

# DOSSIER DE PRESSE

**Vendredi 26 novembre 2010**

## **QUELS BESOINS DE SANTE RESSENTENT LES BAS-NORMANDS ? L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Basse-Normandie a mené l'enquête auprès des pays**

L'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie a mené une consultation auprès des pays bas-normands pour recenser les besoins de santé exprimés par la population. Cette approche innovante, privilégiant la dimension humaine et valorisant le « ressenti » des bas-normands concernant leurs besoins de santé sera mise en parallèle de l'Atlas de santé et de ses données scientifiques pour déterminer les priorités de santé pour notre région.

### **CONTACT PRESSE**

Claire Le Privé, responsable communication externe  
T. 02 31 70 97 67 / Courriel : [claire.le-privé@ars.sante.fr](mailto:claire.le-privé@ars.sante.fr)



# SOMMAIRE

Pourquoi recueillir les besoins de santé ressentis par la population ?.....4

Comment ces besoins de santé ont-ils été recueillis ?.....5

- La consultation des pays, une démarche originale
- Les personnes consultées
- Une méthode utilisée pour que chacun s'exprime

Quels sont les besoins de santé ressentis et exprimés par les bas-normands ?.....7

- La participation
- Les résultats

Les besoins de santé ressentis sont-ils en adéquation avec les données présentées dans l'ATLAS de la santé en Basse-Normandie ? .....11

Qu'est ce qui ressort de cette consultation ?.....11

Que va t-on faire de ces résultats ?.....12

---

## ANNEXES

**Annexe 1 : Exemple de remontées d'un pays.....12**

**Annexe 2 : La synthèse régionale des résultats par thématique..... 13**

## Pourquoi recueillir les besoins de santé ressentis par la population ?

Pour déterminer ses priorités de santé, l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie doit décliner et mettre en œuvre les priorités de santé nationales, en tenant compte des particularités régionales.

Ainsi, dans le cadre de l'élaboration de son plan stratégique de santé, elle a étudié les besoins de santé des populations bas normandes.

L'analyse des besoins de santé gagne à être multiple. C'est le choix qui a été fait en Basse-Normandie en mettant en place deux démarches parallèles qui se complètent :

- une approche théorique et scientifique, fondée sur l'observation et l'exploitation des données et enquêtes disponibles qui a abouti à la publication de l'ATLAS de la santé en Basse-Normandie présenté le 26 octobre dernier.
- une approche directe par l'interrogation des populations et des acteurs de santé. Son objectif est d'évaluer les besoins de santé ressentis qu'ils soient ou non diagnostiqués, qu'il fassent ou non l'objet d'une demande de prise en charge.

Dans ce but, l'ARS de Basse-Normandie a mené entre fin juin et fin septembre 2010 une consultation par l'entremise de 12 Pays pour recenser les besoins de santé ressentis par les bas-normands.

## Comment ces besoins de santé ont-ils été recueillis ?

### La consultation des Pays, une démarche originale

Cette démarche originale propre à la Basse-Normandie ne prétend pas avoir une valeur scientifique mais témoigne de la volonté d'associer le plus en amont possible les intéressés et futurs « acteurs » de projets de santé (élus, usagers et habitants, acteurs socio-professionnels).

On compte 13 Pays en Basse-Normandie. Un Pays est une association de collectivités territoriales : communes, groupements, dans un territoire ayant vocation à être reconnu pour former un pays. Les acteurs économiques, sociaux, culturels et associatifs, y sont activement associés au sein d'un conseil de développement.

Le territoire régional est entièrement couvert par les 13 Pays. Ils ont l'habitude de réaliser des consultations de ce type et 12 d'entre eux ont ainsi pu répondre favorablement à la demande de l'ARS sur la base d'un cahier des charges exposant les objectifs de la démarche mais leur laissant la possibilité de décider du mode opératoire en fonction de leurs pratiques habituelles.

### Les personnes consultées

Les Pays ont sollicité différents publics pour mener cette consultation.

