



SYNTHESE

PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS DE LA CRSA SUR LE PSRS

Parties 2ème projet PSRS	Contributeurs	Amendements proposés (Pages)
SYNTHESE pp9-13	ASSOCIATION DES FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS	P12 4 ^{ème} ligne « ...maintien à domicile des personnes âgées <u>et des personnes handicapées</u> ou des malades chroniques... »
	FEHAP URIOPSS AP HP	P.12 § 2 Les soins programmés <u>les plus spécialisés</u> dispensés <u>en hospitalisation complète</u> ne nécessitent pas par contre cette proximité. Ils doivent être assurés dans un environnement de technicité permettant de disposer d'équipes ayant une taille critique et un volume d'activité qui garantisse la bonne utilisation d'équipements performants. La réorganisation de l'offre hospitalière francilienne doit par ailleurs permettre de garantir un équilibre entre le centre de la région et sa périphérie. p 19 revoir la tête de chapitre « la nouvelle géopolitique de la santé » - citer explicitement l'APHP dans la description du contexte spécifique de la région
Partie II-Eléments d'Analyse Diagnostique pp 21-60		
1 Diagnostic de l'état de santé de la population francilienne p21		
1-1 Une région riche, jeune, dynamique et en bonne santé p21-22		

1-2 Une région fortement inégalitaire p24-36	ASSOCIATION DES FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS (AFTC)	<p>1.2.2.6 HANDICAP P36 dernier § « La prévalence des infirmités <u>motrices</u> cérébrales varie.... (7,2 en Seine-Saint-Denis) soit 11 500 naissances par an. <u>Doit aussi être prise en compte la prévalence du handicap acquis dans l'enfance ou à l'âge adulte. L'incidence annuelle des lésions cérébrales accidentelles, ayant pour origine des traumatismes crâniens, est de 2 pour 1000 dans la population générale, dont 10% de traumatismes graves, auxquelles s'ajoutent celles dues aux AVC, tumeurs cérébrales, anoxie etc... »</u></p>
	FEDERATION ADDICTION	<p>NOUVEAU § P 36 « Personnes en difficultés spécifiques » En France les conduites addictives constituent un problème de santé publique majeur qui touche l'ensemble des couches de la population. Il existe environ 3 millions de personnes en difficulté avec l'alcool, 150 000 héroïnomanes, plus de 200 000 consommateurs à problème de cannabis et un nombre croissant de cocaïnomanes. On estime le coût médical et social de l'alcoolisme à environ 1,5 % du PIB, 1% pour le tabagisme et 0,15 % pour les autres drogues. La consommation de substances psychoactives compte parmi les principales causes de mortalité prématurée (environ 30 % des décès des moins de 65 ans).Chaque année, elle est responsable de plus de 100 000 décès évitables dont près de 40 000 par cancers. L'Ile de France émerge parmi les trois régions principalement concernées. Les problèmes posés par les addictions impactent sur l'ensemble des populations et sur l'ensemble des organisations. Cette dilution de la problématique doit nous inciter fortement à considérer le problème à sa juste mesure et à construire les stratégies sanitaires et médico-sociales dans une approche globale et par un traitement transversal</p>
2-1 Démographie des professionnels de santé : les grandes tendances franciliennes: p39-p43	FEDERATION ADDICTION	<p>2 1 2 4 L'émergence.... et les enjeux de santé publique actuels, le cancer, la santé mentale <u>et les addictions</u> entre autre, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus gradué et mieux coordonnées dans la <u>nécessaire dimension transversale des complémentarités</u> entre la ville, l'hôpital, entre <u>le sanitaire et le médico-social</u>. P 43</p>
2-2 L'offre en prévention et santé	Services de santé au travail	<p>2 2 1 3 Des partenariats de qualité :p 44</p>

publique p43-p46	<p>COMMISSION PREVENTION</p> <p>FEDERATION ADDICTION</p> <p>ASSOCIATION DES FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS</p>	<p>.....les conseils généraux et l'Assurance Maladie, <u>les services de santé au travail</u></p> <p><u>2 2 1 2 p 44 en complément du § :Il est à noter que ces attendus qualitatifs sont indissociables de la capacité du dispositif à inscrire les acteurs de prévention dans la durée. La pérennité ou la pluri annualité assure une contractualisation propre à inscrire la prévention dans la durée et permettre aux acteurs d'en restituer l'analyse qualitative attendues.</u></p> <p>2 2 1 5 haut page seconde phrase p 45: Certains acteurs sont adossés à des associations et parfois à des établissements hospitaliers (par exemple les <u>C.S.A.P.A.</u> (Centres de Soins.....)</p> <p>2.2.1.5 L'articulation entre prévention et promotion de la santé, soins et médico-social P45 – 4^{ème} ligne « ...L'articulation entre la prévention, l'offre de soins, le médico-social et le social apparaît particulièrement nécessaire en ce qui concerne la santé mentale, <u>les troubles du comportement</u>, les conduites addictives et les violences... »</p>
2-3 L'offre ambulatoire p46-p49	<p>AFTC</p> <p>URPS</p>	<p>2.2.3.1. Coordination des soins : l'expérience des réseaux P48 – 3^{ème} § - 5^{ème} ligne avant la fin de la page « Sur la santé mentale, <u>les troubles du comportement</u>, l'insuffisance cardiaque, l'obésité ou les pathologies chroniques de l'enfant, l'organisation en réseaux de santé est quasi inexistante. Enfin Paris... réseaux de périnatalité »</p> <p>2.3.2.2./2^{ème} § p.49 <u>En Ile-de-France, ce mode d'exercice tend à se diffuser ; il est dénombré en région Ile-de-France 15 maisons et pôles de santé en fonctionnement dont 5 ayant bénéficié d'un soutien financier par le FIQCS. Quatre projets ayant également bénéficié d'une subvention FIQCS au titre de la réalisation des études préalables sont actuellement en phase de finalisation. Par ailleurs, 12 dossiers ont été</u></p>

