

	REUNION ARS – FEDERATIONS 7 SEPTEMBRE 2011	N°	2011-06
		DATE	07/09/2011
		AUTEUR	FX CORBIN
		RELU PAR	
RELEVÉ DE CONCLUSIONS			

Ordre du jour : PRS et projets de SCHEMAS REGIONAUX

Pour l'ARS :

Mme DESAULLE

Dr GAGNER

P POURIAS

Pierre BLAISE

F GRIMONPREZ

Fédérations :

FHF – FHP – FEHAP – FEHAD – URIOPS – UGECAM

Pour la FHF :

C. COUDRIER, MM JOANNIS, D. MARTIN, FX CORBIN

MS DESAULLE rappelle les éléments de méthode relatifs à l'élaboration du PRS et des schémas.

- Un temps d'échange avec les représentants des professionnels des établissements (santé et médico-sociaux)
- Une réunion similaire a eu lieu avec les représentants des usagers
- Une réunion idem est prévue avec les représentants de l'URPS.

La réunion a pour objet d'échanger sur des versions de travail du PRS, des futurs schémas (prévention organisation médico-sociale, organisation des soins).

L'objectif est de parvenir à un document stabilisé, l'ARS ayant prévu de soumettre l'ensemble des documents pour avis formel, à compter du 15 septembre 2011 aux instances de concertation, en particulier à la CRSA.

MS DESAULLE indique qu'au-delà du 15 septembre et jusqu'à la fin du mois de novembre 2011, les documents pourront encore être ajustés.

Il s'agit aujourd'hui pour l'ARS de recueillir les observations des fédérations sur les OBJECTIFS inscrits dans les projets de schémas, et qui sont quasiment aboutis.

Cette consultation s'inscrit dans la Phase 2 de l'élaboration du SROS-PRS portant sur les OBJECTIFS, la réflexion sur les actions, les moyens financiers, et le calendrier venant ensuite dans un autre temps (PHASE 3).

MS DESAULLE rappelle les 9 programmes qui déclineront le PRS et les schémas :

- PRIAC
- PRAPS (personnes précarité)
- PRGDR (gestion du risque)
- Programme Systèmes d'info et télémédecine
- 5 programmes territoriaux de santé

Sur le schéma MEDICO-SOCIAL

MM JOANNIS (FHF)

Pour la 1^{ère} fois, le secteur de voit doter d'un schéma d'organisation médico-social, ce qui constitue une avancée importante, qui devrait aboutir à une meilleure structuration nécessaire du secteur.

La FHF considère que les problématiques du très grand âge sont insuffisamment prises en compte dans le PRS comme dans les schémas : or, la prise en charge du très grand âge constitue bien un enjeu majeur pour les professionnels de santé, comme pour les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région.

Le projet de schéma régional d'organisation médico-sociale semble faire du domicile le mode de réponse idéal à la prise en charge dans le secteur médico-social, qu'il s'agisse des personnes handicapées, ou des personnes âgées. Si elle reconnaît la qualité et l'importance du maintien à domicile, et du retour à domicile, la FHF souhaite aussi souligner l'importance du rôle des institutions, en particulier des établissements publics sociaux et médico-sociaux, en particulier dans le dispositif de prise en charge des personnes âgées.

La FHF considère les politiques de coordination comme essentielles, et souhaite souligner l'importance, de ce point de vue, de l'articulation du schéma régional médico-social avec les autres schémas. Les structures médico-sociales constituant souvent un aval pour l'hospitalisation, les réorganisations territoriales doivent nécessairement prendre en compte l'articulation avec les établissements hospitaliers. Par cette coordination, il doit être possible de limiter les transferts inopinés et/ou inadéquats vers l'hôpital (voire les urgences).

La FHF salue la réflexion conduite sur les problématiques propres aux personnes handicapées vieillissantes.

Réponse de MS DESAULLE (ARS)

Sur l'articulation schéma régional et schémas départementaux : les logiques des schémas départementaux sont intégrées dans la logique régionale.

