, psychologue chargé du pôle insertion AFPRA; M. Francis Paul DEBIONNE, chef de service santé publique et environnement Ville et CUS; Mme Félicia DUTRAY EMPP, Colmar CH Rouffach; Mme Carole ELY DDCS67; Dr Alexandre FELTZ, médecin CUS; Mme Marie-Jo FORNI, directrice Association Le Portail; Mme Marion GIANOLO, coordination Santé Ville de Mulhouse; M. Emmanuel GOUAULT, CRAV; Mme Sabrina HAEGELE, DRPJ; Mme Annie HASENFRATZ, services sociaux Hospitaliers PASS HUS; Dr Yann HODE, psychiatre CH Rouffach; Mme Marie-Gabrielle HOLTERBACH, MSA; Mme Gwenola HORVAT, service social CRAMAM; Mme Viviane HUSSER, CPAM68; M. Pierre JOST, sous directeur MSA; M. André KLEIN-MOSSER, CG67; M. Jean-Louis KUBIACK, ARS; Dr Jean-François LAURENT, médecin CG67; Mme Marie-Christine LAURENT, chargée de mission ARS; M. Michel LORCY, directeur DRPJ; M. Jean Louis LORRAIN, CG68; Mme Catherine LUKASEK, ARS; Mme Emilie MAMCARZ, responsable service hébergement logement DDCS67; Dr Henri METZGER, médecin délégué aux actions santé publique Ville de Mulhouse, représentant de la CRSA; M. René MONAMI, psychologue CH Rouffach; Mme Sabrina RIPERT, directrice union MFA Mutualité Française; Dr Martine ROEGEL, médecin DRJSCS; Dr Emmanuel ROQUET, psychiatre CH EPSAN; Mme Michèle SCHNEIDER GROSJEAN, DRJSCS ACSE; Mme Rachida SEBBAT, DRJSCS ACSE; Mme Elodie SIGNORINI, CUS; Mme Brigitte SPENNER, directrice ALT; Mme Salima TAYMI-DEROUENE, chargée de mission ARS; Mme Alice TRON DE BOUCHON, coordination santé Ville de Mulhouse; Dr Pierre TRYLESKI, responsable commission Accès aux soins URMLA; Dr Roseline VALENTIN, psychiatre CH Mulhouse; M. Yves WEBER, CRAMAM; M. Gérard WOHLHUTER, ARS; Mme Catherine ZUBER, conseillère régionale

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 10 :

Pilotes : Mme Christine MIRALLES, ARS et Dr Claire TRICOT, ARS

Dr Patrick STRENTZ, médecin généraliste, médecin coordonnateur réseau ROCA; Dr Jean-Claude TSCHIEMBER, médecin généraliste, médecin coordonnateur réseau ROSA, administrateur HADSA; Dr Jean-Paul SCHLEGEL, médecin généraliste, président URPS; Dr KIEFFER-DESGRIPPES, médecin généraliste, urgentiste libéral, représentant URPS; Dr RAMONE MOLE, médecin coordonnateur HAD AURAL; Dr Jean-François CERFON, président CDOM en remplacement de Dr LEY, excusé, PH HCC; Dr Jean-Marc MICHEL, PH HCC gériatre, Equipe Mobile de Gériatrie, administrateur réseau gérontologie; Dr Xavier GERARD, Pharmacien libéral (officine); Mme Elisabeth GUENNEUGUES, Présidente ASPAN, IDEL; M. Jérôme PÉNOT, Service social, HUS; M. Alain STEIBLE, Coordonnateur du SSIADplus 68; M. Philippe MALFRAIT, représentant droit des usagers, AIDES; Mme Valérie LAEMLIN, attachée de direction ROSA; Mme Catherine CRAVE, IDEC SSIAD; Mme Roselyne METZ, IDEC SSIAD; Dr Bruno GOULESQUE, régulation C15 68, excusé; Dr Alice COUMES, médecin ARS, PSRS, priorité13; M. Jean-Michel MEYER, représentant de la CRSA

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 11 :

M. Bruno BOUTTEAU, ARS; M. Gérard WOHLHUTER, ARS

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 12 :

Pilotes : Mme Dominique THIRION, ARS et Dr Sylvie SCHLANGER, ARS

M. Christian CAODURO, directeur, clinique des Diaconesses; Dr Philippe CLAUDE, médecin coordonnateur, EHPAD « Le Brulig », « Le Bartischgut »; Mme Claudine DOERFLINGER, conseillère technique en soins, ARS; M. FIMBEL Jean-Claude, URAF, représentant de la CRSA; Dr Véronique HANSMANN, médecin, Conseil général du Bas-Rhin; IDOUX Bernard, surveillant général, coordonnateur des soins, centre médical de Saales, chargé de mission HAS EPP; Mme Cécile KANITZER, directrice de soins, CH de Rouffach; M. Jean-Pierre KASSEL, représentant des usagers, CODERPA; M. Gildas LE SCOUEZEC, directeur général, association ADAPEI; Dr Michel LEVEQUE, médecin généraliste, chargé de mission EPP HAS, représentant URPS; Dr Isabelle MAGNIEN, médecin, Conseil général du Haut-Rhin; M. Dominique MAYER, directeur adjoint, CH de Haguenau; Mme Caroline MERDINGER-RUMPLER, maître de conférence, Université de Strasbourg; M. Bruno MICHEL, coordonnateur de l'OMEDIT, ARS; M. Philippe PARET, directeur, HL et EHPAD de Rosheim; Dr Yves PASSADORI, gériatre, chef de pôle, CH de Mulhouse; Mme Elisabeth RIEGER, cadre de santé, radiothérapie / imagerie médicale, centre de lutte contre le cancer Paul Strauss; M. Pierre ROSENSTIEL, représentant des usagers, membre de la CRUQPC du CHU; M. Francis SALMON, directeur, EHPAD Saint-Agnès; M. Marc URBAN, secrétaire général, fondation ESAT, Sonnenhof