	UNAPL	<p>déposés lors de l'appel à projets 2010 relatif à la création des maisons de santé pluri professionnelle.</p> <p><u>Ces éléments identifiés « cofinancés » ne prennent pas en considération les autres formes d'exercices collectifs libéraux assurant une offre de soins de qualité pluri professionnelle depuis de nombreuses années.</u></p> <p><u>2 3 2 2 / Fin du 2^{ème} § P 49</u></p> <p><u>La région Ile-de-France n'étant pas comparable à d'autres régions, ce mode d'exercice doit donc y être adapté et tend à se diffuser par l'action pro-active des professionnels libéraux de santé. Les projets d'aménagement d'un territoire doivent aussi être concertés avec le secteur des professions libérales de santé afin que les structures pluri et interprofessionnelles puissent se créer et être pérennes.</u></p>
2-4 L'offre des établissements de santé P 50-54	UNAFAM AP HP FNEHAD FEDERATION	<p>2 4 1 1 ,P 50 : Intégrer le nombre des hôpitaux psychiatriques</p> <p>p 50 : revoir présentation APHP (établissements HU appartenant à ...)</p> <p>p 51 attractivité du 75 liée aux flux professionnels et pas seulement à l'hypertrophie de l'offre APHP</p> <p>p 54 « la contrainte de mise aux normes des bâtiments hospitaliers » doit être considérée comme une problématique majeure pour ces prochaines années (quelles aides l'agence envisage-t-elle pour cela?)</p> <p>Page 51 à rajouter à la fin du § 2 « <u>Pour sa part, l'HAD a fortement progressé au cours de ces 6 dernières années (+ 16 %), la plaçant en tête de l'ensemble des régions avec un taux de 10 324 journées pour 100 000 habitants ; ses principales interventions se faisant dans le domaine du cancer (soins palliatifs, chimiothérapie, nutrition, douleur, prise en charge psychologique et/ou sociale), de la neurologie (rééducation, soins de nursing lourds) et de l'obstétrique (ante et post-partum).</u> ».</p>

	ADDICTION	<p>P 53 :2 4 2 2 :à la suite du § de haut de page :ou encore des conditions de la mort à l'hôpital. <u>Il en est de même pour la question des addictions</u> où doit s'affiner la complémentarité de l'offre sanitaire et médico-social et s'exercer des collaborations propre à nourrir les interfaces dynamisant le parcours de soin des usagers.</p>
2-5 L'offre médico-sociale p54-p60	ASSOCIATION DES FAMILLES TRAUMATISES CRANIENS	<p>2-5 L'offre médico-sociale P54 3^{ème} § « - parce que la mutation épidémiologique...accroît fortement la prévalence des pathologies qui supposent une prise en charge médico-sociale (Alzheimer, Parkinson mais aussi AVC, <u>lésions cérébrales acquises chez l'adulte jeune...</u>) ; » 2.5.1.1. Prise en charge des personnes âgées - P55 1^{er} § « La prise en charge des personnes âgées doit répondre à des besoins spécifiques....accompagnement sanitaire et social. <u>La problématique des personnes handicapées avançant en âge et dont le vieillissement est souvent prématuré mérite une vigilance particulière.</u> » 2 .5 .1 .2 Prise en charge des personnes en situation de handicap P 56 1^{er} § « De ce point de vue, si l'incidence des principales déficiences de naissance est probablement stable <u>à la différence des déficiences acquises qui tendent à augmenter</u>, la prévalence progresse... » 2 .5 .1 .2 Prise en charge des personnes en situation de handicap P 56 1^{er} § « De ce point de vue, si l'incidence des principales déficiences de naissance est probablement stable <u>à la différence des déficiences acquises qui tendent à augmenter</u>, la prévalence progresse... »</p> <p>.....</p> <p>P56 4^{ème} § - « ..les maisons d'accueil spécialisées (MAS)...Les foyers d'accueil médicalisés (<u>FAM</u>) offrent...</p> <p>2.5.2.1 Un accès géographique et financier inéquitable P57 -3^{ème} § « Dans le domaine du handicap, au niveau de l'offre, on constate un déséquilibre <u>et une pénurie d'équipements</u> dès lors que l'on étudie l'offre par type de déficience et par territoire. » 2.5.2.2. Qualité et bientraitance : des efforts à poursuivre</p>