L'accent mis sur la qualité, les coopérations, articulations des dispositifs, notamment l'articulation domicile / institution (cf. : Objectif 7 : coordination recherchée entre professionnels).

Dans les situations les plus complexes, il est prévu d'avoir recours à des professionnels de la coordination. Au niveau des territoires de santé : 3 modèles de coordination sont envisagés :

1. Réseaux polyvalents
2. expérimentation du Rôle d'une équipe pluridisciplinaire de premier recours
3. expérimentation d'un CLIC élargi (CLIC de niveau 3)

Sur le très grand âge (+ 85 ans), C COUDRIER indique que la logique des MAYA pourrait être étendue à la prise en charge d'autres populations.

A POSTIC (URIOPS)

Sur la FORME, l'URIOPS préconise que les textes sur le schéma soit intégrés dans le corps même du schéma. De la même façon, les objectifs sur secteur médico-social (Loi 2002-2), pourraient être repris pour une vision plus positive des logiques du secteur. Enfin, l'URIOPS souhaite que les éléments de méthode soient intégrés dans le corps même du schéma.

L'URIOPS s'interroge sur l'absence de référence aux Programmes départementaux d'accueil, hébergements, insertion (PDAHI).

L'URIOPSS regrette que la programmation de l'offre soit absente du projet, et propose que des priorisations soient définies.

Elle suggère que le schéma soit doté d'une rubrique supplémentaire «engagements des acteurs (ARS, conseils départementaux)».

L'URIOPSS souhaite que les indicateurs trop quantitatifs soient retravaillés, pour prendre en compte des données qualitatives.

Sur le FOND : la question de la coordination est au cœur du schéma. L'URIOPSS note que la formation de acteurs (professionnels et aidants) est visée, mais celle des bénévoles n'est pas mentionnée.

L'URIOPS souligne le fait que la question des soins palliatifs ne répond pas qu'à une logique « soins », mais compte aussi au nombre des préoccupations du secteur médico-social.

L'URIOPSS pose la question des appels à projets, et leur articulation avec le schéma, et constate que les besoins du secteur ne sont pas systématiquement recensés.

Réponse de MS DESAULLE (ARS)

De façon volontaire, l'ARS n'a pas souhaité rappeler les textes réglementaires.

Chaque schéma intégrera un préambule faisant le lien avec les orientations stratégique et de nature plus politique.

Les programmes départementaux relatifs à la précarité se retrouveront dans le PRAPS.

La programmation sera intégrée dans le PRIAC, fonction de moyens alloués sur la base de politiques nationales. Le schéma fait d'ores et déjà référence à des taux cibles. (cf objectif 15)

Afin de permettre l'appréhension globale des objectifs et leur déclinaison en action, puis en programmes, l'ARS tentera d'introduire une mécanique de mots clés, qui permettra de faire le lien entre les différents schémas, dans le cadre d'une communication dynamique.

Les appels à projets sont des leviers, comme la contractualisation peut aussi l'être dans certains cas.

Les indicateurs sont quantitatifs par définition. Il est sans doute possible de mesurer un taux de satisfaction des personnes hébergées, sachant que certains motifs d'insatisfaction ne relèvent pas toujours du niveau régional (ex : reste à charge...). Il convient de rester pragmatique.

MM JOANNIS (FHF)

La CRSA pourrait être saisie du suivi de l'évaluation.

D MARTIN (FHF)

Il serait utile d'envisager l'articulation des schémas entre eux, au regard du parcours du patient. Il s'agit de permettre aux structures médico-sociales de jouer le rôle d'aval, et d'appréhender la problématique des inadéquations rencontrées en médecine, SSR, ou psychiatrie. Le fait de recenser le besoin d'aval, et d'identifier le rôle revenant à ce titre aux structures médico-sociales, est une façon de répondre aux attentes fortes des professionnels.

