

Construisons *ensemble*
un projet de santé
pour les Aquitains

PRS **Approches
transversales**



- L'un des enjeux du PRS et de la création des agences régionales de santé est de porter et rendre effectif le décloisonnement des acteurs et des politiques de prévention et promotion de la santé, veille et sécurité des soins, organisations de l'offre hospitalière, ambulatoire et médico-sociale...
- Si cet enjeu est clairement identifié comme une priorité dans le plan stratégique régional de santé (PSRS), sa mise en œuvre se heurte toutefois à des obstacles : la structure même du PRS, avec trois schémas sectoriels, les pratiques issues des organisations antérieures, les dispositifs de financement qui restent également sectorisés, le temps et les ressources demandés pour la coordination peuvent être des freins à une approche globale et coordonnée de la santé.

Ce document « PRS- Approches transversales » a pour objectif de porter attention, en complément des éléments présents dans les autres composantes du PRS, aux enjeux et aux leviers de la transversalité.

- Dans une première partie, est présentée l'approche territoriale retenue par l'ARS, et la manière dont les territoires de santé et de proximité doivent être des espaces de construction de politiques décloisonnées.
- Une deuxième partie présente une synthèse des travaux conduits dans le cadre de la préparation du PRS sur trois enjeux majeurs à la fois en termes de politique de santé et plus globalement de gestion transversale des dispositifs : il s'agit des maladies chroniques, de la santé mentale et des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie. Cette partie a été complétée, à la suite de l'avis émis par la CRSA, d'orientations sur le positionnement transversal et opérationnel de plusieurs programmes prévus pour la mise en œuvre des schémas et du PSRS.
- Une dernière partie vise à illustrer, de manière non exhaustive, la manière dont les schémas déclinent les orientations générales définies dans le PSRS.

Sommaire



-
-
- **Le PRS et les territoires** 5
 - **Les parcours et les programmes de santé transversaux** 9
 - **Du PSRS aux schémas :
Tableau de synthèse** 29





Le PRS et les territoires



Sommaire

- Des territoires de santé aux territoires de proximité6
- Quelle définition pour des « territoires de proximité » ?7
- Des zones de santé ou des territoires de projets prioritaires8

1. DES TERRITOIRES DE SANTÉ AUX TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

En Aquitaine, 6 territoires de santé (définis par l'arrêté du 6 octobre 2010), sièges des conférences de territoire, constituent les nouveaux espaces sur lesquels l'ARS va s'appuyer pour prendre des décisions en matière d'organisation de l'offre de soins, d'organisation médico-sociale, de politique de prévention et de veille et sécurité sanitaires.

Le choix de l'échelon départemental, à l'exception des Pyrénées-Atlantiques pour lequel l'Agence a conservé une bipolarité, a été fait dans le but de faciliter la concertation avec tous les acteurs sur des niveaux de territoires connus et considérés par tous comme pertinents.

Selon une approche tout aussi pragmatique et en complément, des territoires de proximité plus fins doivent être définis pour conduire des projets de santé permettant la mise en œuvre du PRS.

L'objectif de l'identification de territoires infra-territoires de santé est de disposer d'un espace opérationnel :

- > d'observation et d'amélioration des parcours de santé des habitants, notamment les plus fragiles, du fait de leurs pathologies (maladies chroniques notamment), de l'âge, du handicap ou de la situation sociale. Il s'agit à la fois de partager, en s'appuyant sur le PRS, une conception commune de ce que doit être le parcours de santé de l'utilisateur et de mettre en œuvre collectivement et de manière décloisonnée les actions concrètes qui y concourent (pour illustrer cet objectif, on pourrait citer des thèmes tels que l'organisation des sorties d'hospitalisation, l'accès à l'éducation thérapeutique, la filière gériatrique, la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique : diabète, maladies cardio-vasculaires ...).
- > de déclinaison concrète des politiques de santé nationales et régionales (PRS), notamment lorsqu'elles supposent la construction de coordinations entre professionnels, et la mise en place de dispositifs de proximité,
- > de structuration effective des dispositifs d'information, d'orientation et de coordination autour du patient et des aidants familiaux et professionnels (plateformes de coordination appuyées par exemple sur des gestionnaires de cas, les CLIC, des réseaux polyvalents de proximité...),

> de travail concret sur des problématiques spécifiques du territoire (par exemple pour les territoires fragiles en termes de démographie des professionnels de premier recours).

L'enjeu est de créer une dynamique territoriale, pour œuvrer à la déclinaison du PRS, de manière concrète et transversale. Il sera essentiel de dépasser une approche curative et hospitalo-centrée, et de privilégier les approches préventives et d'organisation des soins de premier recours et de prises en charge à domicile.

Il est important que ce travail avec les acteurs de soin et du champ médico-social de terrain soit articulé avec celui conduit par les collectivités territoriales, Conseils généraux, communautés de communes.



2. QUELLE DÉFINITION POUR DES « TERRITOIRES DE PROXIMITÉ » ?

Sans être juridiquement opposables ni constituer des territoires de planification, les territoires de proximité sont des lieux de réalisation du PRS, lorsque celle-ci nécessite une échelle plus fine que celle de la région ou du territoire de santé. Ces territoires sont le niveau d'organisation concrète de la plupart des parcours de santé.

La définition de leur pourtour doit donc s'inscrire dans une approche pragmatique, lisible et compréhensible pour les acteurs locaux – usagers, professionnels, élus...- et en cohérence avec les autres politiques publiques. Elle doit avoir du sens en termes de parcours de santé et donc permettre d'appréhender les interfaces entre domicile, structures et services médico-sociaux, établissements de santé, acteurs de prévention.

Elle renvoie avant tout à une approche ancrée dans le contexte départemental et local, à la fois en terme d'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale, mais également des autres politiques publiques et d'habitudes de vie des populations.

Il a donc été décidé de ne pas mettre en œuvre un découpage « pré-établi » par l'ARS de ces territoires, mais de solliciter chaque conférence de territoire pour qu'elle propose, avec l'appui des délégations territoriales de l'ARS, un découpage en « territoires de proximité » pertinent par rapport aux enjeux de son territoire, en évitant une trop grande multiplication, au risque d'une fragmentation et d'une dilution de l'action.

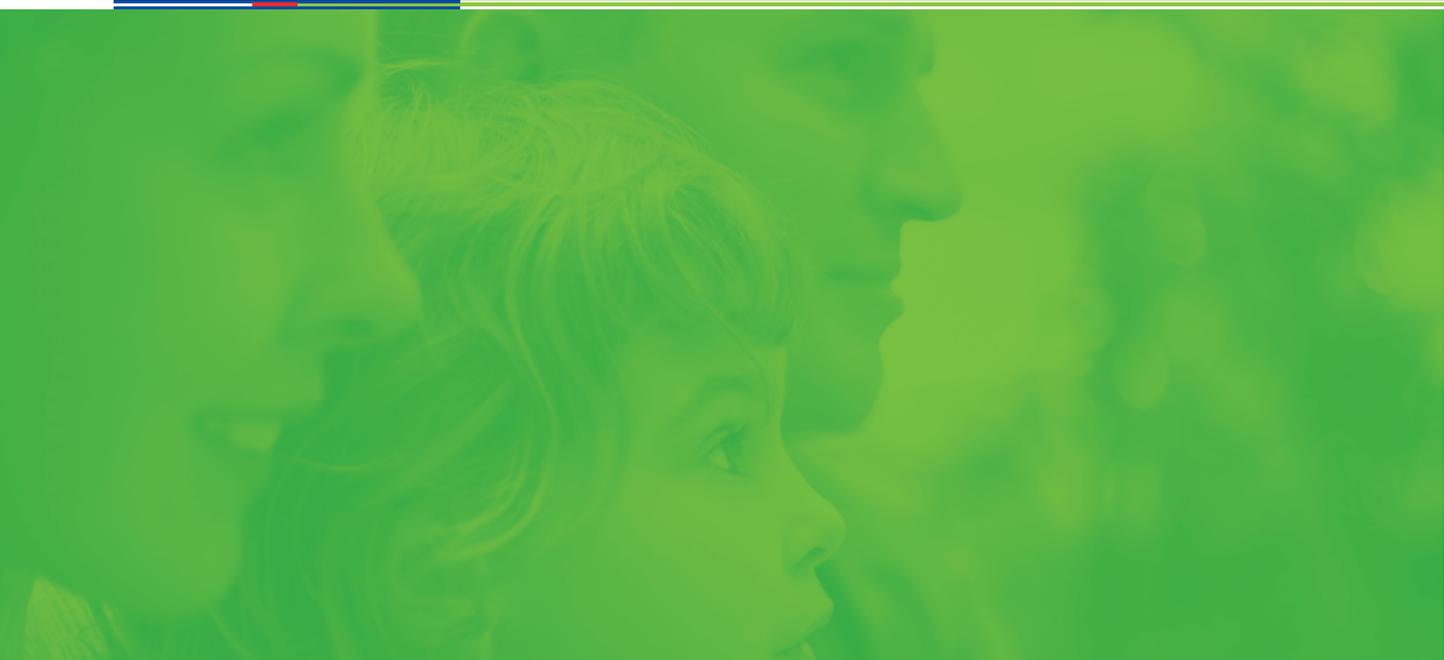
Les critères à prendre en compte peuvent être de nature variée. De manière générale, c'est une synergie d'actions des acteurs qui sera recherchée en priorité. La cohérence avec les découpages utilisés par les autres acteurs devra être systématiquement recherchée. Lorsque cela sera possible et pertinent, il serait ainsi intéressant qu'une cohérence avec les territoires définis par les conseils généraux pour la politique sociale soit mise en œuvre. La réflexion sur les territoires de proximité prendra également en compte l'existence de zones « inter territoires de santé », de manière à ne pas rester dans des limites géographiques qui seraient artificielles par rapport à la réalité des organisations et des pratiques.

Ces territoires de proximité pourront formaliser la mise en œuvre du PRS au travers de programmes ou projets de santé selon une démarche à la fois descendante – puisqu'il s'agit de décliner le PRS- et ascendante – car ces programmes permettent aux acteurs de s'approprier les modalités d'action et de les adapter aux spécificités de leur environnement.

3. DES ZONES DE SANTÉ OU DES TERRITOIRES DE PROJETS PRIORITAIRES

A un niveau encore plus fin, l'Agence Régionale de Santé pourra identifier des aires de santé ou des territoires de projet, notamment sur des zones où sont identifiées des difficultés spécifiques en termes d'état de santé de la population, d'accès aux soins et à la prévention... Ces aires pourront être prioritaires pour des projets ponctuels reposant sur la réalité des besoins d'une population identifiée (prévalence : poids d'une pathologie, caractéristiques sociales), sur des caractéristiques territoriales particulières (urbaines et rurales...) ou sur des manques dans l'offre existante.





Les parcours et les programmes de santé transversaux



Sommaire

- PRS et programmes transversaux 10
- Maladies chroniques 11
- Pathologies du vieillissement
et perte d'autonomie 17
- Santé mentale 26

1. PRS ET PROGRAMMES TRANSVERSAUX

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dans l'avis qu'elle a émis le 2 février 2012, a indiqué que « la transversalité doit se construire en amont, dans le cadre du plan stratégique régional de santé, mais également en aval, dans le cadre des programmes déclinant les modalités d'application des schémas. Les programmes doivent être conçus pour interagir entre eux, ainsi qu'avec l'ensemble des trois schémas. La conférence considère qu'il est souhaitable de repenser toute la dimension des programmes comme porteurs à la fois de la transversalité entre les schémas et de leur déclinaison opérationnelle ».

Au-delà des programmes prévus par la réglementation, la CRSA a préconisé la mise en œuvre des programmes suivants :

- programmes personnes âgées et en perte d'autonomie,
- programme maladies chroniques,
- programme santé mentale,
- programme « système partagé d'information ».

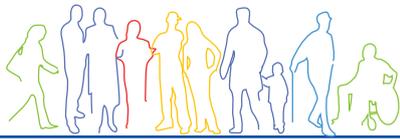
La mise en œuvre du PRAPS fera l'objet d'une mise en œuvre prioritaire, appuyée sur des coopérations et coordinations entre les secteurs social, médico-social, médecine de premier recours, établissements de santé. Le développement d'une réponse médico-sociale globale et durable pour les personnes en situation de précarité sera également prioritaire dans les projets et coordinations territoriales, en cohérence avec les propositions de plusieurs conférences de territoire.

Le programme de télémédecine, qui devra faire l'objet d'une révision dès que les éléments de cadrage nationaux seront disponibles, sera conçu comme la déclinaison opérationnelle des trois schémas et des autres programmes.

Sur la base des travaux présentés dans le présent document, des programmes seront mis en œuvre, après concertation avec les commissions de la CRSA concernées, concernant les trois thématiques transversales - personnes âgées et en perte d'autonomie, maladies chroniques, santé mentale -, toujours dans une logique de déclinaison coordonnée des trois schémas et de mise en œuvre opérationnelle et concrète sur les territoires.