		<p>P58 7^{ème} ligne</p> <p>« ...Le souci de la bientraitance dans les pratiques des professionnels se traduit par une culture du respect de la personne, de son histoire, <u>de son projet de vie</u> et par une valorisation de son expression et de ses droits »</p>
	FEHAP URIOPSS	<p>P. 58 § 4.</p> <p>Le processus de généralisation de la médicalisation des maisons de retraite pour personnes âgées est en cours, la plupart de ces établissements ayant signé la convention tripartite leur permettant d'accueillir des personnes dépendantes et de disposer à cette fin des crédits de médicalisation nécessaires. Le renforcement de cette la médicalisation des maisons de retraite des personnes âgées doit se poursuivre être financièrement soutenu afin de mieux prendre en compte non seulement l'accroissement du niveau de dépendance mais aussi le niveau de soins requis par les personnes âgées accueillies <u>et afin d'éviter les recours non justifiés aux urgences.</u></p>
3 Diagnostic des ressources financières P 60-63		
<p style="text-align: center;">PARTIE III Les principes qui vont guider l'action de l'ARS</p> <p style="text-align: center;">pp 63-67</p>		
1 Investir dans la prévention pour éviter les soins inutiles	COMMISSION PREVENTION	P63: Investir dans la prévention pour réduire les morbidités évitables (reformulation)
2 La réduction des inégalités sociales et		

territoriales de santé passe par une mobilisation de tous les acteurs		
4 La structuration de l'offre de santé doit être réellement subordonnée aux besoins	COMMISSION PREVENTION	P64: 4- La structuration de l'offre de soins doit être réellement subordonnée aux besoins définis en commun par les professionnels et les personnes concernées
5 La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale	ASSOCIATION DES F de TRAUMATISES CRANIENS	<p>P65 -5^{ème} ligne premier § «que l'on songe aux enjeux de la sortie d'hôpital, aux hospitalisations évitables ou inadéquates, notamment chez les personnes âgées <u>et les personnes handicapées...</u> »</p> <p>.....</p> <p>P65 - fin de l'avant-dernier § « Dans une logique de décloisonnement, l'ARS recherchera la meilleure coordination....dans le sens d'<u>un accompagnement global des personnes</u>»</p>
6 Une amélioration de l'efficience et la garantie de la qualité des prises en charge vont de pair	APF	<p>P 66:Il est nécessaire d'accentuer et rendre transparentes les démarches d'amélioration de la qualité des soins en y incluant le secteur médico-social (référentiels intégrant la dimension soins, développement des recommandations HAS dans le champ du médico-social, système d'information prenant en compte les risques santé et les événements indésirables, publications des résultats et indices).</p> <p>Les conventions destinées à améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des soins des personnes handicapées en structures médico-sociales sont des outils à développer et qui doivent être encouragés. Les projets de convention doivent être adaptés en fonction : des acteurs des domaines sanitaire et médico-social. Il s'agit de favoriser le développement des actions menées au titre de la politique de santé publique (campagne d'information, de dépistage, intervention de spécialistes). Il est essentiel de garantir la continuité du suivi des personnes handicapées au sein des structures médico-sociales en collaboration étroite avec le domaine sanitaire.</p> <p>(Amendement APF/E, à inclure page 66)</p>

7 Une démocratie sanitaire effective passe par le développement de l'observation et de l'information en santé	<p>COMMISSION PREVENTION</p> <p>APF</p>	<p>P66:7-Une démocratie sanitaire s'appuie sur une collaboration effective des professionnels et des personnes concernées pour observer, informer et décider (reformulation)</p> <p>Il importe que la prévention et la promotion de la santé soient de vraies priorités. L'objectif est de modifier le rapport des usagers au système de santé en passant à la posture d'« acteur de sa propre santé ». Cette mobilisation citoyenne doit ouvrir de nouvelles perspectives aux politiques de santé. Elle est d'autant plus nécessaire que la volonté est de ne pas rester dans une politique curative. Cet engagement dans la santé à tout instant et non seulement quand surgit un accident de santé, ouvre des perspectives de nouvelles solidarités. (Amendement APF/L, à inclure page 66)</p>
<p align="center">Partie IV Objectifs stratégiques</p> <p align="center">pp 68-117</p>		
<p>1 Assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible accessible et sécurisé pp68-91</p>	<p>COMMISSION PREVENTION</p> <p>AFTC</p> <p>Fédération de l'hospitalisation privée</p>	<p>1 Que chaque francilien ait la motivation et la possibilité d'accéder à un parcours de santé lisible et de qualité (reformulation)</p> <p>P68 fin du 1^{er} § «que l'on songe aux enjeux de la sortie d'hôpital, aux hospitalisations évitables ou inadéquates, notamment chez les personnes âgées <u>et les personnes handicapées...</u> »</p> <p>Pages 68-69 Les défis auxquels l'ARS se propose de répondre pour améliorer les parcours de santé recouvrent globalement des enjeux de cohérence (les différentes étapes d'un parcours doivent être</p>