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 13 :

Pilotes : Dr Alice COUMES, ARS et Mme Zahra EQUILBEY, ARS

M. Laurent JOUFFROY, MAR Clinique des Diaconesses, Strasbourg; M. Jacques MARESCAUX, chirurgien CHU, Chir A; M. Dominique MOCHEL, chirurgien orthopédiste CH Haguenau; M. Pierre DIEMUNSCH, MAR CHU; Mme WAHL Bernadette, représentant des usagers; Dr LACROUTE Jean-Marie, médecin CAEDA Strasbourg; M. PANEAU Didier, chirurgien vasculaire GHCA Colmar; Dr ACKER Jacques, ophtalmogiste Clinique Sainte-Odile Strasbourg; Mme Florence ROMAIN-KAISER, assistante sociale CHU; Dr Jean-François DORIDANT, ORL CH Mulhouse; Dr Jean-Yves EGLOFF, gynéco-obstétrique HC Colmar; Mme Martine FROMHOLZ, cadre de bloc CHU; Mme Danielle PORTAL, directeur CH Mulhouse; M. Christophe MATRAT, directeur GHSV Strasbourg; M. Gérard VUIDEPOT, directeur Clinique Saint-François Haguenau; Mme Vanessa FAGE-MOREEL, Cadre responsable HUS; Dr Jacques CLAUD, Médecin anesthésiste Clinique Ste Odile Strasbourg; M. Pascal CHARLES, représentant de la CRSA

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 14 :

Pilotes : M. Laurent HABERT, ARS et Dr François SEILLER, ARS

Dr Pascal CHARLES, URML d'Alsace ; Dr Francis FELLINGER, Président de la CME du CH Haguenau ; Dr François-Xavier LEY, Conseil de l'Ordre des Médecins ; Dr WOLFF, Conseil de l'Ordre des Médecins ; Mme Danielle PORTAL, Directrice du CH de Mulhouse ; Mme Fabienne RICHARD, Directrice des soins infirmiers CMR Albert Camus Mulhouse ; SAIHCS ; SARRA-IMG ; Dr HUBER, radiologue ; Dr Michel LEVEQUE, professeur de médecine générale ; M. Daniel DIETRICH, représentant de la CRSA ; Mme Claudine DOERFLINGER, ARS ; Mme Marie-Agnès VALCU, ARS ; M. Jacques MARTY, ARS ; Melle Anouck ULRICH, ARS

Membres du groupe projet de la priorité d'action N° 15 :

Pilotes : Mme Marie Christine RYBARCZYK et Dr François SEILLER, ARS

M. Gilles BLOCK, délégué régional grand Est, Inserm ; M. Nicolas CARBONI, directeur général d'Alsace Biovalley ; M. Jean-Michel CLAVERT, président de la commission médicale d'établissement, HUS, membre de la CRSA ; M. Jean-Marie DANION, HUS, IFR 37, unité Inserm Psychopathologie clinique et expérimentale de la schizophrénie ; Pr Patrick Dufour, centre Paul Strauss ; M. Georges NOËL, centre Paul Strauss ; Mme GEILLER Christine, directrice Adjointe de la Délégation à la Recherche clinique et à l'innovation, HUS ; M. JEANDIDIER Eric, laboratoire de génétique CH de Mulhouse ; M. KAUFFMANN Serge, délégué à la recherche et à la technologie (préfecture) ; M. Bruno MICHEL, OMEDIT / ARS ; M. Pierre OUDET, cancéropole grand est –équipe de coordination-direction scientifique (CHU et IGBMC) ; Mme Sophie ROHFRITSCH, vice-présidente du Conseil Régional, présidente de la commission Innovation, Recherche et Enseignement Supérieur, conseillère de la Communauté Urbaine de Strasbourg ; M. Thierry VANDAMME, directeur adjoint chargé de la recherche, faculté de pharmacie ; M. Eric WESTHOF, vice-président délégué à la recherche Université de Strasbourg, Dr Françoise CUNY, ARS

Contacts

Agence régionale de santé d'Alsace

Cité administrative Gaujot

14, rue du Maréchal Juin

67 084 Strasbourg

Téléphone : 03 88 88 93 93

Courriel : ars-alsace-direction@ars.sante.fr

www.ars.alsace.sante.fr