Dans le cadre de l'approche transversale des maladies chroniques, le programme régional aquitain neuro-cardio-vasculaire sera poursuivi, notamment par la mise en œuvre d'un volet prévention, et un bilan d'étape sera présenté en 2012 afin d'en tirer des enseignements pour la préparation et la mise en œuvre des autres programmes.

La réalisation d'un programme « système partagé d'information », pour répondre à la demande de la CRSA de mobiliser et mutualiser les ressources régionales tout en développant l'analyse des besoins de santé de la population, fera l'objet d'une étude préalable, en lien avec la commission permanente de la CRSA et les commissions de coordination des politiques publiques, ainsi que les acteurs et partenaires concernés, afin d'en définir précisément les objectifs et résultats attendus, les ressources à mobiliser, la faisabilité.



2. MALADIES CHRONIQUES

ENJEUX ET ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC

Les enjeux

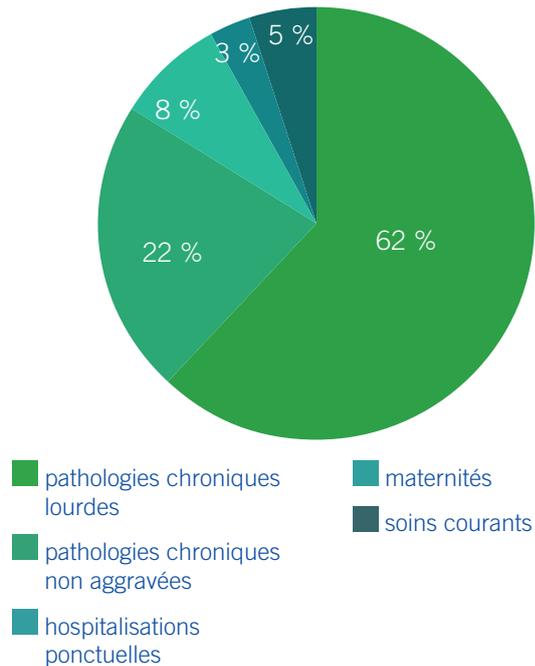
Les maladies chroniques représentent un enjeu majeur pour le système de santé. On estime en effet qu'à l'heure actuelle une personne sur quatre serait atteinte d'une pathologie chronique et les dépenses liées à ces pathologies représentaient en 2008 plus de 80 % des dépenses d'assurance maladie.

La prévalence des pathologies chroniques les plus graves peut être estimée à travers les données des affections de longue durée reconnues par l'assurance maladie.

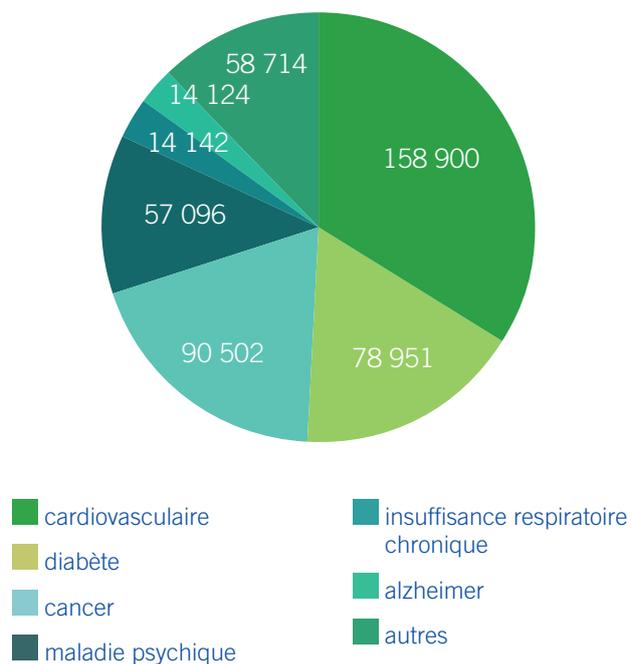
En Aquitaine, 472 430 personnes bénéficiaient d'une telle reconnaissance, les affections cardiovasculaires et le diabète représentant plus de la moitié des affections de longue durée. Les cancers et les pathologies psychiatriques constituant les deux autres principales causes d'affections de longue durée.

Les taux de prévalence ALD standardisés situent l'Aquitaine parmi les régions ayant les taux les plus bas pour les affections cardiovasculaires, le diabète et les cancers et parmi les régions aux taux les plus élevés pour les affections psychiatriques et les démences, le lupus et la sclérodémie, les infections par le VIH, les maladies chroniques du foie (dont les hépatites) et les paraplégies.

Répartition des dépenses remboursées assurance maladie 2008



Bénéficiaires ALD Régime Général 2009



• Les affections de longue durée en Aquitaine au 1er décembre 2009

Pathologies	Nombre de bénéficiaires ALD au 1/12/2009 Aquitaine (source CNAMTS)	Prévalence ALD : taux standardisé /100 000 bénéficiaires	Valeur régionale la moins élevée en France métropolitaine	Valeur régionale la plus élevée en France métropolitaine	Aquitain rang / taux le moins élevé
Maladies coronaires	44 988	1 563	1 336	1 792	10
Insuffisance cardiaque cardiopathies	32 641	1 117	923	1 341	7
Accident vasculaire cérébral	12 846	446	387	535	6
Artériopathies	20 786	719	562	925	7
Hypertension artérielle sévère	47 640	1 618	1 409	3 582	7
Total cardiovasculaire	158 901				
Diabète	78 951	2 768	2 135	3 693	6
Cancers	90 502	3 151	2 935	3 476	8
Insuffisance rénale chronique	4 030	146	127	187	4
Insuffisance respiratoire chronique grave	14 142	498	365	821	10
Mucoviscidose	208	9	7	16	3
Affectations psychiatriques	57 096	2 132	990	2 729	16
Alzheimer et démences	14 124	457	321	504	16
Sclérose en plaque	2 804	104	99	153	7
Parkinson	4 326	145	119	172	8
Affections neurologiques, musculaires, épilepsie	9 600	363	307	446	5
Polyarthrite rhumatoïde	8 204	288	245	384	5
Spondylarthrite ankylosante	3 355	125	90	247	12
Lupus, sclérodermie, PAN	3 071	110	69	113	21
Rectocolite et Crohn	4 564	172	164	277	3
Paraplégies	1 735	65	40	78	18
Scoliose évolutive	746	30	12	93	7
Déficit immunitaire primitif et VIH	4 201	162	59	321	19
Maladies chroniques du foie	7 767	286	216	439	16
Hémoglobinopathies	276	11	8	47	10
Hémophilies	1 016	38	30	74	6
Maladies métaboliques héréditaires	1 691	64	64	199	1

La problématique liée aux pathologies chroniques concerne toute la chaîne de l'offre en santé : actions de prévention, éducation thérapeutique, offre de soins et prise en charge médicosociale, accompagnement et insertion sociale.

> *Prévention*

Les maladies chroniques les plus fréquentes : pathologies cardiovasculaires, diabète, cancer, maladies respiratoires sont des pathologies pour partie évitables en lien direct

avec des déterminants comportementaux tels que la nutrition, la sédentarité et l'usage du tabac. La prévalence de l'obésité et celle du diabète qui évoluent sur des bases comparables de + 5 % par an, la part très importante des pathologies liées au tabac dans les décès masculins (20 %) mais également féminins (10 %) montrent l'importance de poursuivre et d'amplifier les actions de prévention sur ces thèmes. Il est nécessaire, dès le plus jeune âge, d'éduquer l'individu en lui faisant prendre conscience du rôle majeur qu'il a lui-même à jouer pour conserver un bon état de santé, et en développant ses capacités d'auto-



nomie et de résistance aux influences externes (pression du groupe pour le tabac, publicité pour l'alimentation...)

> *Education thérapeutique*

Une fois la maladie chronique installée, la problématique demeure de rendre le patient responsable et acteur de sa santé, en lui faisant bien comprendre le fonctionnement de sa pathologie et le rôle actif qu'il peut jouer en adaptant son comportement à cette pathologie : c'est le rôle essentiel de l'éducation thérapeutique.

> *Offre de soins et prise en charge médicosociale*

La caractéristique principale de la pathologie chronique est la durée dans le temps : la réponse aux besoins des patients ne se situe donc pas dans des soins ponctuels à visée curative, mais dans un accompagnement au long cours par les équipes soignantes, avec l'importance de la prise en charge psychologique, puisque le plus souvent la maladie chronique ne pourra pas guérir.

> *Accompagnement et insertion sociale*

Le fait d'être atteint d'une pathologie chronique entraîne un retentissement psychologique plus ou moins important selon les individus, mais réel, aussi bien à l'annonce du diagnostic que tout au long de l'évolution de la maladie avec les rechutes et les aggravations. Cette fragilité psychologique est importante à prendre en compte par tous les acteurs qui accompagnent les patients.

Au retentissement psychologique s'ajoutent les problèmes du handicap et de la perte d'autonomie qui se posent soit très précocement dans l'évolution de certaines pathologies neurologiques (sclérose en plaques, maladie de Parkinson...), musculaires (myopathies) soit plus tardivement dans l'évolution d'autres pathologies mais constituent toujours une préoccupation majeure pour le malade chronique et son entourage. Les besoins des malades chroniques rejoignent alors ceux des personnes âgées ou des personnes porteuses d'un handicap.

Eléments du diagnostic

> La culture en santé de la population apparaît très insuffisante : l'éducation à la santé est peu développée, tant au niveau des structures éducatives que des professionnels de santé. Des actions de promotion de la santé sont toutefois menées par de nombreux acteurs : acteurs associatifs, collectivités locales, organismes de sécurité sociale obligatoires et complémentaires, mais ces actions apparaissent dispersées et manquant de visibilité et de priorisation pour une parfaite efficacité.

> Les inégalités en santé constatées avec des écarts de 1 à 3 entre les taux de mortalité des hommes de 24 à 59 ans dans la catégorie des cadres supérieurs et celle des ouvriers et employés sont pour partie en lien avec les écarts de comportements vis-à-vis des principaux déterminants de santé. Le taux de fumeurs varie ainsi de 19 % chez les cadres à 37 % chez les ouvriers et la part des individus consommant moins de 3,5 fruits et légumes par jour varie de 28 % chez les cadres à 45 % chez les ouvriers. L'analyse de l'évolution de la prévalence de l'obésité révèle d'autre part que les écarts se creusent entre les catégories sociales avec une moindre augmentation chez les cadres.

> Les programmes d'éducation thérapeutique se développent, en particulier pour les principales maladies chroniques : pathologies cardiovasculaires, diabète, affections respiratoires mais les programmes sont majoritairement proposés dans un cadre hospitalier s'adressant à une population spécifique et limitée de patients chroniques. Les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes sont encore en règle générale peu formés à la « posture éducative » et le mode de paiement actuel à l'acte ne favorise pas le développement de cette prise en charge éducative.

> Le système actuel de soins apparaît mal adapté à une bonne prise en charge des malades chroniques : la coordination des acteurs n'est pas assez organisée et dépend de la bonne volonté des professionnels et des structures, la continuité des soins est mal assurée et entraîne des ruptures de prises en charge dommageables pour le patient (hospitalisation en urgence, erreurs dans la poursuite de traitement médicamenteux...), les réseaux mis en place pour faciliter cette coordination n'évitent pas le cloisonnement des prises en charge en raison de leur caractère thématique.

> La prise en compte des spécificités liées au handicap et à la perte d'autonomie est encore insuffisante que ce soit en termes d'accessibilité matérielle (accessibilité aux locaux, transports) ou en termes d'accueil attentionné (approche psychologique adaptée, prise en compte de l'environnement à domicile...).

AXES STRATÉGIQUES ET PLANS D' ACTIONS

1. Développer les actions de promotion et d'éducation à la santé

Les maladies chroniques les plus fréquentes : pathologies cardiovasculaires, diabète, cancer, maladies respiratoires sont des pathologies dont la survenue ou la gravité sont en lien avec des déterminants comportementaux tels que la nutrition, la sédentarité et l'usage du tabac.

L'appropriation d'une culture en santé et l'apprentissage des comportements adaptés au maintien d'un bon état de santé doivent intervenir dès le plus jeune âge. Ceci repose en grande partie sur l'implication de l'éducation nationale, car, par ce canal, une sensibilisation peut être acquise précocement et peut s'adresser à toutes les classes sociales.

L'existence de fortes disparités entre les catégories socioprofessionnelles, dans les comportements à risque de survenue des principales pathologies chroniques, doit inciter à développer de façon privilégiée des actions à destination des publics prioritaires et à réfléchir à des modes d'action adaptés à ceux-ci.

Le développement d'actions indifférenciées pour l'ensemble de la population semblerait au vu de l'évolution de la prévalence de l'obésité avoir, en effet, tendance à creuser les inégalités de santé.