C COUDRIER (FHF) suggère que soit posé explicitement comme un prérequis, le fait qu'on se situe dans une approche la plus transversale possible.

MS DESAULLE (ARS) répond que ce leitmotiv des orientations stratégiques pourra être repris dans les préambules des schémas. Elle ajoute que l'ARS a volontairement renoncé à placer les structures médico-sociales comme aval des structures sanitaires, considérant que le parcours de soins relève du secteur soins (professionnels libéraux et établissements), alors que le parcours de santé fait appel au secteur médico-social, dans une dynamique de l'accompagnement pour des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge. Le soin devient alors un élément intercurrent du parcours d'une personne.

D MARTIN (FHF) insiste sur l'importance de la qualité de la prise en charge de la personne, celle-ci devant se trouver au bon endroit, au bon moment, afin d'éviter les inadéquations qui sont une réalité trop fréquente.

P MAHEUX (FEHAP)

Pour la FEHAP, l'articulation entre les schémas et les orientations stratégiques est important à faire ressortir, comme l'a soulignée Madame Coudrier. L'offre graduée pour le secteur médico-social doit être explicitée, et les indicateurs sont à retravailler de façon collective.

La FEHAP souhaite par ailleurs que la notion de dossier unique soit précisée, et enfin que les commentaires ne soient pas opposants entre les acteurs.

Réponse de MS DESAULLE (ARS)

S'agissant des logiques de graduation, elle rappelle que les prises en charge proches du domicile relèvent le plus souvent du niveau infra-départemental, que d'autres prises en charges plus complexes qui relèvent d'institutions sont du niveau départemental, et qu'enfin le niveau régional est pertinent pour des handicaps à faible prévalence.

Sur la question du dossier unique et du DMP, Madame DESAULLE rappelle la nécessité de coordonner les données dès lors qu'on veut assurer la coordination entre les acteurs. Il s'agit d'un chantier régional important qui sera mis en œuvre. La mise en place d'un dossier unique d'admission en EHPAD constitue aussi un outil essentiel, qui permettra de mieux gérer les listes d'attente d'admission en établissement dans la région.

Sur la question de l'évaluation partagée, Madame DESAULLE reconnaît l'existence de nombreuses redondances selon les services et établissements.

C COUDRIER (FHF)

Il serait pertinent dans le schéma médico-social d'établir un lien avec la psychiatrie : en effet, de façon fréquente, l'on constate que des lits sanitaires sont occupés par des personnes qui relèveraient en réalité d'une prise en charge médico-sociale.

La réorganisation des systèmes d'information constitue une ambition régionale importante mais nécessaire.

Il faut prendre garde à ce que l'écart entre la réalité du terrain et les ambitions des schémas ne soit pas trop important, afin de parvenir à des réalisations concrètes : il faut que les objectifs restent pragmatiques et réalistes. La question de la formation des professionnels est -à ce titre- fondamentale.

Réponse de MS DESAULLE (ARS)

Il convient de raisonner en termes de système de santé intégré : il faut afficher cette ambition.

Représentante de l'HAD

La prise en compte du rôle de l'aidant, qui figure dans les objectifs du schéma, constitue une avancée intéressante. Il faut aussi se préoccuper de la formation de l'utilisateur.

Le schéma médico-social fait souvent référence à la notion de coordination : il serait intéressant de définir ce que l'on met précisément sous ce terme.

En HAD, le constat rejoint celui des établissements médico-sociaux : l'HAD doit faire face de plus en plus souvent à des prises en charge de personnes relevant grand âge (plusieurs centaines ont été pris en charge en HAD dans la région au cours des derniers mois).

Enfin il serait utile de construire une réflexion sur l'harmonisation de l'évaluation des prises en charges à domicile.

A POSTIC (URIOPSS)

S'interroge sur le seul mode de coopération cité par le projet de schéma : le GCS-MS. Il existe d'autres formes juridiques pour assurer la coopération.