Liste des catégories des personnes consultées par leur intermédiaire :

- **Les élus** (présidents de communautés de communes, maires, conseillers généraux, conseillers régionaux)
- **Les usagers/habitants** (MSA, , CAF, CPAM, CRAM, PMI, CCMEA, 4 chambres consulaires, Structures d'accueil petite enfance, Directrices de crèches halte garderie, Etablissements scolaires formation, animateurs coordinateurs jeunesse des CDC, CUCS, DDJS, , MJC, Mission locale, Pôles emploi, MEF, CLIC, AS et CCAS, Structures de réinsertion, ACI développement, ASI, AIPAA, CAP EMPLOI, RETRAVAILLER, Foyer des jeunes et foyers d'hébergement, ACJM, Médiation familiale, UFC QUE CHOISIR, CODERPA, CAMSPRO, UNAFAM, AMPA, CDAD....) et tout citoyen invité dans des réunions publiques .
- **Les acteurs socio-professionnels** (professionnels de santé libéraux, ambulanciers, pharmaciens, établissements de soins, structures médico-sociale, SSIAD, associations de maintien à domicile (ADMR...), associations de malades, services de santé du travail, santé scolaire.. )

### Une méthode utilisée pour que chacun s'exprime

Les participants de chaque catégorie ont constitué des groupes d'une quinzaine de personnes. Chaque participant a reçu 5 post-it et a disposé de 15/20 minutes de réflexion pour noter les priorités de santé qui lui semblent essentielles (5 priorités maximum par participant).

Un animateur par groupe a ensuite recueilli et classé les post it dans un tableau afin de regrouper les propositions similaires.

Certains pays ont également diffusé des questionnaires auprès de la population.

Modèle de tableau remis aux pays pour la remontée de leurs besoins de santé :

	SANTE PHYSIQUE  (dont perte d'autonomie)	SANTE PSYCHIQUE	SANTE CADRE DE VIE	TOUTES DIMENSIONS DE LA SANTE
PERINATALITE				
ENFANCE- ADOLESCENCE				
ADULTES				
VIEILLISSEMENT  FIN DE VIE				
TOUTES LES DIMENSIONS				

## Quels sont les besoins de santé ressentis et exprimés par les bas-normands ?

Cinq domaines stratégiques ont été définis par le niveau national et l'ensemble des réponses individuelles « brutes » exprimées lors des consultations ont été recensées et classées dans les cinq domaines de référence :

- Handicap et vieillissement ;
- Risques sanitaires ;
- Périnatalité et petite enfance ;
- Maladies chroniques (hors vieillissement) ;
- Santé mentale (incluant la souffrance psychique, et la question des addictions)

Trois thématiques ont été ajoutées en fonction des besoins de santé exprimés par les consultés.

Elles portent sur :

- l'accessibilité sociale
- l'accessibilité géographique
- autres maux physiques

### La participation

**830 personnes** ont été consultées en Basse-Normandie.

	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Elus</b>	<b>259</b>	<b>31%</b>
<b>Usagers/habitants/société civile</b>	<b>296</b>	<b>36%</b>
<b>Professionnels de santé acteurs socioprofessionnels</b>	<b>275</b>	<b>33%</b>
<b>Tous publics</b>	<b>830</b>	

## Les résultats

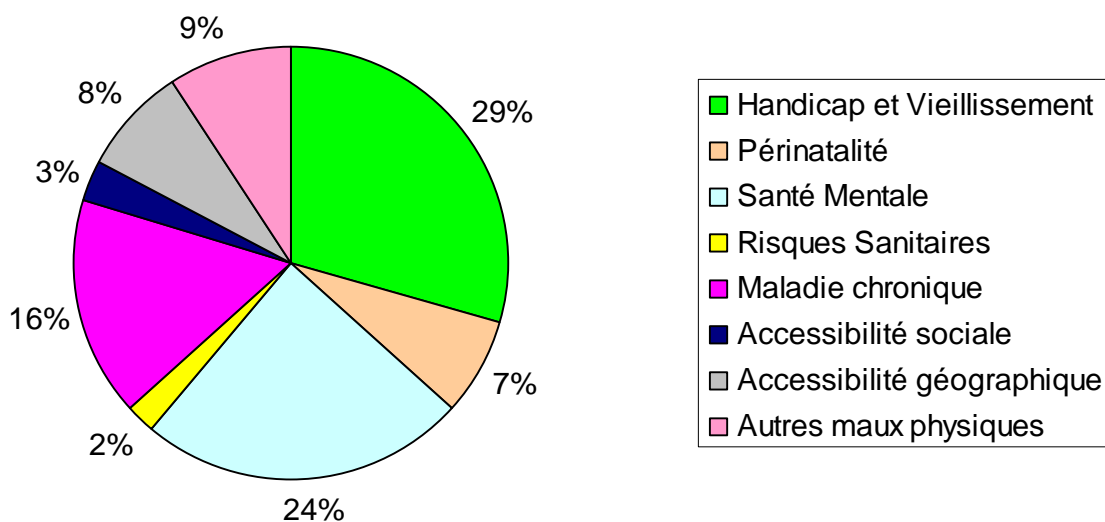
### Presque 2600 besoins de santé exprimés