Objectif 1 : Développer la responsabilisation des usagers et la capacité de ceux-ci à être acteurs de leur santé

- > S'appuyer sur le réseau de l'éducation nationale pour développer l'éducation à la santé : sensibiliser les chefs d'établissements afin de soutenir et dynamiser les équipes éducatives.
- > Orienter plus spécifiquement les actions de promotion de la santé envers les catégories socioprofessionnelles les plus à risque,
- > Développer le rôle éducatif des professionnels de santé ainsi que leur capacité à réaliser un repérage précoce des facteurs de risque : formation des professionnels, développement du rôle du médecin, du pharmacien.

Objectif 2 : Prioriser les actions envers les déterminants en santé à l'origine des maladies chroniques les plus fréquentes : tabac, nutrition et activité physique

- > Etablir des thèmes d'action prioritaires afin de coordonner et renforcer l'action des nombreux acteurs travaillant dans le champ de la prévention (associations, collectivités, organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires..) et de rendre plus lisible les messages vis à vis de la population.

2. Mettre en place une offre d'éducation thérapeutique accessible à tous

Au moment du diagnostic de la maladie chronique, si le patient n'a pas précédemment acquis une culture en santé, celui-ci doit être sensibilisé à l'importance d'adapter son comportement pour préserver son capital santé : habitudes alimentaires, sédentarité, usage du tabac, de l'alcool...

Il s'agit également de lui expliquer le fonctionnement de sa pathologie et le rôle actif qu'il peut lui-même jouer dans le suivi de sa maladie : observance médicamenteuse, suivi biologique, repérage des signes d'alerte ou de décompensation...

Le médecin doit pouvoir en fonction du profil de son patient et des pathologies concernées, soit diffuser de simples conseils et recommandations pour les patients bien informés et possédant une bonne culture en santé, soit diriger ceux-ci vers des programmes d'éducation thérapeutique adaptés.

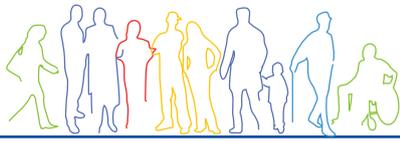
Tous les autres professionnels : pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes... doivent également s'impliquer au quotidien dans l'accompagnement éducatif des malades chroniques.

Objectif 1 : Améliorer l'accessibilité aux programmes d'éducation thérapeutique

- > Développer les programmes d'éducation thérapeutique dans les territoires de proximité,
- > Renforcer le recrutement des patients les plus à risque, notamment ceux issus des populations socialement défavorisées.

Objectif 2 : Développer la formation des professionnels de santé

- > Sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé à l'importance de l'approche éducative du patient.



Objectif 3 : Améliorer la visibilité de l'offre

- > Mettre en place un annuaire régional des ressources en éducation thérapeutique.

3. Améliorer la qualité du parcours de soins : continuité et coordination des soins, prévention des risques liés aux soins

Dans l'accompagnement au long cours que nécessite un patient atteint de pathologie chronique, l'organisation de la continuité des soins pour éviter les ruptures de prises en charge, la coordination entre les acteurs du soin et les acteurs médicosociaux ou sociaux apparaissent primordiales pour maintenir une qualité de vie satisfaisante du patient.

Les professionnels de premier recours et plus particulièrement le médecin généraliste dont le rôle a été reprecisé par la loi HPST sont les principaux acteurs de la coordination des soins autour du parcours de santé du patient. L'organisation actuelle avec le plus souvent des cabinets médicaux et paramédicaux isolés, un mode de paiement à l'acte sont autant de difficultés à surmonter pour assurer une coordination des soins optimale.

Les nouvelles organisations qui se mettent en place sous la forme de structures d'exercice pluri professionnel apparaissent comme une réponse prometteuse aux besoins des malades chroniques : l'élaboration d'un projet de santé par les différents professionnels appartenant à ces structures permet en effet d'organiser la continuité des soins en définissant la prise en charge des soins non programmés, de mettre en place des temps de coordination et d'organiser le partage des informations médicales entre professionnels.

En complément du développement de ces structures qui n'ont pas pour ambition de couvrir l'ensemble du territoire, il apparaîtrait utile de développer des plateformes d'appui à la coordination, apportant une aide au médecin traitant pour la gestion des cas complexes. Celles-ci pourraient se mettre en place en s'appuyant sur les structures de coordination déjà existantes sur un territoire : réseaux de santé polythématiques, CLIC...

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades chroniques passe aussi par une amélioration des échanges entre les professionnels que ce soient en termes de délai de transmission des informations ou de contenu des échanges : dans ce domaine, le développement du dossier médical partagé, du dossier pharmaceutique, des messageries sécurisées est un enjeu très important.

Enfin compte-tenu des traitements prolongés auxquels les patients atteints de maladies chroniques sont soumis, la prévention des risques liés à l'usage des médicaments, qui nécessite éducation du patient, surveillance des effets secondaires et échanges d'information entre les professionnels en particulier lors des entrées et sorties d'hospitalisation doit être mieux prise en compte.

Objectif 1: Accompagner la création de structures favorisant la continuité, la coordination et la complémentarité des soins et des prises en charge médicosociales

- > Faciliter sur l'ensemble de la région l'émergence des structures d'exercice pluri professionnel : pôles de santé, maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé, réseaux...
- > Mettre en place des coordinations d'appui au médecin traitant pour les cas complexes.

Objectif 2: Faciliter les échanges d'information entre les professionnels

- > Développer les messageries sécurisées et l'implantation du dossier médical personnel.

Objectif 3 : Améliorer la prévention des risques liés aux soins en particulier le risque médicamenteux

- > Développer des actions de sensibilisation des professionnels et des usagers sur la bonne utilisation des médicaments.

4. Améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques

Le malade chronique vit une expérience difficile puisque après le choc de l'annonce du diagnostic, il doit s'habituer à vivre avec sa pathologie et le plus souvent sans espoir de guérison. Il existe donc un besoin important d'accompagnement psychologique par les différents intervenants nécessitant écoute attentive et manifestation de compassion.

La maladie chronique qui va évoluer sur une longue durée ne doit pas pour autant être facteur d'exclusion : l'intégration sociale est donc primordiale qu'il s'agisse d'intégration scolaire pour les enfants malades, de réintégration professionnelle pour les actifs ou de maintien de vie à domicile et d'intégration sociale des personnes plus âgées ou atteintes d'un handicap invalidant.

Un certain nombre de mesures d'accompagnement exis-

tent mais restent mal connues et sont d'accès complexes. La mise en place d'une plateforme d'information et de services serait très utile pour améliorer l'accompagnement social des patients.

Un accompagnement médical et médico-social de qualité nécessite d'autre part que l'ensemble des professionnels acquièrent un réel savoir faire dans l'abord psychologique des patients atteints de maladies chroniques, en développant écoute et prise en compte de l'état de fragilité de ces patients, en raison du handicap et de la diminution d'autonomie engendrés par leur pathologie.

Objectif 1 : Mieux prendre en compte les besoins d'accompagnement des patients

- > Mettre en place une plateforme de mise à disposition de l'information facilitant l'accompagnement social du malade chronique : aide à la vie scolaire, réinsertion professionnelle, revenus de remplacement, adaptation du logement....
- > Adapter la formation des professionnels de santé pour une meilleure prise en compte des spécificités des personnes en situation de handicap (approche psychologique, environnement du patient....)
- > prendre en compte, dans l'ensemble des organisations et dispositifs la problématique de l'organisation des transports.



3.

PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT ET PERTE D'AUTONOMIE

POINTS CLÉS DU DIAGNOSTIC

Un enjeu démographique majeur avec un fort impact sur le système de santé (cf. état des lieux du PSRS).

L'Aquitaine avec 321 000 personnes de plus de 75 ans au 1 janvier 2007 est une des régions françaises les plus touchées par le vieillissement. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 10 % de la population régionale (8,7 % de la population en 1999).

La situation est contrastée selon les départements. Pour autant, quel que soit le territoire de santé, le nombre de personnes âgées, dans les prochaines années, continuera de croître. Si, jusqu'en 2020, la croissance restera modérée (+ 10,1 % de 2010 à 2020), elle s'accroîtra par la suite avec l'arrivée dans ce groupe d'âge des générations du baby boom.

Cette augmentation entraînera une hausse du nombre de personnes âgées dépendantes et des pathologies associées au grand âge avec une progression annoncée du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Dans ce contexte, l'efficacité du dispositif de soins et d'accompagnement et la prévention des pathologies liées au vieillissement et de la perte d'autonomie constituent un enjeu majeur.

Une offre de prévention et de structures sanitaires et médico-sociales conséquente mais qui présente des fragilités.

Si des efforts conséquents en matière d'offre de soins et médico-sociale ont été réalisés grâce à la mise en œuvre du précédent Schéma Régional de l'Organisation des Soins, du plan Alzheimer et du plan Solidarité Grand Age, l'offre reste encore à conforter notamment au regard des évolutions prévisibles de la population de 75 ans et plus.

Il convient notamment de s'attacher à répondre au souhait croissant des personnes âgées de vivre à domicile. Aujourd'hui 80 % des personnes âgées d'au moins 80 ans vivent à domicile.

A contrario, l'entrée en établissement est de plus en plus

tardive avec une dépendance et des pathologies liées au vieillissement de plus en plus lourdes pour les établissements dont les ressources sont souvent mal adaptées pour les prendre en charge.

Le recours aux établissements de santé trop souvent mal préparé et dont la sortie est insuffisamment coordonnée, impacte fortement l'activité sans qu'un gain optimal pour le patient en soit retiré, voire même génère un effet délétère.

L'impact de l'augmentation des démences (Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées) liées au grand âge nécessite par ailleurs que soit confortée l'offre progressivement mise en place dans le cadre notamment des plans Alzheimer.

Au-delà de l'adaptation de l'offre, il convient de développer les actions de prévention et de diagnostic précoce propres à limiter l'impact des pathologies liées au vieillissement et de la perte d'autonomie.

Une organisation en filière en cours de structuration mais qui ne permet pas toujours un parcours coordonné des soins et de l'accompagnement

Des efforts importants ont été engagés pour développer une filière coordonnée de prise en charge des pathologies du vieillissement. Toutefois, le diagnostic du PSRS a montré qu'il convenait de s'engager vers une organisation et des coopérations centrées autour d'un parcours coordonné de soins et d'accompagnement de la personne âgée et des aidants impliquant :

- > Les dispositifs de coordination locale (Comités Locaux d'Information et de Coordination qui restent inégalement répartis sur les territoires),
- > La médecine de ville,
- > Les établissements pour personnes âgées,
- > Les services à domicile (SSIAD, SAD),
- > Les établissements de santé.

Une politique de formation et de développement de la recherche à développer

Tant les éléments recueillis dans le cadre de la préparation du PRSR que les échanges au sein du groupe de travail sur l'approche transversale des pathologies du vieillissement ont fait apparaître la nécessité d'adapter et renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé et sociaux aux problématiques du grand âge.

ENJEUX ET PRINCIPES GÉNÉRAUX

En cohérence avec les orientations du PSRS, l'enjeu du vieillissement fait l'objet d'une prise en compte dans le Plan Régional de Santé en tant que thème transversal, nécessitant une mise en œuvre et un suivi spécifiques, et une prise en compte dans les trois schémas régionaux de l'organisation des soins, de l'offre médico-sociale et de la prévention et promotion de la santé.

Cette politique transversale s'appuiera sur :

> Cinq principes généraux déclinés dans les différents schémas :

- Une réponse de proximité,
- Une approche globale de la personne âgée,
- Une démarche d'amélioration de la qualité,
- Une réponse coordonnée opérationnelle entre les différents intervenants,
- Une répartition équitable de l'offre sur les territoires.

> Quatre axes stratégiques :

- Promouvoir la prévention des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie,
- Favoriser la mise en œuvre d'un parcours coordonné de soins et d'accompagnement,
- Développer la formation des personnels et la recherche,
- Renforcer les dispositifs d'aide aux aidants,

> La mise en œuvre, sur la durée du PRS, d'un programme pathologie du vieillissement au niveau régional et territorial s'appuyant sur des dispositifs de coordination de proximité associant les acteurs du soin, de l'accompagnement médico-social et de la prévention.

AXES STRATÉGIQUES ET PLANS D' ACTIONS

1. Promouvoir la prévention des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie

Objectif 1: Agir précocement pour préserver l'autonomie de la personne

La prévention primaire reste insuffisamment développée malgré les nombreuses actions menées par les organismes de sécurité sociale (CARSAT, MSA, RSI), les mutuelles ou les collectivités locales et les associations.