La fiche sur la responsabilité sociétale et environnementale mériterait d'être enrichie.

A FOLZER (FHP) : il ne faut pas limiter les formes de coopérations au seul GCS, GCS-MS ou à la CHT.

Sur le SCHEMA D'ORGANISATION DES SOINS

C COUDRIER (FHF)

Mme COUDRIER rappelle la contradiction entre la logique des schémas (communautaire ou collective) et la pratique de la T2A qui tend vers des logiques sectorielles.

Elle rappelle l'attachement de la FHF aux missions de service public, et souligne le principe conforme à l'esprit de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire, selon lequel ces missions doivent prioritairement être assurées par l'hôpital public..

La FHF regrette néanmoins l'absence de bilan formalisé du SROS passé, sur lequel auraient pu prendre appui les futurs schémas régionaux, en particulier le Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Elle rappelle l'importance et la pertinence des travaux conduits lors de l'élaboration des projets médicaux de territoire (PMT), ainsi que le fort investissement consenti à l'époque par les professionnels de santé de la région dans le cadre de cette réflexion territoriale. Il serait intéressant de s'inspirer de ces travaux lors de l'élaboration des prochains schémas territoriaux.

La FHF souligne le caractère structurant -de fait- de la démographie professionnelle, et en particulier de la démographie médicale. Dans ce contexte défavorable sur certains territoires et pour certaines spécialités, une réponse peut être apportée par le déploiement de stratégies de groupe publiques, à travers notamment la constitution de Communautés hospitalières de territoires (CHT).

Ces communautés sont un moyen permettant de donner corps à de nouvelles coopérations ou coordinations dans la région.

La FHF souhaite insister sur l'importance du déploiement des systèmes d'information en santé, considérant le partage de l'information comme un levier essentiel pour l'amélioration de la coordination et des coopérations entre professionnels de santé.

Sur l'accès aux soins de premier recours, Madame COUDRIER rappelle la place des hôpitaux ex-locaux dans le dispositif, mais tient aussi à souligner le rôle important que jouent les centres hospitaliers comme point d'appui essentiels pour le développement des plates-formes pivot du premier recours, en particulier sur les territoires ruraux.

S'agissant de la généralisation de la consultation d'annonce (modèle de la cancérologie) à toutes les pathologies chroniques, la FHF s'interroge sur la faisabilité d'une telle mesure, en particulier au regard des moyens humains qu'il conviendrait de déployer pour assurer cette généralisation, compte tenu du nombre de patients concernés.

Sur l'accès aux soins spécialisés, Madame COUDRIER indique que la FHF partage la volonté affichée par l'ARS d'améliorer l'efficacité des prises en charge existantes et d'assurer la continuité des soins. Elle rappelle l'importance qu'il y a à éviter la trop grande concentration, et de préserver, chaque fois que cela est possible, une offre cohérente en proximité, en s'appuyant notamment sur des consultations avancées, des exercices professionnels partagés, ou des équipes mobiles spécialisées.

Madame COUDRIER pose la question de la régionalisation de l'internat et du post-internat et de la compatibilité de cette mesure au regard de l'existence réglementaire des deux subdivisions (Angers et Nantes).

Sur les activités soumises à autorisation, Madame COUDRIER suggère que toute activité nouvelle soit précédée d'une réflexion argumentée sur l'état de la couverture des besoins, afin d'éviter des choix opportunistes pouvant contribuer à la dispersion des moyens. C'est le cas en particulier pour l'imagerie.

Réponse de MS DESAULLE (ARS)

La question du 1^{er} recours fait l'objet d'un débat : le 1^{er} recours concerne en premier lieu les professionnels de santé et le domicile. Les hôpitaux locaux peuvent aussi y avoir leur place.

La question sous-jacente est celle de la pertinence du recours. Les CH, les EHPAD sont des structures de 2^{ème} recours. Il convient de prioriser les pathologies.