		coordonnées entre elles), des enjeux d'accessibilité (chacun doit pouvoir trouver une porte d'entrée dans le système de santé qui soit adaptée à ses besoins, et au moment opportun), et des enjeux de qualité (chacun doit trouver une réponse conforme à ses besoins <u>mais aussi à ses préférences et à ses droits notamment en terme de respect du libre choix de son praticien et de son établissement de santé</u>). Il s'agit, en somme, de pouvoir entrer au bon endroit dans le parcours de santé (1.1), d'y entrer au bon moment (1.2), et d'y trouver un vrai respect des préférences et des droits de chacun (1.3)
1-1 Entrer au bon endroit dans le parcours de santé	COMMISSION PREVENTION	1-1 Offrir la possibilité d'entrer aux bons endroits dans le parcours de santé (reformulation)
	Education Nationale	P 69: 2ème §: en lien avec les collectivités territoriales et <u>pour les jeunes en lien avec les personnels de santé de l'Education Nationale</u>
	URPS	1 1 2 ,Haut P 70 : <u>Le nombre de recours trop élevé aux services d'urgences constaté en Ile de France en substitution d'un 1^{er} recours traditionnel doit être diminué.</u>
	APF	Inclure Nouveau § p70 après intégration des messages de prévention dans les activités de Soins: Les soins de premier recours ne sont généralement disponibles que sur rendez-vous en journée pendant les jours ouvrables. Les besoins non programmés se retrouvent donc aux urgences, avec des délais d'attente entre 2 et 6 h, ce qui peut avoir des conséquences sérieuses sur les urgences vitales. Il faut mettre en place un système fiable de remontées des informations par les représentants des usagers en CRUQPC pour enregistrer les besoins non, ou mal, satisfaits aux Urgences. Dans les secteurs reculés de la grande couronne à faible densité démographique, l'offre de premier recours de proximité pourrait être renforcée par des unités pluridisciplinaires mobiles.

	Fédération ADDICTION	(Amendement APF/P, à inclure page 70)
	FNEHAD	<p>1 1 5 p 71 L'ARS a identifié plusieurs.....les interfaces entre ambulatoire et santé mentale, <u>sanitaire et médico-social</u>, et enfin la continuité.....</p> <p>Page 71 rajouter dernier § dans le corps de la phrase « L'hôpital a également son rôle à jouer dans la coordination des parcours de ses patients, notamment autour de l'accompagnement des malades chroniques, <u>en s'appuyant sur des structures alternatives type HAD</u> ainsi que sur des financements ad hoc. ».</p>
1-2 Entrer au bon moment dans le parcours de santé	COMMISSION PREVENTION	1-2 Avoir la capacité d'entrer au bon moment dans le parcours de santé (reformulation)
	AFTC	<p>1.2.1.2. Renforcer l'accès aux dépistages organisés et au repérage du handicap- P73- 2^{ème} § « Dans le champ du handicap <u>congénital</u>, le repérage des troubles dès la petite enfance constitue un enjeu majeur (CAMPS), dont l'offre ... ne paraît pas répondre aux besoins (délais d'attente important à la première consultation etc.). <u>Dans le champ du handicap acquis, le repérage précoce des troubles cognitifs et comportementaux est absolument nécessaire pour garantir un accompagnement scolaire adapté et éviter retards et sorties anticipées du système scolaire. »</u></p>
	EDUCATION NATIONALE	<p>A la fin du 2^{ème} paragr. Pour les enfants entre 5 et 7 ans , le dépistage des troubles des apprentissages doit pouvoir être réalisé de façon beaucoup plus large (on sait qu'une rééducation et un accompagnement à cet âge réduit considérablement les conséquences scolaires de ces handicaps ; ces dépistages sont réalisés par les médecins de l'EN mais de façon encore trop limitée</p>
	AFTC	<p>1.2.2 Renforcer le suivi en routine pour éviter les prises en charges aigües P73 dernière ligne « Pour les personnes âgées dépendantes, l'enjeu réside aussi dans la médicalisation des EHPAD <u>et pour les personnes handicapées, dans le renforcement de la médicalisation de certains FAM ou</u></p>

		<u>Elle veillera à traiter aussi équitablement en accessibilité et en qualité les demandes proposées.</u>
	AP HP	p 75 en haut de page :« la volonté de l'ARS d'affirmer la composante territoriale de l'offre de soins nécessitera en particulier de travailler avec l'APHP sur la nature de ses partenariats avec les autres établissements de santé » en <u>prenant en compte sa nouvelle organisation en groupes hospitaliers.</u>
	Urgences	P77 1-3-1-4 :/Les difficultés et l'aval des urgences (<u>avec une gestion coordonnée des lits d'hospitalisation par les établissements et un développement de l'hospitalisation dans des lits de suite</u>).
	APF	P 77 1-3-1-4: Nouveau § sur les difficultés des urgences : Pour éviter l'encombrement des urgences, il est dispensable d'obtenir que les médecins se rendent chez leurs patients quand cela est justifié par une pathologie particulière et ceci avec des modalités de remboursement conformes à la justice sociale et à la solidarité nationale. Des mesures incitatrices de bonnes conduites doivent être envisagées afin de mettre fin aux refus des médecins, lorsque l'âge, le handicap ou l'état du patient méritent d'être pris en considération. On notera enfin que lorsque la visite à domicile est la conséquence de l'inaccessibilité d'un cabinet médical, la prestation devrait être tarifée comme une visite en cabinet médical. (Amendement APF/D, à inclure page 77)
	URPS	5ème § P77... <u>le dispositif nécessite la mise en place d'une organisation coordonnée entre les acteurs</u>