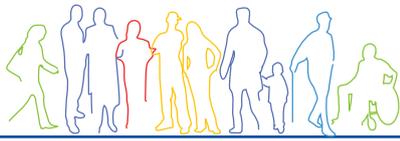
Plusieurs plans nationaux (Plan bien vieillir, Programme pour la Gériatrie, Plan Alzheimer, Plan solidarité grand âge, Plan National Nutrition Santé) mettent l'accent sur le rôle de la prévention afin de limiter la fréquence et la gravité des pathologies du vieillissement et la perte d'autonomie.

Le développement de la prévention s'articule autour de :

- > L'élaboration d'un programme régional coordonné de développement d'actions portant sur la prévention des risques de chutes, de dénutrition, de iatrogénie médicamenteuse, de dépression et de dépendance cognitive dans le cadre du schéma régional de prévention et de promotion de la santé,
- > L'implication des établissements de santé et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dans les actions de prévention primaire notamment sur la prévention des risques de chutes, de dénutrition, de iatrogénie médicamenteuse, de dépression et de dépendance cognitive, et dans la prévention des hospitalisations évitables,
- > L'engagement des collectivités locales autour des actions inscrites dans le Plan bien vieillir (maintien du lien social, accessibilité des transports.....)

• Actions/recommandations

- > Définir un programme régional coordonné de développement d'actions de prévention des risques de chutes, de dénutrition, de iatrogénie médicamenteuse, de dépression et de dépendance cognitive associant l'ensemble des partenaires concernés (organismes d'assurance maladie, caisses de retraite, mutuelles, collectivités territoriales, associations de prévention et établissements de santé),
- > Inciter, dans le cadre des CPOM, les établissements



de santé participant à la filière gériatrique, à mettre en place des actions de prévention des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie et une sensibilisation aux conduites favorables au « bien vieillir »,

- > Prévoir dans le cadre des conventions tripartites des objectifs d'amélioration de la prévention des risques de dénutrition, des chutes, des dépressions et de la iatrogénie médicamenteuse,
- > Accompagner les collectivités s'engageant dans des actions s'inscrivant dans le plan national bien vieillir (contrat local de santé),
- > Intégrer la mission de prévention de la iatrogénie médicamenteuse dans le cahier des charges des filières gériatriques labellisées et dans les objectifs du PRGDR.

• Indicateurs

- > Existence du programme régional de prévention,
- > Nombre d'établissements de santé ayant mis en œuvre des programmes de prévention,
- > Nombre de collectivités locales et organismes de protection sociale engagés dans un programme « bien vieillir ».

2. Favoriser la mise en œuvre d'un parcours coordonné de soins et d'accompagnement

Objectif 1 : Poursuivre la structuration des filières de soin gériatriques intra hospitalières au niveau de chaque territoire de santé

(Cet objectif, notamment concernant l'organisation des implantations, est plus spécifiquement traité dans le volet hospitalier du SROS : le présent document en rappelle les points essentiels de manière synthétique).

La structuration des filières gériatriques intra hospitalières repose sur plusieurs axes :

- > Développer l'évaluation gérontologique globale,
- > Favoriser les filières courtes et prévenir les hospitalisations évitables,
- > Adapter l'offre d'hospitalisation à temps complet aux besoins des patients gériatriques

La filière gériatrique comprend :

- > Un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière,
- > Une équipe mobile de gériatrie (EMOG),
- > Une unité de consultations externes,

- > Une unité d'hospitalisation de jour (H J)
- > Des soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques,
- > Des soins de longue durée (USLD)

et implique plusieurs établissements de santé, quel que soit leur statut. Les diverses structures composant une même filière gériatrique peuvent être réparties sur plusieurs établissements de santé localisés dans le territoire. Une coordination administrative de la filière ainsi qu'une coordination médicale assurée par un gériatre est indispensable.

La filière de soins gériatrique organise, au niveau de son territoire d'implantation, des partenariats avec les médecins et infirmiers libéraux, les acteurs de la prise en charge médico-sociale (EHPAD, SSIAD..), les structures de coordinations (CLIC, MAIA, réseaux), les services d'aide à domicile.

• Actions prévues dans le volet hospitalier du SROS :

Action 1 : Renforcer l'offre en unités de court séjour gériatriques (CSG)

Action 2 : Favoriser l'organisation de consultations d'évaluation gériatrique

Action 3 : Favoriser l'accès aux unités d'hospitalisation de jour de gériatrie (HJG)

Action 4 : Mettre en place une Equipe Mobile de Gériatrie (EMOG) dans chaque centre hospitalier disposant d'un court séjour gériatrique

Action 5 : Adapter les services de soins de suite et réadaptation (SSR) à la prise en charge des patients gériatriques

Action 6 : Adapter les USLD aux besoins de la filière gériatrique

Action 7 : Labelliser les filières de soins gériatriques ayant organisé une collaboration avec le secteur extra hospitalier

Objectif 2 : Améliorer les articulations ville-hôpital-médico-social (objectifs communs aux différents schémas)

L'intervention coordonnée des différents intervenants autour des personnes âgées (établissements de santé, professionnels de santé libéraux – médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes – établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes, services à domicile) est essentielle à la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées.

L'amélioration des articulations ville-hôpital nécessite :

- > un accès rapide et facile pour les médecins traitants et les établissements d'hébergement aux expertises gériatriques hospitalières,
- > l'intervention des équipes hospitalières dans un cadre organisé et protocolisé à l'extérieur de l'établissement pour éviter des hospitalisations inutiles en favorisant l'utilisation des nouvelles technologies,
- > une organisation anticipée du retour à domicile ou en établissement d'hébergement en aval des hospitalisations.
- > Une attention particulière sera portée aux partenariats utiles pour améliorer les prises en charges en fin de vie en établissements médico-sociaux, en lien avec les établissements de santé, les services d'HAD et les réseaux, et en permettant la présence de personnel soignant formé.

• Action 1 : Faciliter l'accès aux services gériatriques hospitaliers, aux médecins traitants et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Les expérimentations de mise en place de ligne téléphonique directe permettant aux médecins libéraux et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD de communiquer directement avec l'équipe soignante du court séjour gériatrique pour gérer les hospitalisations et les sorties d'hôpital mais aussi pour obtenir un appui technique doivent être développées.

Par ailleurs des dispositifs de visio-consultation permettent d'éviter le déplacement des personnes âgées fragilisées et de faciliter l'accès à des avis spécialisés.

- Recommandations :

- > Mener des expérimentations de permanence téléphonique dans les courts séjours gériatriques,
- > Favoriser la mise en place de dispositifs de visio-consultation entre établissements de santé et EHPAD dans le cadre du programme régional de télémedecine

-Indicateurs de suivi :

- > Nombre de services de court séjour ayant mis en place une permanence téléphonique avec ligne téléphonique directe,
- > Nombre de dispositifs de visio-conférence mis en place,
- > Evolution du nombre des hospitalisations via les services d'urgences, par EHPAD.

• Action 2 : Favoriser l'intervention des équipes mobiles gériatriques en dehors du secteur hospitalier

Les équipes mobiles gériatriques doivent pouvoir intervenir en interface entre les établissements de soins, les établissements pour personnes âgées dépendantes et les intervenants à domicile pour éviter certaines hospitalisations, faciliter les hospitalisations nécessaires et la sortie des patients après hospitalisation. Elles doivent s'intégrer dans les structures de coordination existantes ou prévues (CLIC, MAIA, réseaux de soins...).

- Recommandations :

- > Favoriser l'intervention des équipes mobiles de gériatrie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, pour des consultations d'évaluation gériatrique et des conseils dans le cadre de la prise en charge,
- > Mener une expérimentation d'intervention de certaines équipes mobiles de gériatrie auprès des intervenants à domicile (SSIAD, CLIC, réseaux de santé..) pour apporter des conseils et une aide technique dans le cadre de la gestion de crise et dans la gestion du parcours de soins des personnes âgées,
- > Intégrer les équipes mobiles de gériatrie dans les structures de coordination existantes ou prévues.

- Indicateurs de suivi :

- > Nombre d'équipes mobiles de gériatrie intervenant en dehors des établissements de santé,
- > Nombre d'interventions d'équipes mobiles de gériatrie en EHPAD.

• Action 3 : Améliorer l'organisation des sorties d'hospitalisation

Des réponses expérimentales ont été mises en place à partir :

- > Des établissements disposant d'hébergement temporaire permettant l'accueil après hospitalisation pour des personnes pour lesquelles le retour n'est pas immédiatement possible,
- > Des SSIAD qui peuvent proposer des places en sortie d'hospitalisation dans un contexte d'urgence pour une période limitée (expérience TransiSSIAD),
- > Des services d'HAD.



Les organismes d'assurance retraite ont également mis en place un dispositif permettant de favoriser le retour à domicile après hospitalisation (allocation de retour à domicile après hospitalisation).

- Recommandations :

- > Inciter dans chaque territoire à expérimenter la mise en place de solutions adaptées aux fins d'hospitalisation (lits d'hébergement temporaire réservés à l'accueil de patients sortant de l'hôpital, places de SSIAD réservées à l'accueil en urgence après hospitalisation),
- > Faire une évaluation médico économique de ces expérimentations avant d'envisager une généralisation,
- > Rechercher les modalités d'accompagnement financier si nécessaire.

• Action 4 : Développer la complémentarité entre la filière gériatrique et les services de psychiatrie

L'objectif est d'organiser des soins de recours dans des unités de géronto-psychiatrie, localisées dans les hôpitaux psychiatriques ou non psychiatriques et de développer l'offre de proximité par le suivi à domicile ou en EHPAD.

- > Organiser par des conventions les coordinations entre la filière gériatrique et le secteur psychiatrique,
- > Articuler les équipes mobiles des différents établissements,
- > Permettre à chaque établissement de santé de la filière gériatrique, de pouvoir recourir à un spécialiste de la géronto-psychiatrie (médecin, psychologue, infirmier),
- > Favoriser l'intervention du gérontopsychiatre de la filière dans les EHPAD.

- Indicateurs de suivi :

- > Nombre de filières gériatriques dotées d'une compétence en géronto-psychiatrie,
- > Nombre d'interventions du géronto-psychiatre dans les EHPAD.

3. DÉVELOPPER LA FORMATION ET LA RECHERCHE

Objectif 1 : Développer des compétences professionnelles nouvelles en matière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer

- > Développer les formations qualifiantes d'Assistant de Soins en Gérontologie et gestionnaires de cas en :
 - réalisant un bilan des formations engagées, en identifiant les freins à leur développement en lien avec le conseil régional, la DRJSCS et les conseils généraux,
 - réalisant une étude des besoins de formation,
 - accompagnant le développement des fonctions d'assistant de soins en gérontologie dans les établissements et services accueillant des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- > Nombre d'assistants de Soins en Gérontologie en poste en Aquitaine,
- > Nombre de gestionnaires de cas formés en poste en Aquitaine.

Objectif 2 : Développer les formations en gérontologie et gériatrie dans les formations initiales et continues des professionnels de la santé

- > Effectuer une évaluation du besoin à partir d'un état des lieux sur la place de la gérontologie et de la gériatrie, y compris la psychogériatrie, dans les formations médicales et paramédicales initiales et continues,
- > Proposer en lien avec le conseil régional et les organismes de formation un programme de développement des formations.
- > augmenter l'effort de formation continue des personnels des établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que des services intervenant à domicile, concernant la prise en charge des personnes âgées, la prévention des risques spécifiques et la bientraitance.

- Indicateurs :

- > Existence de l'état des lieux et du programme régional

Objectif 3 : Développer une coopération avec l'Université en matière d'évaluation de la filière gériatrique

La Région Aquitaine dispose d'atouts et de ressources en matière de recherche sur les pathologies liées au vieillissement et notamment :

- > Une équipe rattachée à l'Université de Bordeaux (IS-PED) et à l'Inserm (U897) qui travaille sur « Epidémiologie et neuropsychologie du vieillissement cérébral »,
- > Ainsi que de nombreuses formations universitaires relatives aux métiers de la santé.

- Recommandations :

- > Proposer un programme d'évaluation des politiques et des dispositifs relatifs aux pathologies du vieillissement et à la perte d'autonomie en partenariat avec l'université.

4. RENFORCER LES DISPOSITIFS D'AIDE AUX AIDANTS DE PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE MALADIE APPARENTÉE

L'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée représente une charge très lourde pour les aidants naturels.

Le plan Alzheimer prévoit plusieurs actions de soutien aux aidants qui doivent être mises en œuvre en coordination étroite avec les dispositifs des conseils généraux dans le cadre des schémas départementaux.

Objectif 1 : Développer les structures de répit, d'information et de gestion des cas complexes

Le plan Alzheimer 2008-2012 fixe l'objectif d'offrir sur chaque territoire de proximité une palette diversifiée et graduée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants.