Le partage du temps est une modalité intéressante permettant d'atténuer les difficultés liées à la démographie professionnelle : il pose la question du modèle de rémunération.

Il convient de noter que les schémas pourront intégrer les évolutions à venir.

La question de la régionalisation de l'internat et du post-internat a sans doute été mal posée : il s'agit simplement de répondre par une logique régionale à des problèmes de démographies médicales (contrats d'engagement de service public), sur certains territoires de la région (Mayenne par exemple), pour lesquels l'UFR d'Angers ou de Nantes peuvent indifféremment apporter des réponses, dans une logique non plus territoriale mais régionale.

S'agissant du bilan du SROS 3, Madame DESSAULE rappelle qu'il est intégré dans l'annexe du PRS (état des lieux).

Mme DESAULLE reconnaît l'investissement des professionnels sur l'élaboration des PMT : il n'est pas question de faire « table rase », mais bien de s'appuyer sur ces travaux passés, qui pourront ainsi être capitalisés lors des travaux que conduiront les conférences de territoires pour l'élaboration des schémas territoriaux.

D MARTIN (FHF)

La FHF entend rappeler que la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) est une mission de service public qui a toujours été assurée par l'hôpital public. Dans le respect de la Loi HPST, les centres hospitaliers entendent poursuivre prioritairement cette mission qui doit faire l'objet d'une inscription au CPOM des établissements. Si un centre hospitalier dans une discipline ne remplit les conditions de mise en œuvre de cette mission, il convient en accord avec l'ARS d'examiner les modalités d'une mise à niveau. Si, malgré cette démarche, les conditions de mise en œuvre demeurent non remplies, il est de la responsabilité de l'ARS, en liaison avec les établissements concernés, de définir une autre solution.

La FHF souligne l'importance de veiller à bien distinguer la continuité des soins et la permanence des soins. La PDS constitue exclusivement la prise en charge de patients non hospitalisés au sein d'une unité de MCO et sur des créneaux horaires réglementairement définis. Chaque établissement doit être en mesure d'apporter la preuve de ces prises en charge, en consultations ou suivies d'hospitalisation ;

La forte diminution annoncée du montant de la dotation régionale PDSES en 2012 va intervenir dans un contexte d'augmentation continue de la demande de soins, liée notamment au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques, un contexte qui peut impacter le niveau de réponse des établissements en terme de lignes de garde et d'astreintes.

Tous les établissements publics de la région assurant une mission de PDS sont appelés à entreprendre dès 2012 une forte réorganisation du tableau de leur PDS, compte-tenu de la dotation financière annoncée. Pour les établissements qui le sollicitent, un accompagnement de l'ARS doit être organisé. L'approche territoriale dans certains domaines d'activité doit pouvoir être envisagée, auprès des acteurs publics et privés.

L'élaboration d'un schéma-cible au sein du schéma régional de l'offre de soins devrait constituer un outil d'aide aux démarches de réorganisation de la PDS des établissements et des territoires. A ce titre, la FHF demande à l'ARS de définir le périmètre du schéma cible, d'indiquer le niveau de réponse souhaité dans les différents secteurs de la PDS, notamment en médecine. La méthodologie retenue par le SROS III en ce qui concerne la PDS de chirurgie peut constituer un outil de référence.

Compte-tenu des liens de plus en plus étroits entre la PDSA et la PDSES, la FHF souhaite que soient associés les représentants de ces deux secteurs aux différentes rencontres organisées par l'ARS, tant pour la PDSA que pour la PDSES.

A FOLZER (FHP)

La FHP ne partage pas la vision de la FHF sur la permanence des soins.

Par ailleurs, la problématique des parcours (vie, santé, soins) doit être précisée : il faut revoir cette notion de parcours. Le soin fait partie de la santé.

Dans l'offre de soins, il manque des objectifs-cibles (hors établissements) pour la prise en charge de la population. : d'où part-on pour aller où ?