		<p><u>de santé publique de ville, médicaux et paramédicaux, gardes mobiles et gardes fixes libérales, les services d'urgences des établissements de santé avec une régulation véritablement articulée et décloisonnée avec ceux-ci, sur l'ensemble des plages horaires, aux heures ouvrables comme aux horaires de la permanence des soins.</u></p> <p>Page 77 rajouter au titre 1.3.2.1 « <u>Garantir le libre choix des personnes en faveur du retour et du maintien à domicile.</u> ».</p> <p>Page 78 haut de la page rajouter « est un enjeu particulièrement fort pour les personnes dépendantes, notamment s'agissant du maintien à domicile des personnes âgées, <u>ainsi que pour les personnes atteintes de pathologies chroniques.</u> ».</p> <p>Page 78 rajouter au § 3 « Le développement de l'hospitalisation à domicile préservant sa polyvalence et de la chirurgie ambulatoire... » .</p> <p>P 78: 1.3.2.1 Respecter le libre choix des personnes en faveur du maintien à domicile</p>
	FNEHAD	
	AFTC	<p>P78 -2^{ème} ligne « ...notamment s'agissant du maintien à domicile des personnes âgées <u>et des personnes handicapées.</u> »</p>
	FEHAP URIOPSS	<p>P78 3^{ème} § « La préférence pour le domicile dépasse en outre l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées et concerne l'ensemble des usagers qui...sont confrontés à la nécessité de se voir accompagner dans l'organisation de leur vie quotidienne face à une pathologie chronique <u>ou une situation de handicap.</u> »</p> <p>P 78 Alors que la part des services dans l'offre médico-sociale fait l'objet d'un indicateur spécifique dans son CPOM40, l'ARS souhaite en particulier œuvrer avec les conseils généraux à une meilleure intégration des SAAD <u>et à un développement des SPASAD : ces derniers, bien que présentant l'avantage d'une offre coordonnée d'aide et de soins à domicile, sont à ce jour trop peu</u></p>

		<div> <div>Compléter : p 79, 2^{ème} paragraphe</div> <div>Afin de soutenir l'objectif visant à proposer la création des plates-formes, il conviendra de procéder à l'élaboration d'un état des lieux territorialisé des offres déjà mises en place ou expérimentées, par nature d'offre et par public bénéficiaire ciblé (personnes handicapées jeunes, adultes, âgées, personnes âgées).</div> </div>
1 3 2 2 Encourager les services d'appui à l'insertion des personnes handicapées	<div>FEHAP URIOPSS</div> <div>APF</div>	<p>P 79 1er § 1 3 2 2 : L'action de l'ARS doit donc en tout premier lieu reposer sur une interaction forte avec les acteurs des autres champs d'intervention compétente, au premier rang desquels les acteurs du champ social (<u>notamment les conseils généraux</u>) dont l'accompagnement est essentiel dans le parcours de vie des personnes. Il s'agit bien de repenser l'accompagnement dans sa continuité et sa globalité, en combattant les cloisonnements et en impulsant de nouvelles logiques partenariales entre les personnes, leur famille, les associations, les professionnels et les pouvoirs publics. <u>Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005, l'ARS se donne également pour objectif de soutenir l'ensemble des structures relevant de son champ de compétences afin qu'elles améliorent leur accessibilité aux personnes en situation de handicap.</u></p> <p>Afin de défendre le choix des parcours de vie. L'ARS doit rappeler aux MDPH, le droit fondamental qu'est ce choix de vie pour les personnes en situation de handicap. (Amendement APF/R, à inclure page 79 après "trajectoire de vie" 1 3 22)</p> <p>Les structures de santé de premier et de second recours font partie des établissements recevant du</p>

		<p>public. A ce titre, ils doivent être en mesure d'accueillir les personnes handicapées pour les plus récents, tandis que les plus anciens ont jusqu'au 1er janvier 2015 pour se mettre en conformité. La <u>loi no 2005-102 du 11 février 2005</u> pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a mis en place des textes concernant l'accessibilité des établissements recevant du public pour les citoyens présentant une déficience. Ces dispositions doivent faire l'objet d'un rappel insistant auprès de l'ensemble des acteurs de santé participant aux soins de premier et de second recours. (Amendement APF/A, à inclure page 79 après "l'accès aux campagnes de prévention et de dépistage"1 3 2 2 dernier §)</p> <p>Pour améliorer l'efficience et l'articulation sanitaire - médico-social, il faut développer et en formaliser dans chaque territoire de santé des modes de coordination entre acteurs sanitaires et médicosociaux : cela suppose une véritable coordination entre les réseaux, les maisons de santé et centres de santé, l'HAD, les SSIAD, le secteur hospitalier, les autres établissements et services médico-sociaux, les centres de références et centres ressources régionaux. Des projets régionaux innovants favorisant l'articulation entre le secteur sanitaire, social et médico-social devront être initiés, les initiatives existantes devront être valorisées et renforcées. (Amendement APF/G, à inclure page 80 1 3 2 2 après prévention et médico-social)</p> <p>Le taux de chômage des personnes en situation de handicap est de 2 fois supérieur à la moyenne nationale. De fait, les personnes en situation de handicap sont des patients ayant des besoins spécifiques ; ils constituent un groupe à hauts risques de pathologie avec un état de santé qui s'aggrave avec l'âge. Ils rencontrent des difficultés pour l'accès aux soins courants et aux soins spécifiques [cf. : rapport Haute autorité de Santé 2008 sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap]. Cette « singularité » des personnes est à prendre en compte. Il importera de proposer une orientation et une prise en charge adaptée à leurs besoins. L'accès aux soins passe par un accueil, une écoute, un dépistage, une formation, des projets. (Amendement APF/O, à inclure page 80 1 3 2 2 après évaluation précise)</p>
--	--	--