	Région	Calvados	Manche	Orne
<b>Handicap et Vieillessement</b>	<b>29%</b>	<b>23%</b>	<b>33%</b>	<b>36%</b>
<b>Périnatalité</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>13%</b>	<b>5%</b>
<b>Santé Mentale</b>	<b>24%</b>	<b>26%</b>	<b>22%</b>	<b>23%</b>
<b>Risques Sanitaires</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
<b>Maladie chronique</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>	<b>14%</b>
<b>Accessibilité sociale</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>
<b>Accessibilité géographique</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>
<b>Autres maux physiques</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>

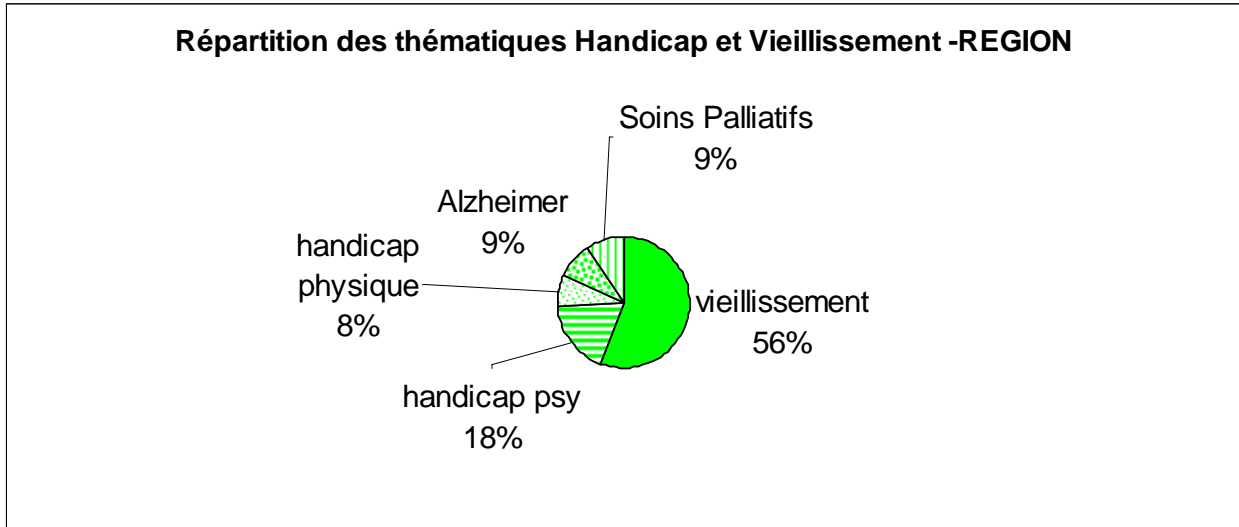
Nombre de participants

830	327	221	282
-----	-----	-----	-----

### Besoins de santé ressentis 2604 besoins exprimés Répartition par "Axe Stratégique"- REGION

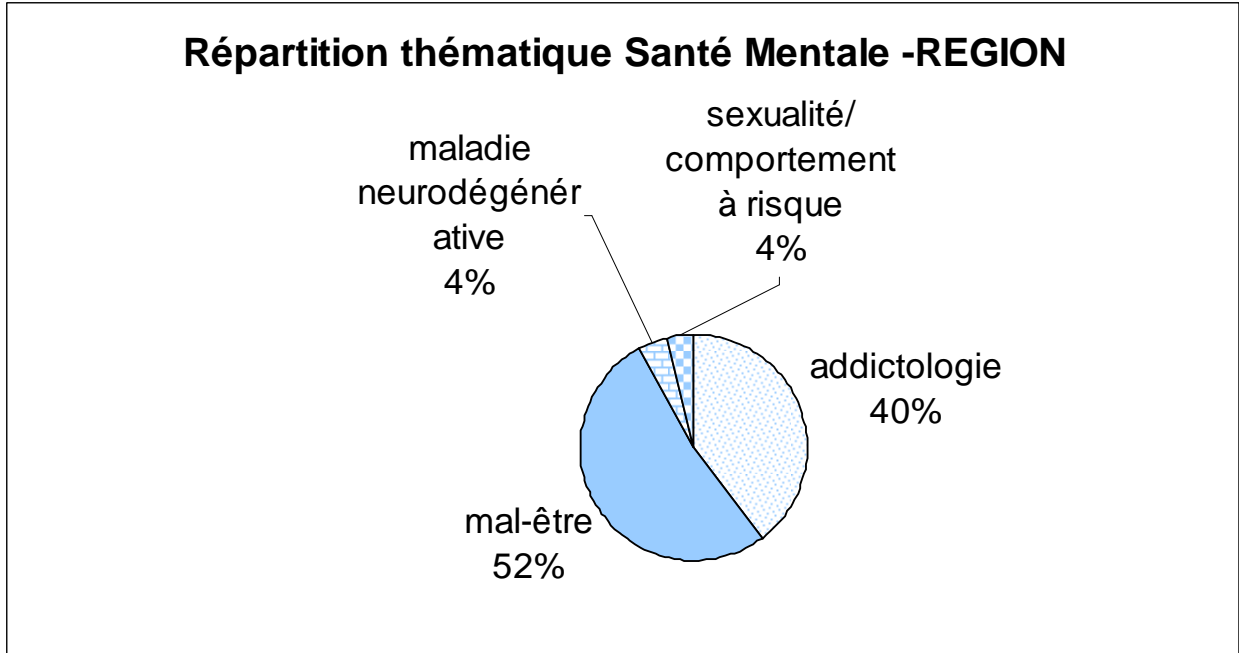


**N°1 – Le handicap et le vieillissement, besoin de santé prioritaire à l’issue de la consultation.**



Vieillissement : dont 43% maintien à domicile, 24% isolement lien social, 8% santé mentale

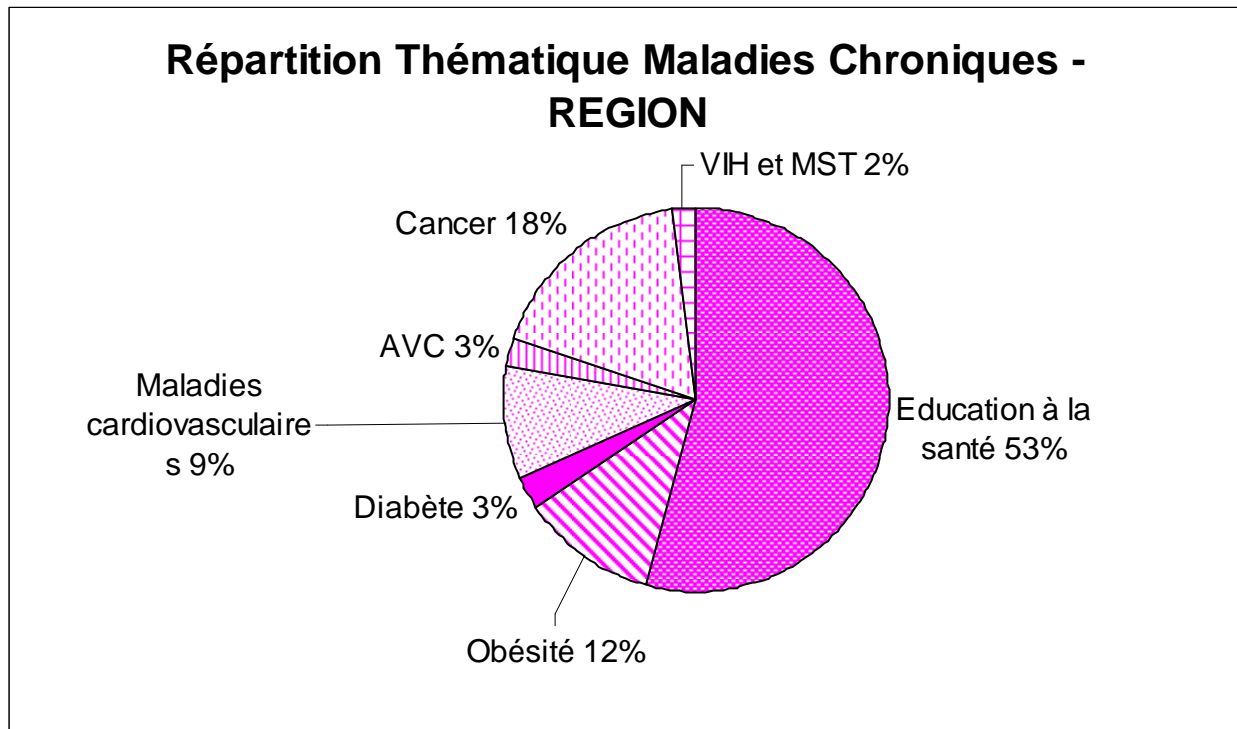
**N°2 – Les souffrances psychiques (mal être, addictions, stress...), 2<sup>ème</sup> préoccupation des bas-normands.**