C COUDRIER (FHF)

Les spécificités territoriales doivent être prises en compte avant que ne soit défini au plan régional les éléments de la PDS.

A FOLZER partage ce point de vue.

Coordonnateur du parcours de santé (le médecin étant responsable du parcours de soins).

MS DESAULLE (ARS)

L'ARS compte annexer aux schémas un glossaire qui permettra de clarifier la terminologie utilisée, et de lever l'ambiguïté sur certaines notions mal définies.

La **FEHAP** souligne l'importance de la lisibilité des acteurs et des missions : l'évolution des implantations n'est pas toujours claire.

La FEHAP constate que les aspects de ressources humaines sur lesquels s'appuiera nécessairement la mise en œuvre des objectifs, ne sont pas assez développés.

La FEHAP pose la question du pilotage par l'ARS des actions qui déclineront les 65 objectifs fixés par les schémas.

MS DESAULLE (ARS)

Indique que la déclinaison opérationnelle de chaque objectif veillera à intégrer les aspects de ressources humaines.

Elle indique que la partie 6 (activités soumises à autorisation) du schéma SOINS est en cours de réécriture.

Elle cite l'exemple de la chirurgie, activité pour laquelle, il n'y a pas de suppression de site prévue. Le schéma prévoit qu'en cas de seuil réglementaire non atteint, l'activité soit transférée sur un autre site sur le même territoire de santé.

La partie 6 (autorisations) corrigée sera communiquée aux fédérations le 8 ou 9 septembre.

A FOLZER (FHP) souligne le fait que sur les activités de cancérologie, il demeure une problématique d'autorisation qui ne fonctionne pas.

Réponse de MS DESAULLE (ARS)

L'ARS ne délivre aucune nouvelle autorisation en chirurgie carcinologique dans la région : l'ARS s'appuiera sur les sites existants qui reprendraient l'activité qui ne serait plus assurée par un site n'atteignant plus le seuil réglementaire.

Le raisonnement est similaire pour les maternités, la psychiatrie et l'HAD.

F GRIMONPREZ (ARS) cite le cas du traitement de l'insuffisance rénale chronique, de l'imagerie pour laquelle le retard de la région en terme d'équipement est patent (IRM polyvalentes (publics/privés) qui s'adosseront sur des structures de coopération existante + schéma cible de la PDS en imagerie (public/privé))

MS DESAULLE (ARS)

Souligne la logique de regroupement en médecine ou de conversion (SSR) de sites existants (en appui sur les hôpitaux locaux)

C COUDRIER (FHF)

L'hôpital local doit jouer ce rôle de 1^{er} recours – l'offre en SSR (polyvalents) doit être au plus proche des patients.

MM JOANNIS

Les 30 ex-hôpitaux locaux de la région Pays de la Loire contribuent au maillage médico-social et sanitaire du territoire ligérien, avec 5% des journées régionales de médecine et 18% des journées régionales de SSR : ils offrent des soins de proximité à une population majoritairement âgée et font la preuve de leur

dynamisme et de leur implication (exhaustivité PMSI, regroupements et mutualisations de moyens recherchés...). Ils représentent un atout pour le service public de la santé, qu'il convient de conforter et de faire progresser.

Compte tenu de ces éléments, la FHF et l'ANHL souhaitent voir conforter la place des ex-hôpitaux locaux comme établissements de santé pivots du territoire de proximité, à la frontière entre les secteurs ambulatoire, médico-social et sanitaire : la reconnaissance du rôle des ex-hôpitaux locaux dans l'organisation graduée de soins comme offreur de soins de proximité doit s'accompagner de leur positionnement comme facilitateur du premier recours pour la population d'un bassin de vie. De ce point de vue, les hôpitaux ex-locaux peuvent constituer un point d'adossement des maisons de santé pluri-professionnelles ou des pôles de santé pluridisciplinaires, dans une logique de mutualisation ou de synergie des professionnels au sein d'un territoire.