	FEHAP URIOPSS	P 80 :L'inclusion scolaire et professionnelle doit être développée afin d'être accessible au plus grand nombre. <u>A cette fin, l'ARS doit soutenir l'adaptation de l'offre médico-sociale au développement de la scolarisation en milieu ordinaire.</u> Le développement des SESSAD et l'évolution de leur mode de fonctionnement (élargissement des âges d'agrément) doit permettre cet accompagnement au plus proche des lieux de vie. De même de nouveaux modèles de prise en charge spécifiques expérimentés (notamment pour les enfants autistes) en garantissant le respect des droits fondamentaux des personnes doivent faire l'objet d'une évaluation précise. <u>L'ARS doit travailler en étroite collaboration avec l'Education nationale afin que la coopération définie par le décret et l'arrêté du 2 avril 2009 puisse être effectivement mise en œuvre.</u>
Rajouter un § :1 3 2 5 Accompagner la fin de vie en toutes circonstances	ADMD	Les études récentes, étude MAHO, Mort à l'hôpital, de 2008, le rapport de l'IGAS de 2009 sur la maltraitance ordinaire dans les Etablissements de Santé montre que d'importants progrès sont à faire. Toute personne et son entourage devrait bénéficier, au delà des soins palliatifs d'une assistance digne et adaptée aux conditions de son agonie quelque soit le lieu où elle se déroule. (hôpital, établissement médico-social ou domicile)
1-4 Pathologies et populations: les parcours de santé prioritaires pour l'ARS	AFTC Fédération ADDICTION FNEHAD FEHAP	1 4 1 2 : 1.4.1.2. Assurer l'équité dès le départ, en partenariat avec les acteurs de l'enfance P83 -§ du haut –avant dernière ligne « Enfin une attention particulière devra être portée... auprès des enfants porteurs d'un handicap physique, sensoriel, mental <u>ou cognitif</u> » P83 1 4 1 3 : La santé des jeunes a étéelle doit faire l'objet d'interventions combinant des mesures de prévention (comme la prévention du suicide et les tentatives de suicide, <u>la prévention des addictions</u>) Page 85 rajouter dans l'encart Mettre en place une plateforme ressources pour l'éducation à la fin de la dernière phrase « au plus près des besoins des patients, y compris à domicile. ».

	AFTC	<p>l'immobilisation. Enfin en donnant l'importance qu'il mérite à l'accueil des accompagnants (parents, conjoints, aidants choisis par la personne) en veillant à ne pas rompre la place indispensable qu'ils occupent près des personnes en situation de handicap (voir à titre d'exemple la <u>charte</u> AP-HP / Coordination Handicap et Autonomie).</p> <p>(Amendement APF/F, à inclure page 88 1 4 3 3 après: "handicap résiduel")</p> <p>Pour développer une offre de soins suffisante et adaptée aux déficiences motrices et au polyhandicap, il convient d'assurer une démographie suffisante des professionnels spécialistes de ces handicaps : spécialités médicales (MPR, neurologie, pédiatrie, pédopsychiatrie...) et paramédicales (rééducateurs : kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...). Pour répondre aux besoins des usagers du domaine médico-social, il est nécessaire de fidéliser les salariés des établissements.</p> <p>Nous devons être vigilant à ce que l'offre ne soit pas développée à bas coût au détriment de la qualité (ex : refuser les EHPAD (ou unités EHPAD) pour les personnes handicapées vieillissantes, ou encore les structures de grande taille au détriment de la qualité d'accueil...).</p> <p>(Amendement APF/H, à inclure page 88 après "établissements médico-sociaux")</p> <p>P88 2^{ème} § « Une illustration de l'importance de cette approche globale peut être donnée à propos des accidents vasculaires cérébraux...Plan AVC. Cette thématique <u>qui ne concerne pas seulement les personnes âgées</u> exige en effet de combiner... »</p> <p>P88 3^{ème} § « De même, la prise en charge du handicap psychique, <u>comportemental et cognitif</u>, constituera un axe majeur du schéma régional d'organisation des prises en charges médico-sociales... »</p>				
2 Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé pp 92-107	AP HP	<table><tr><td>Nouveau § à inclure</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">L'Ile de France, une région à très forts enjeux nationaux et internationaux La place et le rôle de la région l'Ile de France en France et dans le monde doivent être renforcés</td></tr></table>	Nouveau § à inclure		L'Ile de France, une région à très forts enjeux nationaux et internationaux La place et le rôle de la région l'Ile de France en France et dans le monde doivent être renforcés	
Nouveau § à inclure						
L'Ile de France, une région à très forts enjeux nationaux et internationaux La place et le rôle de la région l'Ile de France en France et dans le monde doivent être renforcés						