Addictologie : un poids important à l’alcool 1/3 des besoins addiction

Mal être : comprend dépression (34%), stress (27%), estime de soi (20%), suicide (10%)

**N° 3 – Maladies chroniques : l'éducation à la santé mis en avant**



# Les besoins de santé ressentis sont-ils en adéquation avec les données présentées dans l'ATLAS de la santé en Basse-Normandie ?

## Des confirmations

- Forte préoccupation autour de la réponse aux besoins des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie.  
Atlas : une région vieillissante  
Pays : besoins importants autour du maintien à domicile et de l'isolement de la personne âgée
- Préoccupations autour des problèmes d'alcoolisme et d'addictions  
Atlas : des causes de mortalité liées à l'alcool, au tabac et aux accidents de la circulation plus fréquentes qu'au niveau national  
Une forte inquiétude autour des addictions des jeunes (notamment concernant l'alcool) et de l'alcoolisme et ses conséquences en général (violence, mal-être..)
- Préoccupations concernant l'accessibilité sociale et territoriale à la santé

## Des complémentarités

- On ne « souffre pas uniquement » de ce dont on meurt
- Une expression importante des souffrances psychiques (mal-être, stress, états dépressifs), qui n'apparaît pas en tant que telle dans l'Atlas qui observe les causes de mortalité (suicide)
- Une volonté de s'occuper de l'éducation à la santé : hygiène de vie et particulièrement ce qui a trait à l'alimentation
- Un souci exprimé concernant le dépistage des troubles et risques de handicap des enfants
- Une demande de soutien à la parentalité

## Qu'est ce qui ressort de cette consultation ?

Dans une grande majorité des cas, les participants se sont exprimés pour faire ressortir les besoins qui requièrent le plus d'améliorations (handicap et vieillissement, santé mentale...).

Les besoins de santé qui émergent de cette consultation concernent assez peu le domaine biomédical (les maladies ressortent peu), comme si finalement quand la maladie se présente, le système la prend en charge de manière globalement satisfaisante ...

Les principaux problèmes évoqués dans cette consultation relèvent de domaines où les personnes se sentent particulièrement démunies et pour lesquels les prises en charge sont complexes. Certains sont même de véritables problèmes de société.

Cela confirme l'intérêt pour l'ARS de travailler avec les autres politiques publiques pour répondre à ces besoins de santé multifactoriels.

## Que va t-on faire de ces résultats ?

Les résultats de cette consultation sur les besoins de santé seront remis à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) avec l'ATLAS de la santé.

Cela permettra à l'ensemble des acteurs d'analyser ensemble les données et de disposer de deux analyses détaillées et complémentaires.

A partir de ces éléments, des propositions de priorisation vont émerger dans les semaines qui viennent. Elles constitueront les priorités de santé de l'ARS pour les cinq prochaines années au sein du projet régional de santé.

### Calendrier

Etape 1 : Diagnostic régional sur les besoins de santé- mai-sept 2010

Etape 2 : Priorisation des besoins de santé oct-Nov 2010 (ARS/Conférence régionale de la santé et de l'autonomie)