- Recommandations :

- > Mettre les accueils de jour en conformité sur le plan capacitaire : 6 places dans les accueils de jour adossés à un EHPAD et 10 places dans les accueils de jour autonomes,
- > Organiser, dans chaque accueil de jour, le transport des personnes âgées atteintes par une MAMA suivant une des modalités décrites dans la circulaire du 25 février 2010,
- > Mettre en place, dans les accueils de jour de plus de 10 places qui le souhaitent, une « plateforme d'accompagnement et de répit des aidants Alzheimer » répondant au cahier des charges de la circulaire DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011. Au total 9 plateformes sont prévues pour l'Aquitaine et 5 devront être mises en place en 2011,
- > Mettre en place des « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA) en suivant la planification nationale. En 2011, en Aquitaine, 3 MAIA ont été créées en plus de celles qui participaient depuis 2009 à une expérimentation. Chaque MAIA dispose d'une équipe de « gestionnaires de cas » qui interviennent auprès des patients « complexes » nécessitant une aide et un accompagnement au quotidien pour la prise en charge des soins et de la dépendance,



- > Inciter les EHPAD qui bénéficient de lits « d'hébergement temporaire » à offrir ces possibilités d'accueil de courte durée quand les aidants se trouvent en difficulté momentanée,
- > Développer des « équipes spécialisées Alzheimer » (ESA) dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour apporter, à domicile, une aide aux aidants et mettre en place des soins d'accompagnement et de réhabilitation au bénéfice de la personne malade. Le plan Alzheimer prévoit 31 ESA en Aquitaine à horizon 2012.

- Indicateurs :

- > Nombre de structures et taux d'équipement par territoire de santé pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Objectif 2 : Mettre en place des actions de formation des aidants

La mesure 2 du plan Alzheimer prévoit la mise en place d'actions de formation des aidants.

Cette formation, d'une durée de deux jours, vise à comprendre cette maladie, les troubles du comportement qu'elle induit et surtout les attitudes adaptées qui permettent de limiter les crises. Son contenu s'appuiera sur un référentiel bâti par l'HAS.

- Recommandations :

- > Elaborer et mettre en œuvre un programme régional de formation des aidants.

- Indicateurs :

- > Nombre d'actions de formation financées par l'ARS,
- > Nombre d'actions de formation financées par d'autres acteurs,
- > Nombre d'aidants formés.

Objectif 3 : Développer les actions favorisant le soutien psychologique des aidants

Des actions de soutien psychologique (aide à faire face, aménagement de la relation d'aide) et social (information sur les aides et dispositifs existants) doivent pouvoir être proposées à tous les aidants qui en expriment le besoin. Actuellement, peu d'aidants bénéficient de cette aide. Les dispositifs de soutien qui peuvent exister sont territorialement très inégalement répartis et sont souvent inconnus des personnes concernées.

- Recommandations :

- > Coordonner l'action des différents décideurs et financeurs dans le cadre de la commission de coordination,
- > Organiser dans les établissements de santé les consultations de soutien aux aidants de personnes âgées lourdement dépendantes ou atteintes de troubles du comportement. Ce soutien doit avoir lieu pendant l'hospitalisation du proche concerné, ou au cours de la période pendant laquelle il est suivi par la consultation mémoire,
- > Soutenir les réseaux, associations, les services médico sociaux (CLIC, MAIA...) proposant ce type de soutien,
- > Inciter, en concertation avec l'URPS, à la mise en place d'actions de formation médicale continue portant notamment sur l'utilisation d'outils d'évaluation de la souffrance (« fardeau de l'aidant »),
- > Faciliter l'accès à l'information sur les dispositifs existants, pour les professionnels de santé et les aidants.

- Indicateurs :

- > Evolution du nombre d'aidants bénéficiant chaque année d'une action de soutien.

AMÉLIORER CONCRÈTEMENT LE PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES : UN PROGRAMME RÉGIONAL TRANSVERSAL ET UNE DÉCLINAISON DÉCLOISONNÉE SUR LES TERRITOIRES

1.

Le pilotage du programme régional pathologie du vieillissement et de la perte d'autonomie

Les enjeux démographiques et l'impact de l'augmentation attendue des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie sur le système de santé et de l'offre médico-sociale nécessitent une action coordonnée et forte des institutions en charge du pilotage de cette politique ou contribuant à sa mise en œuvre (Agence Régionale de Santé, Conseils Généraux, Conseil Régional, Collectivités locales, Organismes d'assurance maladie et d'assurance retraite, organismes d'assurance complémentaire, représentants des professionnels et des usagers...).

Une amélioration de la qualité de la prise en charge est attendue à travers la mise en place de réels parcours coordonnés de santé dans lequel chacun des opérateurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social, doit trouver sa juste place.

Ces enjeux justifient que soit formalisé au niveau régional avec une déclinaison territoriale et de proximité un programme régional des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie portant sur les trois volets des soins, de l'accompagnement et de la prévention et associant chacune des institutions concernées sur la base des axes stratégiques et des plans d'actions définis.

Ce programme fera l'objet d'un pilotage au niveau régional, de chacun des territoires de santé et à un niveau de proximité clairement identifié.

1- 1 Le pilotage régional

Le pilotage régional, animé par l'Agence Régionale de Santé qui désignera un chef de projet à cet effet, sera assuré par un comité de pilotage, émanation des deux commissions de Coordination des politiques publiques et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

Certaines actions en termes d'amélioration de la qualité pourront être développées dans le cadre du programme régional de gestion du risque (par exemple, actions sur le bon usage du médicament) et du programme régional de télémédecine, dans le cadre de l'actualisation de ces deux programmes.

1-2 Le pilotage au niveau des territoires de santé

Au niveau de chacun des territoires de santé la coordination et le suivi du programme régional sont assurés par les délégations territoriales de l'ARS et les conseils généraux qui associent dans le cadre défini localement les opérateurs (établissements de santé, professionnels de santé, établissements et services médico-sociaux, associations et organismes de prévention et promotion de la santé) et la conférence de territoire.

Les conférences de territoire développent un projet médical de territoire favorisant les coopérations entre les différents intervenants.

Un bilan annuel des actions est réalisé.



2. L'organisation de la filière pathologie du vieillissement et la coordination de proximité

Une organisation d'une filière pathologie du vieillissement et perte d'autonomie doit être définie dans chaque territoire de proximité défini au sein des territoires de santé.

Elle doit permettre la mise en œuvre opérationnelle des axes stratégiques du programme régional pathologie du vieillissement et perte d'autonomie portant sur :

- > La prévention des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie,
- > Les parcours coordonnés de soins et d'accompagnement,
- > Les dispositifs d'aide aux aidants.

2.1 La filière pathologie du vieillissement

Elle s'appuie sur :

- > Une offre de prévention,
- > Le médecin traitant et l'ensemble des professionnels intervenant à domicile,
- > La filière gériatrique hospitalière,
- > Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile du territoire et les dispositifs spécifiques à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (accueil de jour, équipes de soins spécialisées Alzheimer),
- > Les réseaux de santé polyvalents selon leur déploiement au niveau des territoires de santé,
- > Les dispositifs de coordination (CLIC, MAIA, plate-forme sanitaire et sociale).

Les services d'aide à domicile participent au bon fonctionnement de la filière.

2.2 La mise en œuvre et la coordination de proximité

L'amélioration de la prévention des effets du vieillissement et de la prise en charge des pathologies supposent un travail de proximité, sur des territoires de plus forte proximité que les territoires de santé, articulé d'abord sur les dispositifs de coordination et la médecine de premier recours.

La mise en œuvre des objectifs des trois schémas d'organisation et des objectifs décrits dans le présent document devra donc faire l'objet d'un travail prioritaire au sein des territoires qui seront définis dans le cadre des conférences de territoires pour permettre aux partenaires locaux

de structurer des organisations de proximité.

Une attention particulière devra être portée à la simplification des organisations et des parcours : les dispositifs de coordination de proximité ne doivent pas se juxtaposer. Il est recommandé selon la configuration de chaque territoire de regrouper les dispositifs pour éviter les doublons et/ ou de s'appuyer sur les dispositifs existants (MAIA, réseaux, CLIC, voire EHPAD, SSIAD, hôpital local...).

Le programme régional et ses déclinaisons territoriales devront s'attacher à faire connaître les dispositifs existants et, de manière concrète, les modalités et conditions d'accès.

4. SANTÉ MENTALE

Un parcours de santé prioritaire : promouvoir la santé mentale de la population, prévenir les conséquences de la souffrance psychique, dépister et soigner la maladie mentale, mieux prendre en charge les personnes handicapées psychiques.

INTRODUCTION

Les problèmes de santé mentale sont particulièrement fréquents puisque globalement une personne sur trois présente ou présentera des troubles mentaux au cours de sa vie et une sur dix présente un état dépressif.

Le rapport 2010 de l'European Brain Council affirme, à partir d'une étude menée dans 30 pays, que le coût annuel des maladies du cerveau, neurologiques ou psychiatriques, s'élève à 800 milliards d'euros. C'est bien plus que les coûts estimés des maladies cardio-vasculaires (192 milliards d'euros dans l'Union Européenne en 2008) ou des cancers (de 150 à 250 milliards). L'EBC considère donc qu'il s'agit là du « défi économique n°1 pour le secteur des soins de santé en Europe aujourd'hui et à l'avenir ».

1^{er} enjeu : promouvoir la santé mentale de la population et prévenir les conséquences de la souffrance psychique.

1 - Promouvoir la gestion de sa santé mentale par chacun en se dotant des compétences clés nécessaires :

En s'inspirant des recommandations du rapport national « la santé mentale, l'affaire de tous » (centre d'analyse stratégique, 2010, rapport KOVASS-MASFETY) et des différents rapports nationaux sur ce sujet, « investir tôt dans les personnes pour un bon départ dans la vie » (ibid., p143 et s.) afin d'activer les facteurs de promotion et de résilience plutôt que de financer des dispositifs de compensation des difficultés :

- > Favoriser les modes de garde de qualité et les interventions précoces en faveur de la petite enfance, et soutenir la fonction parentale,
- > Développer les compétences cognitives, émotionnelles et psychosociales lors de la scolarité, notamment la confiance en soi,

- > Favoriser la qualité de vie pendant les études et au travail,
- > Concevoir un vieillissement heureux et actif.

Ces orientations devront être déclinées avec les institutions compétentes dans ces matières : conseil régional, conseils généraux, collectivités territoriales, éducation nationale, organismes assurant les prestations familiales, organismes assurant les prestations retraites (régime général et régimes complémentaires), institutions du monde du travail, universités, professionnels et représentants des usagers concernés.

2 - Développer la prévention de la souffrance psychique et de la maladie mentale, et des conduites addictives

- > Développer les compétences sociales et les démarches d'information éducatives et préventives à l'attention des jeunes, en s'appuyant sur la promotion de la santé physique et psychique, l'amélioration des compétences psycho-sociales, notamment vis-à-vis du stress, de l'anxiété et des inhibitions relatives aux relations sociales,
- > Développer des actions de prévention des conduites addictives globales et intégrées sur les différents territoires, mobilisant un large partenariat ; implication des collectivités territoriales, associations de parents d'élèves, éducation nationale, organismes d'insertion, structures d'addictologie de recours du territoire,
- > Développer des actions collectives de prévention des conduites à risque (alcool, tabac, substances psychoactives) et d'aide à l'arrêt auprès des lycées, collèges, universités, grandes écoles, maternités, entreprises, milieux professionnels, milieux sportifs, organismes d'insertion, milieu carcéral,
- > Contribuer aux travaux du plan régional sur la santé au travail afin que la prévention et la prise en charge des risques psychosociaux au travail soient prises en compte et fassent l'objet de programmes adaptés dans les différentes branches professionnelles et administrations,
- > Valoriser le rôle et l'utilité sociale des seniors en lien avec les collectivités territoriales (prévention du suicide et de la dépression chez les personnes âgées).



2^e enjeu : dépister et soigner la maladie mentale.

1 - Développer le dépistage des troubles psychiques notamment à l'occasion des tentatives de suicide des jeunes

- > Développer le dépistage et la prise en charge précoce dès le plus jeune âge notamment en développant l'action des services de PMI, de pédo-psychiatrie et des centres d'action médico-sociale précoce,
- > Assurer la diffusion en particulier en milieu scolaire (psychologues, infirmières scolaires, professeurs) du guide de repérage de la souffrance psychique chez les jeunes (référentiel en cours de finalisation) et appliquer les recommandations du guide des procédures de dépistage en vue de l'orientation des enfants à risque. Il conviendra de conduire une réflexion sur ce sujet avec les services chargés de la petite enfance et la médecine du travail pour les adultes,
- > Mettre en place des mesures de prévention du risque de suicide, en particulier dans les milieux fréquentés par les jeunes et les personnes en situation de précarité, et des programmes de prévention du suicide chez les personnes âgées et chez les homosexuels,
- > Poursuivre la diffusion du guide d'intervention MILDT/ Education nationale pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire : favoriser l'implication des associations en addictologie en milieu festif pour prévenir les risques de passage à l'injection, développer le recours aux consultations jeunes consommateurs de substances psychoactives en formalisant les coopérations entre les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), les centres de soins en addictologie (CPSAPA) et les médecins généralistes, et prévoir une consultation différée, en lien avec l'ELSA, pour les jeunes présentant une alcoolisation massive et admis aux urgences.