		<p>pour devenir un véritable "Pôle santé" d'excellence de niveau mondial. Cette évolution qui concerne tous les acteurs de santé est un des éléments qui doit contribuer à la mise en mouvement de l'ensemble de la région.</p> <p>Notre région a déjà beaucoup d'atouts pour justifier une telle ambition</p> <p>L'Ile de France fait partie des tous premiers centres de recherche et de développement mondiaux, au même titre que Tokyo, la Californie, Osaka, ou New-York. La région produit 40% de la recherche biomédicale française qui est une des meilleures du monde ; près de 10000 chercheurs étrangers y travaillent dans des laboratoires de recherche, 5000 chercheurs en formation y sont accueillis chaque année.</p> <p>L'Ile de France se caractérise par un dispositif académique exceptionnel avec 17 Universités, des grandes écoles et de grands établissements de niveau mondial. Elle accueille d'ores et déjà des milliers d'étudiants de toutes les régions de France et de l'étranger qui travaillent dans le domaine de la santé</p> <p>L'ile de France a été pendant longtemps un centre de référence médicale pour des populations voisines, du pourtour méditerranéen surtout. Les évolutions récentes, importantes et bénéfiques des systèmes de santé de ces pays ont significativement diminué le nombre de ces patients. Aujourd'hui l'Ile de France reste cependant un centre d'accueil pour certains patients étrangers, avant tout pour des activités très spécifiques de recours et d'expertise ; ainsi les patients étrangers représentent 1% des séjours du CHU d'Ile de France.</p> <p>La mondialisation de l'information en temps réel, et au sein de celle-ci l'information en santé nous impose de débiter une réflexion stratégique sur le développement d'un projet « Pôle Santé Francilien » à ambition internationale.</p> <p>Les questions d'enseignement et de recherche doivent être traitées en collaboration étroite avec les Universités et les organismes de recherche. Le CHU y joue un rôle pivot et moteur, mais l'élaboration d'un tel projet qui concerne toutes formes de formation et d'enseignement, d'innovation et de recherche, en sciences de la santé mais aussi en sciences sociales et dans tous les secteurs qui ont un lien avec la santé de la population d'une grande métropole, dépasse de beaucoup les limites du CHU.</p> <p>Tout indique que, dans un avenir probablement proche, le choix de la meilleure offre de soins se fera en fonction des performances affichées, au-delà des frontières, et ce d'autant plus qu'il existe de grandes distorsions d'accès aux soins entre pays européens et plus encore au-delà de l'Europe. L'exceptionnel niveau de l'offre francilienne aussi bien en capacités d'accueil qu'en</p>	
--	--	--	--

coopération un mot d'ordre pour la qualité et l'efficience de l'offre de santé	FEHAP URIOPSS	<p>« La coopération entre établissements constitue désormais une priorité au niveau national pour l'organisation des prises en charge sanitaires et médico-sociales, dont les différentes formes sont définies par les textes législatifs et réglementaires. sous plusieurs formes qu'il appartient à l'ARS de promouvoir : les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ou encore les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), et ce alors que l'Île-de-France accuse un retard particulier en la matière par rapport à d'autres régions. Le schéma régional d'organisation des soins, qui a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficience et d'accessibilité géographique, devra définir les adaptations et les coopérations entre les établissements de santé.</p> <p>L'enjeu sera de garantir la qualité et l'accessibilité des activités de soins, avec la contrainte de l'équilibre budgétaire et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale. Les coopérations entre établissements de santé s'imposent souvent en effet pour atteindre une masse critique d'activité afin de garantir le recrutement de professionnels qualifiés.</p> <p>Les ARS disposent aujourd'hui de moyens d'actions renouvelés pour faciliter les coopérations entre établissements de santé, grâce notamment à l'amélioration du cadre législatif des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) mais aussi grâce à la création des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT). Ces CHT permettent à des établissements publics, principalement de taille moyenne, de développer une stratégie territoriale commune, sur la base d'un projet médical partagé avec les autres établissements, tout en gardant leur indépendance fonctionnelle.</p> <p>Les GCS constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés et permettent des coopérations avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Le GCS peut, en effet, être constitué entre des établissements de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des médecins libéraux à titre individuel ou sous forme de société collective.</p> <p>P 101 dernier § : <u>Outre les dispositifs de mutualisation existants, tels que les Groupements d'Intérêt Economique (GIE), les Groupements d'Employeurs (GE), ou les associations,</u> les ARS disposent aujourd'hui de moyens d'actions renouvelés pour faciliter les coopérations entre les établissements de santé, grâce à l'amélioration du cadre législatif des groupements de coopération sanitaire (GCS) mais aussi grâce à la création des communautés hospitalières de territoire.</p>
--	------------------	---