Dans cette même logique, la FHF et l'ANHL soutiennent l'idée d'une possibilité accordée aux ex-hôpitaux locaux de participer à la formation des internes en médecine générale (agrément comme terrain de stage), dans une logique d'attractivité d'un exercice mixte et de décloisonnement des pratiques.

La FHF et l'ANHL recommandent de ménager une approche pragmatique des seuils capacitaires, notamment en médecine, sur les territoires ruraux et insulaires, caractérisés par une démographie médicale parfois critique et/ou un isolement géographique prononcé. La FHF et l'ANHL proposent que les seuils énoncés (20 lits en médecine, 30 lits en SSR) soient examinés en fonction des situations particulières des établissements, pour préserver autant que possible l'égalité d'accès aux soins de santé des populations, notamment en zone rurale

La FHF et l'ANHL sont favorables au maintien des lits sanitaires (médecine et soins de suite et de réadaptation) et à l'élargissement de la palette de soins des ex-hôpitaux locaux, pour garantir une plateforme de services de soins adaptée à la demande.

De façon pragmatique, la FHF et l'ANHL propose de reconnaître l'ex-hôpital local comme acteur à part entière de la filière gériatrique, avec ses professionnels compétents et son plateau technique de premier niveau, de permettre la reconnaissance de lits identifiés en soins palliatifs dans les services de médecine des ex-hôpitaux locaux, d'autoriser l'hospitalisation incomplète en SSR (hospitalisation de jour) pour la réalisation de bilans gériatriques, d'ouvrir la possibilité de plateaux de consultations externes complémentaires de l'offre ambulatoire de proximité, y compris consultations avancées du niveau de référence, d'autoriser des activités d'éducation thérapeutique de premier recours, et de faciliter le recours à la télémédecine dans ces établissements.

A POSTIC (URIOPSS)

Comment faire que le secteur médico-social soit aussi acteur de la formation professionnelle ?

Comment associer le secteur médico-social à la recherche (en dehors du gérontopôle) ?

Quelle articulation entre l'ARS et le Conseil régional pour le financement des maisons de santé pluri-professionnelles ?

Quelle définition donne-t-on au « juste soin » ? → logique de l'adéquation et de la pertinence des soins

Sur le schéma PREVENTION

C COUDRIER (FHF)

La FHF considère le projet de schéma régional « Prévention » comme trop général : afin de lui donner toute la portée nécessaire, il conviendrait d'identifier des leviers pragmatiques, et de définir des priorités, notamment en matière d'éducation thérapeutique.

Au-delà des politiques nationales de santé publique, la FHF considère comme indispensable la définition de priorités régionales à travers des programmes régionaux précis et ciblés.

Le fait de prendre appui sur les filières de prises en charge, peut constituer, de ce point de vue, un cadre à la fois lisible par tous, et pragmatique, pour développer une politique régionale cohérente de prévention.

La FHF reconnaît la prévention comme constituant un élément fort du dispositif d'amélioration continue de la santé des ligériens. A ce titre, elle considère qu'une politique active et forte de vaccination peut constituer un véritable levier pour développer la prévention.

A POSTIC (URIOPSS)

Prévention des handicaps est quasi absente du schéma Prévention, ainsi que le rôle de la santé au travail et donc des entreprises dans la fiche consacrée à la santé environnementale (fiche 14).

MS DESAULLE (ARS) - remarque générale de méthode

Les programmes territoriaux de santé ne pourront pas reprendre et traiter tous les sujets, et en particulier toutes les actions issues des 65 objectifs.

De façon parallèle à la logique du PRS, l'ARS envisage donc de travailler sur des logiques de feuilles de route thématiques annuelles ou pluriannuelles.

Ces feuilles de route ne seraient pas soumises à la procédure relativement lourde d'approbation du PRS et des schémas, et permettraient à l'ARS de poursuivre un travail en concertation avec les acteurs sur les différents sujets.

-----FIN DU RELEVÉ-----