2 - Mieux prendre en charge la maladie mentale (chapitre 4 du volet hospitalier du SROS)

- > Améliorer l'accès aux soins et la réponse à l'urgence en optimisant la réponse aux situations aiguës de soin et à l'urgence,
- > Proposer une prise en charge adaptée aux besoins du patient en disposant de capacités d'accueil en hospitalisation complètes adaptées aux besoins, en développant une offre médico-sociale mieux adaptée aux patients au long cours, en structurant une prise en charge adaptée aux enfants et aux adolescents, en améliorant la prise

en charge des patients autistes, en optimisant la prise en charge des détenus, celle des patients en situation de fragilité financière, celle des patients présentant des conduites addictives, celle des patients présentant des états anxieux et dépressifs graves, et en renforçant la prise en charge des personnes âgées,

La reconversion de lits du secteur sanitaire vers le médico-social, dans un objectif d'adaptation aux besoins des personnes, doit bénéficier d'un accompagnement afin de veiller à la pertinence de cette transformation.

- > Améliorer la formation et l'information des intervenants : internes en psychiatrie et médecins généralistes, infirmiers exerçant en service de psychiatrie, psychologues et psychothérapeutes, personnels intervenant dans les structures médico-sociales,
- > Améliorer la coopération entre les acteurs par une relation optimisée avec le médecin traitant et les autres professionnels de soins de premier recours et des relations confiantes et formalisées avec les EHPAD et les autres structures médico-sociales. Une meilleure articulation entre les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sera recherchée dans le cadre d'une réflexion commune entre les équipes psychiatriques et les acteurs décisionnels des maisons départementales des personnes handicapées et des conférences de territoire,
- > Assurer une bonne articulation des intervenants en addictologie et en psychiatrie dans les situations fréquentes de co-occurrences des troubles psychiatriques graves et troubles addictifs.

3- Prévenir les rechutes et la chronicité par la prise en charge par le malade lui-même de sa santé : développer l'éducation thérapeutique dans le champ de la psychiatrie

Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique conformes à ceux validés au niveau international et incluant une démarche d'évaluation, avec participation des psychiatres libéraux et médecins généralistes :

- > Offrant différentes possibilités : prise en charge individuelle avec un programme personnalisé ou collective: groupes d'affirmation de soi, groupes d'auto support, autres groupes de parole,
- > Destinés également aux familles et aidants.

Une réflexion au sein d'un groupe de travail ad hoc sera menée afin de pouvoir être force de proposition et aide au montage de projets et à la définition de procédures d'évaluation en vue des demandes d'agrément de programmes d'ETP.

3^e enjeu - Mieux prendre en charge les personnes handicapées psychiques

La reconnaissance du handicap psychique a trouvé sa consécration législative avec la Loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Les associations estiment que 1 % de la population française serait touché par un trouble psychique pouvant entraîner un handicap.

La prévention des ruptures de parcours de santé concerne particulièrement la personne handicapée psychique du fait de l'interpénétration de la pathologie mentale avec le handicap psychique et du plus ou moins grand risque de survenue de phases de décompensation nécessitant un recours immédiat et organisé au système de soins psychiatriques. Aussi, plus que pour d'autres handicaps, les personnes souffrant de troubles psychiques ont un besoin essentiel d'accompagnement de proximité et au quotidien.

1 - L'inclusion scolaire est le fondement de la socialisation pour les enfants handicapés psychiques.

Le rapport IGAS sur « la prise en charge du handicap psychique » (Août 2011) estime que les troubles psychiques représentent environ un quart des effectifs des élèves handicapés scolarisés en établissements médico-sociaux et de santé.

Il convient de :

- > Poursuivre les actions d'inclusion en milieu scolaire ordinaire avec l'accompagnement nécessaire : accroître les interventions des auxiliaires de vie scolaire individuels et des emplois de vie scolaire individuels (1/3 des enfants concernés actuellement en intégration scolaire) et mieux mailler le territoire en réponses spécialisées de type CMPP et SESSAD, mais également en lien avec le dispositif de pédo-psychiatrie (notamment CATTP),
- > Poursuivre en fonction des besoins, et en veillant à une couverture équitable de tous les territoires, la création de classes spécialisées (CLIS/ULIS) et de places d'établissements médico-sociaux pour les enfants et adolescents ne pouvant être maintenus en milieu scolaire ordinaire ou spécialisé (notamment places en IME pour autistes et ITEP pour jeunes présentant des troubles du comportement).

2 - Offrir aux personnes adultes handicapées psychiques tous les moyens de réussir une inclusion dans la société

2.1.- Optimiser les outils d'évaluation du handicap et des capacités de la personne dans le cadre d'un parcours de santé, de son environnement, familial et social, de son parcours antérieur, de l'offre locale d'emploi, de logement notamment.

2.2.- Offrir des dispositifs individuels et communautaires permettant à la personne handicapée psychique de trouver sa place dans les dispositifs de droit commun : logement tout d'abord, emploi ensuite (par la finalisation notamment dans chaque territoire d'un service d'insertion professionnelle spécialisé), avec si nécessaire le soutien à domicile de dispositifs spécialisés de type SAVS/SAMSAH/SSIAD, et la promotion de la vie sociale avec les groupes d'entraide mutuelle comme l'un des outils pertinents.

2.3.- Offrir les dispositifs adaptés au handicap quand l'inclusion en milieu ordinaire n'est pas possible, en particulier pour les personnes autistes ou avec des troubles envahissant du développement : places en établissements spécialisés (ESAT, FAM/MAS), accueil intermédiaire entre logement ordinaire et hospitalisation au long cours ou prise en charge en FAM/MAS (résidences spécialisées).

Soutenir la mise en œuvre de ces 3 enjeux par la mise en place d'un programme régional SANTE MENTALE AQUITAINE

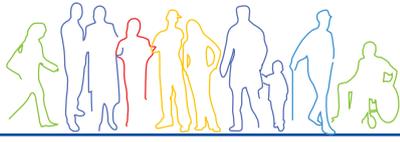
Organiser avec l'ensemble des partenaires décideurs le pilotage régional d'un programme en faveur de la santé mentale de la population aquitaine.

L'ARS suscitera le partenariat entre toutes les parties prenantes au sein d'un comité de pilotage régional du programme et impulsera une déclinaison par territoire de santé au niveau de chaque conférence de territoire.



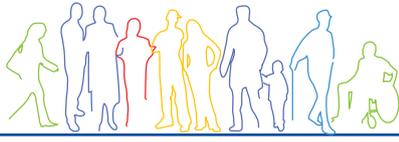
Du PSR aux schémas : tableaux de synthèse

PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SRUS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire Attention : tableau non exhaustif sur le volet hospitalier	SROMS
<p>orientation stratégique 1 Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé</p>	<p>Axe 1 / obj 1 Promotion de la santé mentale : Privilégier l'approche basée sur le développement des compétences psycho-sociales dans la démarche de prévention avec les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.</p> <p>Actions sur l'alimentation et l'activité physique : <i>Réduire les inégalités en matière de nutrition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Agir sur les territoires ou quartiers où les indicateurs sont les plus défavorables, - Favoriser l'accès des populations socio-économiquement défavorisées à une alimentation de qualité (avec DRAAF) <p><i>Favoriser une alimentation adaptée aux besoins dès le plus jeune âge :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l'allaitement maternel - Mettre en œuvre des actions d'éducation alimentaire - Faciliter l'amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire <p><i>Promouvoir et développer l'activité physique:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'accès à l'activité physique, - promouvoir différents modes de transports sur les courts trajets, - développer les actions de prévention des chutes en direction des personnes âgées - Prévenir la dénutrition des personnes âgées à domicile ou en établissement <p>Actions sur la consommation d'alcool, de tabac et produits psychotropes Développer des actions de promotion de la santé sur les territoires de santé Développer la prévention du tabagisme et de ses conséquences sur la santé Proposer un accompagnement aux usagers engagés dans des pratiques à risques Former des relais de prévention en matière d'addictions</p> <p>Actions sur les déterminants environnementaux (cf. PRSE 2) Vie affective et sexuelle : Promouvoir les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et l'approche basée sur le développement des compétences psychosociales Promouvoir les actions de prévention communes ou intégrées sur la contraception et le dépistage/prise en charge des IST auprès des populations à risque</p>	<p>Chapitre 11 traitement du cancer : développer les actions de prévention des conduites à risque et des risques environnementaux</p> <p>Chapitre 15 soins aux détenus : développer la prévention en direction des personnes sous main de justice : promotion de l'activité physique, sensibilisation aux questions nutritionnelles, bon usage des médicaments, prévention des IST, prévention du suicide et prévention secondaire (programmes de dépistage)</p> <p>Chapitre 17 obésité : poursuivre la politique de prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adulte</p>	<p>Axe 1 : Soutenir durablement le dispositif sport et handicaps en faveur des personnes en situation de handicap mental</p> <p>Axe 1 : Promouvoir l'adoption d'attitudes positives pour « Bien Vivre » et « Bien Vieillir »</p>



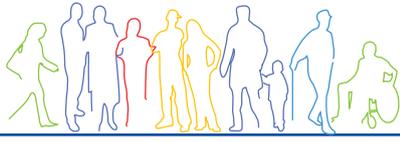
PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SRQS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <i>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</i>	SROMS
<p>orientation stratégique 1 Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé</p>	<p>1.2 Structurer l'organisation en région en identifiant les rôles et responsabilités des différents acteurs à la fois au niveau régional et territorial, en cohérence avec les collectivités</p> <p>ET</p> <p>Assurer la lisibilité des dispositifs et mettre à disposition une information adaptée auprès des usagers (plate-forme) et des actions de formation pour les acteurs</p>	<p>Axe 2 / Obj 4</p> <ol style="list-style-type: none"> Définir dans chaque territoire de santé le (ou les) territoire(s) qui feront l'objet d'une déclinaison infra-territoriale du SRP. Développer un partenariat entre la délégation territoriale, la ou les collectivités locales, les établissements de santé et les principaux partenaires et acteurs impliqués. A partir d'une identification précise des besoins, définir les objectifs à atteindre, les moyens et les modalités de la coordination et de l'animation des acteurs et des actions. Suivre et évaluer les dynamiques locales, notamment sur le plan des modalités organisationnelles, des réalisations et de la plus-value. <p>Axe 2 / obj 5 : Renforcer la professionnalisation des acteurs et la qualité des pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Plate-formes ressources : en éducation pour la santé, en éducation à l'environnement, pour l'éducation thérapeutique une formation initiale et continue dans le domaine de la prévention - promotion de la santé et dans le domaine de l'éducation thérapeutique 	<p>Chapitre 12 génétique : mettre en place une organisation dans les services d'expertise permettant de répondre aux demandes des professionnels de santé et communiquer sur ce dispositif</p> <p>Chapitre 7 cardio interventionnelle : sensibiliser la population à la reconnaissance des symptômes évoquant un syndrome coronarien aigu et inciter les patients à appeler sans attendre le centre 15</p> <p>Chapitre 12 génétique: améliorer la lisibilité de l'offre de soins en génétique post natale et en oncogénétique par l'identification des acteurs et des filières de prise en charge</p> <p>Chapitre 11 traitement du cancer: améliorer la connaissance sur l'organisation des soins et la prise en charge des cancers</p> <p>Chapitre 14 soins palliatifs : accroître la lisibilité de l'offre de soins sur chaque territoire de santé par l'élaboration d'un projet de coordination des soins palliatifs identifiant les missions de chaque professionnel et décliné en protocole de soins signé par chaque intervenant</p> <p>Chapitre 17 obésité : améliorer la lisibilité de l'offre par l'identification des acteurs dans chaque territoire de santé (annuaire)</p> <p>Chapitre 18 HAD - améliorer la connaissance de l'HAD : former les prescripteurs sur les prises en charge et indications de l'HAD</p> <p>Volet AMBULATOIRE</p> <p>Axe 2 : Intégrer l'offre en prévention : éducation thérapeutique, dépistage, éducation à la santé au niveau des structures pluridisciplinaires mises en place</p>

PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SROS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier	SROMS
<p>1.3 Privilégier des actions sur des territoires présentant des problématiques de santé et sociales importantes et auprès de publics prioritaires (petite enfance, adolescents, populations en situation de vulnérabilité, personnes âgées)</p>	<p>Axe 1 / Obj 2 Vaccination : Atteindre en 2013 un taux de couverture de 95 % de la vaccination ROR pour les enfants âgés de 24 mois Soutenir les actions en direction des personnes qui éprouvent le plus de difficultés pour accéder au système de prévention et de soins Dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer : Atteindre d'ici 2013, 50 % de taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal et 65 % au dépistage organisé du cancer du sein > Réduire les inégalités d'accès au dépistage > Favoriser la mise en synergie des différents acteurs impliqués et améliorer le suivi de la qualité des dépistages > Renforcer le pilotage régional • VIH : Développer le dépistage du VIH dans le système de soins de premier recours et le dépistage communautaire pour les populations à forte incidence, en s'appuyant notamment sur la promotion des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique • Hépatites : Développer le dépistage des hépatites auprès des usagers de drogues • Obésité : Développer le dépistage de l'obésité chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, et le dépistage de la dénutrition chez la personne âgée <p>Repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) Développer le repérage précoce et l'intervention brève en matière d'addictologie Développer le repérage du risque suicidaire</p>	<p>Chapitre 3 périnatalité : développer les actions coordonnées de prévention autour de la vie affective et sexuelle des jeunes, autour des vaccinations, addictions, du VIH-SIDA et autres IST, de la prévention de la stérilité, ...</p> <p>Chapitre 10 IRC : renforcer le dépistage de l'IRC chez les populations à risques (patients diabétiques et hypertendus)</p>	<p>Axe 1 - Poursuivre le maillage territorial en CAMSP et en CMPP et améliorer leurs conditions de fonctionnement</p> <p>Axe 1 - Développer les dispositifs permettant le repérage précoce des conduites addictives</p>
<p>orientation stratégique 1 Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé</p>	<p>Axe 1 / Obj 2 Dépistage : Développer le dépistage du saturnisme infantile dans le cadre de la lutte contre l'habitat insalubre. Repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) : Développer le réseau des conseillers en environnement intérieur (CEI) pour repérer l'origine de pathologies telles que les allergies, et proposer un programme d'aide adapté.</p>		



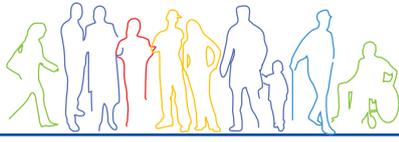
PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SROS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <i>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</i>	SROMS
<p>2.1 Organiser l'accès aux soins et aux prises en charge de premier recours</p> <p>orientation stratégique 2 Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales</p>	<p>SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN</p>	<p>Chapitre 1 médecine : organiser la prise en charge de la douleur chronique avec un maillage de proximité grâce à la mise en place de nouvelles consultations pluri professionnelles de proximité</p> <p>Chapitre 3 périnatalité : impliquer les médecins généralistes et spécialistes dans la prise en charge de l'IVG par voie médicamenteuse en ville par convention avec un établissement de santé...</p> <p>Volet AMBULATOIRE</p> <p>Axe 1 : Mettre en œuvre les mesures incitatives existantes (avenants conventionnels, contrats d'engagements de service public) pour l'installation de certains professionnels : généralistes et infirmiers dans l'immédiat. Repérer les zones fragiles et assurer la visibilité des mesures d'accompagnement.</p> <p>Axe 1 : Accompagner spécifiquement les projets d'implantation de MSP et pôles de santé dans les zones fragiles : susciter une dynamique entre professionnels, aider à la conception des projets, faciliter le déploiement des protocoles de coopération entre professionnels.</p> <p>Axe 1 : Améliorer l'accessibilité des cabinets médicaux, dentaires paramédicaux et des officines aux personnes handicapées (accessibilité physique, transports...)</p>	<p>Axe 1 - Permettre aux personnes handicapées, âgées et confrontées à des difficultés spécifiques d'avoir accès aux soins de premier recours et aux consultations spécialisées</p>
<p>2.2 Assurer une offre performante en éducation thérapeutique sur ces différentes thématiques au travers de programmes d'éducation thérapeutique équitables répartis sur les territoires</p>	<p>Axe 1 /obj 3 : Développer une offre d'éducation thérapeutique de proximité Structurer l'offre d'éducation thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser sur chaque territoire de santé, une offre coordonnée en éducation thérapeutique • Officialiser la plateforme ressources régionale en y associant l'ensemble des acteurs • Développer et structurer la formation en éducation thérapeutique • Développer l'information et la communication sur l'éducation thérapeutique • Garantir la participation de l'ARS au financement de l'éducation thérapeutique 	<p>Chapitre 1 médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre en place des plateformes communes d'éducation thérapeutique - améliorer la connaissance des médecins libéraux sur les ressources hospitalières en matière d'ETP - veiller à la complémentarité des programmes hospitaliers et des programmes développés en ville et garantir l'existence d'une offre permettant de couvrir les principales maladies chroniques <p>Chapitre 4 psychiatrie : mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique pour améliorer le suivi et la compréhension de la maladie</p> <p>Chapitre 6 SLD : améliorer l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique et aux centres de réadaptation cardiaque (promouvoir les programmes et évaluer les taux d'accès)</p>	

SRMS	SRUS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <i>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</i>	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	PSRS	
<p>Axe 1 - Faciliter l'accès à une consultation mémoire labellisée et/ou à une consultation d'évaluation gériatrique</p> <p>Axe 1 - Identifier les territoires médico-sociaux de proximité à conforter en priorité au regard d'une offre cible incluant services, établissements et dispositifs de coordination (dont MAIA)</p> <p>Axe 1 - Poursuivre le maillage territorial en EHPAD prioritairement par extension de capacité</p> <p>Axe 1 - Conforter l'offre dans les territoires les moins bien équipés (enfants polyhandicapés, adultes lourdement handicapés)</p>	<p>Chapitre 2 chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser l'ensemble des leviers d'actions disponibles (autorisations, contrats, formation, ...) pour réduire les inégalités de densité de chirurgiens et anesthésistes entre les différents territoires - développer les modes de coopération, reposant sur un projet médical partagé, axé sur la qualité des pratiques et des conditions de sécurité <p>Chapitre 5 SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agir sur l'offre en rééquilibrant les taux d'équipement entre les territoires - renforcer le travail en collaboration entre les structures à faible capacité pour mutualiser les moyens <p>Chapitre 6 SLD : équilibrer le taux d'équipement entre les territoires et dans les territoires</p> <p>Chapitre 10 IRC : assurer au moins une unité de dialyse médicalisée par territoire</p> <p>Chapitre 11 traitement du cancer: favoriser la formation des internes en oncologie, faciliter leur installation en région et anticiper les évolutions à venir (radio physiciens, manipulateurs, radiothérapeutes, dosimétristes, ...)</p> <p>Chapitre 13 Imagerie médicale : privilégier les implantations d'équipement en matériels lourds dans le cadre de plateaux d'imagerie médicale mutualisés et susciter les coopérations entre médecins radiologues</p> <p>Chapitre 19 filière gériatrie : renforcer l'offre en unité de court séjour gériatrique (point central de la filière) et favoriser l'organisation de consultations d'évaluation gériatrique</p>	<p>Axe 2 : Structurer une offre de prévention de proximité et de qualité dans les territoires</p> <p>obj 4 : organiser la mise en œuvre du SRP au niveau infra-territorial</p> <p>Axe 3 : Réduire les inégalités de santé dans chaque territoire. Priorité d'actions est donnée aux actions s'adressant à des populations en situation de vulnérabilité (personnes isolées en milieu rural, souffrant de précarité économique, migrants).</p>	<p>2.3 Réduire les inégalités territoriales en matière d'équipements et de services au niveau infrarégional</p>	<p>orientation stratégique 2 Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales</p>



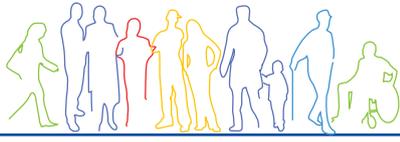
PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SROS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <i>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</i>	SROMS
<p>orientation stratégique 2 Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales</p>		<p>Chapitre 2 Chirurgie : veiller aux conditions d'accessibilité financière</p> <p>Chapitre 4 psychiatrie : faciliter la prise en charge des patients en situation de fragilité financière</p> <p>Chapitre 11 traitement du cancer: améliorer les conditions d'accessibilité financière des soins en cancérologie</p> <p>Volet AMBULATOIRE</p> <p>Axe 1 : Mettre en place un dispositif de surveillance de l'accessibilité financière (CMU, application du tiers payant, dépassement d'honoraires...)</p>	<p>Axe 1 - Veiller à l'accessibilité financière des EHPAD</p>
<p>2.4 Contribuer à limiter les inégalités socio-économiques d'accès aux soins</p>			

SRMS	SRoS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	PSRS
<p>Axe 1 - Assurer une expertise médicale spécialisée aux personnes vivant à domicile (gériatrie, psychiatrie)</p> <p>Axe 1 - Articuler l'offre médico-sociale avec l'offre sociale de proximité</p> <p>Axe 1 - Proposer des modes d'accompagnement diversifiés et coordonnés (SPASAD, SSIAD, SAMSAH polyvalents, E.S.A., SESSAD professionnel)</p> <p>Axe 2 - Poursuivre les reconversions hospitalières vers le secteur médico-social</p>	<p>Chapitre 1 médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> > développer l'hospitalisation de jour en médecine, > développer les liens entre établissements sanitaires et EHPAD par l'intervention des équipes mobiles de gériatrie en EHPAD afin d'anticiper les situations de crise et d'éviter les hospitalisations <p>Chapitre 2 chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> > développer les rencontres entre les équipes chirurgicales et les équipes des SSR via des conventions de coopération > favoriser une rééducation post chirurgicale par des masseurs kinésithérapeutes pour éviter les séjours en SSR lorsqu'ils ne sont pas indispensables <p>Chapitre 4 psychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> > offrir des possibilités d'intervention au domicile du patient pour éviter l'hospitalisation si cela est possible (équipe mobile, HAD, ...) > évaluer le nombre de patients susceptibles d'être pris en charge par le secteur social et médico-social et définir le niveau de conversion des lits > individualiser par territoire de santé une équipe mobile de gériatrie-psychiatrie susceptible d'intervenir au domicile et dans les EHPAD <p>Chapitre 5 SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> > développer la prise en charge SSR en hospitalisation partielle <p>Chapitre 14 soins palliatifs : favoriser le maintien à domicile (réduire le recours aux urgences, conforter les missions des HAD et accroître les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs)</p> <p>Chapitre 18 HAD : accroître le taux de recours à l'HAD sur les territoires peu investis et intégrer l'HAD dans le parcours de soins (soins palliatifs, pathologies du vieillissement, cancérologie, ...)</p> <p>Chapitre 19 filière gériatrie : accompagner les fins de vie dans les établissements de santé, les EHPAD et à domicile</p>	<p>(cf. les thématiques transversales - maladies chroniques, vieillissement, santé mentale)</p>	<p>2.5 Améliorer la pertinence et la continuité des parcours</p> <p>orientation stratégique 2 Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales</p>



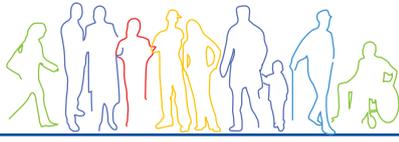
PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SROS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <i>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</i>	SROMS
<p>orientation stratégique 3 Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires</p>	<p>3.1 Garantir la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge</p>	<p>Axe 2 / obj 6 : Déployer la prévention dans les politiques ayant un impact sur la santé (cf thématiques transversales «vieillesse de la population», santé mentale, maladies chroniques)</p>	<p>Axe 1 : Prioriser l'implantation de l'offre médico-sociale sur le territoire en prenant en compte l'offre de soins</p> <p>Axe 2 : Approfondir les analyses comparatives de coûts par échantillon de structures pour des publics identiques</p> <p>Axe 2 - Réaliser une étude sur le fonctionnement des SSIAD et SPASAD et définir les conditions requises pour garantir la viabilité et la qualité des dispositifs</p> <p>Axe 2 : Réaliser un diagnostic régional de la performance de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux</p> <p>Axe 2 : Inciter les EHPAD à mettre en œuvre un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée</p> <p>Axe 2 - S'assurer de la diffusion des recommandations, bonnes pratiques et guides en vigueur (HCSP, HAS, ANESM, ANAP, AFSSAPS)</p> <p>Axe 2 - Prévenir les risques associés aux soins (infectieux, médicamenteux...)</p> <p>Axe 2 - Renforcer la culture du signalement dans les établissements médico-sociaux</p> <p>Axe 2 - Suivre la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, interne et externe</p>
	<p>Chapitre 1 médecine : suivre les engagements contractuels des établissements de santé en matière de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Poursuivre les actions d'amélioration de la prise en charge de la douleur</p> <p>Chapitre 2 chirurgie : améliorer la qualité et la performance des plateaux techniques</p> <p>Chapitre 4 psychiatrie : structurer une prise en charge adaptée aux enfants, adolescents, patients autistes, détenus, personnes âgées</p> <p>Chapitre 8 médecine d'urgence : optimiser le fonctionnement des structures d'urgence pour une meilleure prise en charge (fonctionnement de la régulation, gestion des admissions, orientation des patients, connaissance des disponibilités en lits, ...)</p> <p>Chapitre 9 réanimation : la politique de gestion des risques associés aux soins doit être intégrée dans la politique globale de l'établissement et un travail sur l'accompagnement des familles doit être réalisé</p> <p>Chapitre 13 imagerie médicale : mettre en place une politique visant à diminuer les délais de rendez-vous en IRM</p> <p>Chapitre 16 AVC : réduire les délais de prise en charge de d'accès à la thrombolyse et à l'expertise neurologique</p> <p>Chapitre 19 filière gériatrie : renforcer les dispositifs d'aide aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée (formation, soutien psychologique) et mettre en place une équipe mobile de gériatrie dans chaque centre hospitalier disposant d'un court séjour gériatrique</p>		