2 3 4 Promouvoir les nouveaux modes d'exercice collectif:	UNAPL	<p>P 103 : <u>L'Ile-de-France, du fait du coût du foncier, du plan d'occupation du sol, accuse un certain retard pour la création de nouvelles maisons de santé pluridisciplinaires, voit se développer de nombreuses initiatives impulsées par les pouvoirs publics, les collectivités territoriales ou les professionnels de santé eux-mêmes. L'ARS souhaite appuyer cette démarche. Mais l'initiative individuelle doit être aussi soutenue, tout comme les structures d'exercice collectif (cabinet de groupe) qui existent déjà, méritant d'être recensées et accompagnées surtout par rapport à la loi handicap 2005.</u></p>
	URPS	<p>P 103 : L'Ile-de-France, qui accuse un certain retard dans la création de nouvelles maisons de santé pluridisciplinaires, voit se développer de nombreuses initiatives impulsées par les pouvoirs publics, les collectivités territoriales ou les professionnels de santé eux-mêmes. L'ARS souhaite appuyer <u>cette démarche.</u> <u>Par ailleurs, un bon nombre de structures d'exercice collectif préexistantes méritent d'être recensées et accompagnées.</u></p>
2 3 5 Consolider les centres de santé		<p>P104 <u>Il convient notamment de renforcer certains centres face aux difficultés économiques qu'ils rencontrent en tenant compte du coût de la pratique en Ile de France.</u></p> <p><u>L'ARS souhaite encourager cette perspective, notamment lors de restructurations dans des territoires déficitaires en offre ambulatoire, après une étape de diagnostic partagé avec l'ensemble des professionnels de santé et en concertation avec les URPS.</u></p>
2-4 Garantir l'efficacité de la veille sanitaire et de la gestion des alertes	AFTC	<p>2.4.1.3 Cibler la veille et la gestion sur les pathologies et les facteurs de risque à l'origine d'inégalités de santé - P106</p> <p>« Les personnes âgées sont une population particulièrement fragile... ARS-CCLIN. <u>Il en va de même pour les personnes handicapées en faveur desquelles devront aussi être menées des actions de prévention tant à domicile qu'en établissement médico-social</u>»</p>

	APF	Par ailleurs, l'Education Nationale pourrait intégrer dans ses programmes, depuis le plus jeune âge, la culture de la prévention, de la veille sanitaire, de l'éducation à l'évitement de l'attitude à risque. (Amendement APF/T, à inclure page 106)
	FNEHAD	Page 106 rajouter après le § sur l'habitat indigne la phrase « L'insécurité urbaine doit aussi est prise en compte en tant que facteur de risque limitant l'accès aux soins. Elle doit se traduire par des mesures de soutien spécifiques permettant aux professionnels de santé de pouvoir continuer à intervenir et exercer leur activité. ».
3-1 Renover l'approche territoriale de la santé	AFTC	3-1 Renover l'approche territoriale de la santé « L'ARS doit relever le défi de la graduation de ses actions et de la coordination entre les différentes échelles d'action pertinentes, entre le territoire régional, les territoires de santé que sont les départements franciliens, <u>l'échelle interdépartementale</u> et enfin l'échelle de la proximité... »
3-2 Construire la politique régionale de santé avec l'ensemble des partenaires	APF	Pour mettre en synergie les usagers et les acteurs du système de santé, il convient de reconnaître leurs projets, porter leurs ambitions et les soutenir dans le travail de transformation, dans les évolutions à mener et les concertations à concevoir. Toute l'évolution du système repose sur le parcours de santé. Mais les modes coopératifs ne sont pas appréhendés. Un cadre juridique devra être défini. Cette partie doit intégrer des modes d'action, d'intervention qui doivent mettre en mouvement l'ensemble des acteurs du système de santé. (Amendement APF/T, à inclure page 110, 3 2 1 après "dans toute la région et dans chaque territoire")

	AFTC	<p>Les politiques « hors santé » ont un poids déterminant dans les situations de santé des populations les plus fragiles. Un regard croisé sur les populations fait apparaître des problématiques de logement, santé au travail, scolarisation, gestion de l'eau, consommation alimentaire... L'approche et les actions doivent être élargies de manière à prendre en compte l'environnement de tous les citoyens et ne pas porter uniquement sur leurs pathologies. (Amendement APF/M, à inclure page 11, 3 2 3 après "une complémentarité avec le schéma régional")</p> <p>L'expérience des personnes, les réflexions des associations, leur savoir-faire, leur fonction d'accompagnement, sont autant de ressources à analyser et à intégrer dans le système de santé. Les actions collectives seront renforcées et la place des associations sera confortée dans les projets de transformation du système de santé. Il est souhaitable de ne pas laisser à la parole de l'expert institutionnel tout pouvoir et il importe d'intégrer « l'expertise profane », afin de valoriser la parole de « l'expert du vécu » qu'est la personne en situation de handicap. La démocratie sanitaire en construction doit conforter cette démarche. (Amendement APF/J, à inclure page 112 3 2 4, après "lutte contre la précarité")</p> <p>3.2.4 Mobiliser le tissu associatif P.112 « La région Ile-de-France dispose d'un tissu associatif d'une grande richesse, reconnu comme un acteur majeur de la démocratie sanitaire en région. <u>Son engagement dans l'aide aux personnes et à leurs aidants, sa connaissance des besoins, la diversité de ses actions</u> en font est un atout majeur au service de la santé des Franciliens. L'ARS a dans le domaine de la prévention... »</p>
3-3 Mobiliser la région pour lutter	APF	Le nombre de personnes ne disposant d'aucun lieu couvert pour se protéger et dormant à l'extérieur est en forte hausse. Cet accroissement continu est inquiétant et oblige à prendre en compte les

		actions de santé. Il s'agit de ne pas ou plus faire seulement pour des personnes ou une population, mais de faire avec elle, dans une participation-négociation à tous les niveaux de la démarche.
--	--	--