SRMS	SRoS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <small>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</small>	
<p>SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN</p> <p>Volet VAGUSAN</p> <p>Obj 1 : Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire en Aquitaine</p> <p>Obj 2 : Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes</p> <p>Obj 3 : Développer le signalement</p> <p>Obj 4 : Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires</p> <p>Obj 5 : Développer la communication sur les urgences sanitaires</p>	<p>PSRS</p> <p>3.2 Améliorer la veille sanitaire et la gestion des crises</p>	<p>orientation stratégique 3 Renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité à faire face aux crises sanitaires</p>



PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SROS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <i>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</i>	SROMS
<p>orientation stratégique 4 Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional</p> <p>4.1 Améliorer la connaissance des besoins et des parcours en santé par la mise en place et l'optimisation des dispositifs d'observation (registre, plate-forme d'observation...) dans les domaines de la périnatalité-petite enfance, du handicap et des maladies chroniques</p>	<p>Axe 3 / obj 7 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser l'observation en prévention en identifiant les divers types de producteurs de données et leurs missions et en proposant un cadre commun à tous 2. Définir une catégorisation des acteurs et une typologie d'actions de prévention et de promotion de la santé permettant l'élaboration de répertoires présentant les actions et les dispositifs locaux. 	<p>Chapitre 3 périnatalité : mettre en place un système d'observation régional sur la périnatalité et la petite enfance</p> <p>Chapitre 4 psychiatrie : suivre et analyser les hospitalisations des patients sans consentement et en déduire les procédures à mettre en place</p> <p>Chapitre 7 cardio interventionnelle : mettre en place un groupe de travail pour évaluer la pertinence des indications des actes de cardiologie interventionnelle et de rythmologie + analyser les données d'activité issues du registre ACIRA</p> <p>Chapitre 8 médecine d'urgence : améliorer la connaissance de l'activité des services d'urgence via la mise en place d'un observatoire de la médecine d'urgence en Aquitaine</p> <p>Chapitre 9 réanimation : améliorer la traçabilité des besoins non couverts</p> <p>Chapitre 16 AVC : mettre en place un observatoire des AVC</p> <p>Volet AMBULATOIRE</p> <p>Axe 4 : Analyser régulièrement le recours à l'offre de soins ambulatoire afin d'évaluer la qualité de cette offre et d'en anticiper les adaptations à mettre en œuvre (Plate-forme de recherche, d'évaluation et d'intervention en santé, ...)</p>	<p>Axe 3 - Expérimenter par territoire une gestion centralisée des demandes d'admission et des places disponibles en établissements médico-sociaux</p> <p>Axe 3 : Réaliser un outil de suivi des décisions des CDAPH, en lien avec la commission de coordination pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et les MDPH</p> <p>Axe 3 - Procéder à des études spécifiques de populations accueillies dans le dispositif médico-social</p>

PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SROS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <small>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</small>	SROMS
<p>orientation stratégique 4 Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional</p>	<p>Axe 3 / obj 7 :</p> <p>3. Contribuer à la promotion régionale et nationale des actions ayant montré leur intérêt, leur efficacité ou leur caractère innovant par le recours aux moyens de communication de l'ARS (site internet, réunions d'échanges de pratiques, ...)</p> <p>4. Mettre en place un système d'information régional performant composé...</p> <ul style="list-style-type: none"> > d'une interface avec les opérateurs ergonomique, sécurisée et adaptée aux différentes modalités de financement ; > d'une fonctionnalité de partage des avis sur les projets et la mobilisation des cofinancements entre institutions ; > d'une fonctionnalité pour le suivi administratif et l'évaluation des actions financées par l'ARS (quelque soit le type de crédits concernés) ; <p>... et qui permette la géolocalisation des acteurs et des actions jusqu'à un niveau infra-territorial.</p>	<p>Chapitre 5 SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> > déployer un outil informatique d'aide à l'orientation et à la gestion des demandes d'admission en SSR > communiquer auprès des professionnels de santé libéraux sur les possibilités et les indications des SSR et faciliter l'accès direct à partir du domicile <p>Chapitre 8 : Médecine d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> > développer l'information du grand public sur le fonctionnement des structures de médecine d'urgence > évaluer le dispositif régional info santé <p>Chapitre 10 IRC : mieux saisir et mettre à jour les données du registre REIN pour mieux adapter l'offre aux besoins des patients</p> <p>Chapitre 16 AVC : sensibiliser le grand public à la reconnaissance des symptômes d'AVC et à l'appel direct au centre 15</p>	<p>Axe 3 - Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p> <p>Axe 3 - Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital</p> <p>Axe 3 - Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD</p>
<p>orientation stratégique 4 Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional</p>	<p>Volet AMBULATOIRE</p> <p>Axe 3 : mettre en place une plateforme régionale regroupant les différentes informations sur l'offre en santé à destination des usagers et des professionnels afin d'améliorer l'accessibilité et l'orientation dans le système régional de santé</p> <p>Axe 3 : mettre en place et enrichir la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS), afin de les accompagner dans leur projet professionnel et d'installation</p> <p>Axe 3 : faciliter les échanges d'information entre les professionnels par le développement d'outils diversifiés : messageries sécurisées, web conférence, téléconsultations</p> <p>Axe 3 : encourager le déploiement du dossier médical partagé (DMP) et du dossier pharmaceutique (DP)</p>	<p>Chapitre 5 SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> > déployer un outil informatique d'aide à l'orientation et à la gestion des demandes d'admission en SSR > communiquer auprès des professionnels de santé libéraux sur les possibilités et les indications des SSR et faciliter l'accès direct à partir du domicile <p>Chapitre 8 : Médecine d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> > développer l'information du grand public sur le fonctionnement des structures de médecine d'urgence > évaluer le dispositif régional info santé <p>Chapitre 10 IRC : mieux saisir et mettre à jour les données du registre REIN pour mieux adapter l'offre aux besoins des patients</p> <p>Chapitre 16 AVC : sensibiliser le grand public à la reconnaissance des symptômes d'AVC et à l'appel direct au centre 15</p>	<p>Axe 3 - Mettre à disposition par territoire de santé un annuaire des établissements et services médico-sociaux</p> <p>Axe 3 - Favoriser la circulation de l'information entre le lieu de vie et l'hôpital</p> <p>Axe 3 - Accompagner dans les territoires la généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD</p>



PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SRoS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire	SROMS
<p>orientation stratégique 4 Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional</p>	<p>4.3 Adapter les formations initiale et continue des professionnels de santé, particulièrement dans les domaines de la gériatrie, du handicap et de la santé mentale</p>	<p>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</p> <p>Chapitre 4 psychiatrie : Améliorer la formation et l'information des intervenants : médecins, infirmiers exerçant en service de psychiatrie psychologues, personnels intervenant dans les structures médico-sociales</p> <p>Chapitre 10 IRC : renforcer la formation des médecins généralistes par le biais de la formation médicale continue sur le dépistage de l'IRC</p> <p>Chapitre 14 soins palliatifs : intensifier les actions de formation initiale et continue sur la culture palliative auprès des intervenants hospitaliers, du domicile et médico-sociaux</p> <p>Chapitre 19 filière gériatrie : développer des compétences nouvelles en matière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer et veiller à ce que la gérontologie et la gériatrie aient une place suffisante dans les formations initiales et continues des professionnels</p> <p>Volet AMBULATOIRE</p> <p>Axe 2 - Développer la formation initiale et continue des professionnels sur l'approche préventive : posture éducative, repérage précoce des facteurs de risque...</p>	<p>Axe 2 - Favoriser, dans le cadre de la formation initiale, les rapprochements entre les centres de formation et les structures médico-sociales</p> <p>Axe 2 - Poursuivre, dans le cadre de la formation continue, la politique de professionnalisation</p>
	<p>Axe2 / obj 5: Au niveau régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Permettre aux plate-formes ressources de remplir leurs missions d'appui en direction des acteurs des différents dispositifs impliqués dans la réalisation du SRP. > Faciliter l'action des plate-formes dans chaque territoire de santé. > Organiser au moins une rencontre annuelle d'acteurs sur une thématique prioritaire. <p>Au sein de chaque Délégation territoriale :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Faciliter le développement de formations de différents niveaux en fonction des besoins de chaque territoire. > Organiser dans chaque territoire de santé au moins une rencontre annuelle d'acteurs sur une thématique ou une population prioritaire. 		

PSRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SRUS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <i>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</i>	SROMS
<p>orientation stratégique 4 Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional</p> <p>4.4- Favoriser la fluidité des parcours entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement, substitut du domicile</p>	<p>Axe 2 / obj 6 : Déployer la prévention dans les politiques ayant un impact sur la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> > Articulation entre les 3 schémas du PRS, > Déclinaison des objectifs thématiques du SRP dans les principaux programmes conduits par l'ARS. 	<p>Chapitre 1 médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre à profit les compétences des réseaux polyvalents de proximité pour améliorer les conditions de retour à domicile après une hospitalisation et faciliter la coordination des acteurs en ville - anticiper les sorties dans les établissements de recours en favorisant l'implantation de gestionnaires de cas <p>Chapitre 1 médecine /19 filière gériatrie: promouvoir la mise en place d'une permanence téléphonique gériatrique dans au moins un établissement référent / territoire de santé</p> <p>Chapitre 3 périnatalité : organiser l'implication régionale du réseau de périnatalité dans le domaine de l'IVG et débiter son implication dans la coordination des acteurs et des structures de l'AMP et du DPN.</p> <p>Chapitre 4 psychiatrie : améliorer la coopération entre les acteurs : médecins traitants et autres professionnels de soins de premiers recours, médecins généralistes et CSAPA, convention entre hôpital et EHPAD / et autres structures médico-sociales.</p> <p>Chapitre 5 SSR : optimiser le retour à domicile en travaillant en complémentarité avec les professionnels de santé libéraux de proximité</p> <p>Chapitre 6 SLD /19 filière gériatrie : intégrer les USLD dans les filières gériatriques</p> <p>Chapitre 8 médecine d'urgence / 7 cardio interventionnelle : améliorer la coordination des professionnels de santé au travers de la mise en place des réseaux urgences dans tous les territoires</p> <p>Chapitre 11 Traitement du cancer : consolider l'activité des centres de coordination en cancérologie via les réseaux de proximité, les pôles de santé et/ ou MSP</p> <p>Chapitre 14 soins palliatifs : développer les réseaux polyvalents de proximité rapprochant soins palliatifs, douleur, perte d'autonomie et gérontologie, assurant le rôle d'interface entre les acteurs de santé de premier recours et toutes les offres de soins autour du patient</p> <p>Chapitre 16 AVC : mettre en place une cellule régionale de coordination chargée de fédérer les acteurs</p>	<p>Axe 1 - Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p> <p>Axe 2 - Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé</p>



SRRS	SRP : Volet PPS / Volet VAGUSAN	SROS : Volet Hospitalier / Volet Ambulatoire <small>Attention tableau non exhaustif sur le volet hospitalier</small>	SROMS
<p>orientation stratégique 4 Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional</p>	<p>4.4 Favoriser la fluidité des parcours entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement, substitut du domicile</p>	<p>Volet AMBULATOIRE</p> <p>Axe 2 : Favoriser sur l'ensemble de la région l'émergence des structures d'exercice pluridisciplinaires porteuses d'un projet de santé dans le territoire de premier recours</p> <p>Axe 2 : Encourager l'élaboration et la généralisation de la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé,</p> <p>Axe 2 : Participer à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé dans certaines structures pluri-professionnelles,</p> <p>Axe 2 : Mettre en place des coordinations d'appui au médecin traitant pour les cas complexes,</p> <p>Axe 2 : Réorienter les réseaux thématiques de proximité vers des réseaux polyvalents pour éviter des prises en charge cloisonnées</p>	<p>Axe 1 - Faciliter les sorties d'hospitalisation de la personne âgée ou handicapée</p> <p>Axe 2 - Promouvoir la coopération entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé</p>

ars

» Agence Régionale de Santé
Aquitaine

www.ars.aquitaine.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Espace Rodesse
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Tél : 05 57 01 44 00 / Fax : 05 57 01 47 85

ars-aquitaine-contact@ars.sante.fr