Etape 3 : Fixation des objectifs- déc-févr 2010

---

**Rendez-vous prochainement en décembre  
pour la communication des priorités de santé de l'ARS**

***Une invitation sera envoyée à la pres***

## ANNEXE 1: EXEMPLE DE REMONTEES PAYS

	Pays du Bessin au Virois	Pays Caen métropole*	Pays Sud du Calvados	Pays d'Auge	Total 14	Pays de la Baie	Pays du Saint loi	Pays du Coutan çais	Pays du Cotentin	Total 50	Perche	PAPAO	Alençon	Pays d'Ouche	Total 61	
<b>Handicap et Perte d'Autonomie</b>	<b>35%</b>	<b>14%</b>	<b>25%</b>	<b>51%</b>	<b>23%</b>	<b>31%</b>	<b>32%</b>	<b>36%</b>	<b>35%</b>	<b>33%</b>	<b>26%</b>	<b>34%</b>	<b>43%</b>	<b>54%</b>	<b>36%</b>	
vieillessement	17%	9%	17%	23%	13%	20%	16%	20%	16%	17%	17%	14%	21%	20%	18%	
handicap psy	8%	0%	8%	13%	4%	0%	10%	7%	5%	6%	1%	8%	9%	15%	7%	
handicap physique	2%	1%	0%	4%	1%	1%	0%	0%	5%	2%	1%	2%	5%	7%	3%	
Alzheimer	4%	2%	0%	3%	2%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	2%	2%	
Soins Palliatifs	4%	0%	0%	4%	1%	3%	2%	2%	4%	3%	4%	6%	3%	5%	4%	
<b>Périnatalité</b>	<b>9%</b>	<b>1%</b>	<b>17%</b>	<b>9%</b>	<b>4%</b>	<b>14%</b>	<b>10%</b>	<b>11%</b>	<b>15%</b>	<b>13%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>14%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	
grossesse	1%	0%	0%	4%	1%	2%	2%	4%	1%	2%	2%	1%	1%	0%	0%	
petite enfance (pédiatrie)	1%	0%	0%	2%	1%	6%	2%	2%	4%	4%	1%	3%	5%	0%	0%	
aide à la parentalité	3%	0%	8%	1%	1%	1%	3%	0%	8%	4%	2%	4%	5%	5%	3%	
santé scolaire	3%	1%	8%	1%	1%	5%	4%	5%	2%	4%	1%	1%	3%	2%	1%	
<b>Santé Mentale</b>	<b>22%</b>	<b>29%</b>	<b>33%</b>	<b>19%</b>	<b>26%</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>	<b>22%</b>	<b>21%</b>	<b>22%</b>	<b>25%</b>	<b>24%</b>	<b>23%</b>	<b>16%</b>	<b>23%</b>	
addictologie	12%	8%	17%	4%	8%	11%	12%	9%	12%	11%	13%	10%	7%	8%	10%	
mal-être	6%	20%	17%	9%	16%	10%	5%	11%	5%	7%	12%	11%	12%	7%	11%	
maladie neurodégénérative	3%	0%	0%	2%	1%	2%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	2%	0%	1%	
sexualité/ comportement à risque	1%	1%	0%	2%	1%	0%	3%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	
<b>Risques Sanitaires</b>	<b>3%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	
<b>Maladie chronique</b>	<b>15%</b>	<b>20%</b>	<b>25%</b>	<b>7%</b>	<b>17%</b>	<b>15%</b>	<b>19%</b>	<b>9%</b>	<b>18%</b>	<b>17%</b>	<b>21%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>	<b>9%</b>	<b>14%</b>	
Education à la santé	8%	9%	8%	4%	8%	9%	16%	4%	12%	12%	11%	12%	2%	5%	8%	
<i>dont nutrition</i>	3%	2%	8%	2%	3%	6%	7%	4%	6%	6%	4%	6%	0%	2%	3%	
obésité	4%	0%	17%	0%	1%	5%	1%	0%	3%	2%	5%	2%	0%	1%	3%	
<b>Accessibilité sociale</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	
<b>Accessibilité géographique</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>7%</b>	<b>14%</b>	<b>13%</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>	
<b>Autres maux physiques</b>	<b>5%</b>	<b>21%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>15%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	
	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	100%		
<b>Nombre de besoins exprimés</b>	278	812	**	138	1228	97	129	55	164	445	370	170	230	149	919	
<b>Nombre de participants</b>	99	183	6	39	327	25	84	20	92	221	71	71	75	65	282	
<b>Commentaires, précautions d'interprétation des résultats</b>	*attention consultation partielle en cours de finalisation					**Pas de traitement par post-it, pondération a posteriori de chacune des 5 priorités d'après les débats lors de la réunion de consultation										

## ANNEXE 2 : EXEMPLE DE REMONTEES PAYS

	Santé physique	Santé mentale	Santé « sociale » cadre de vie	Toutes les dimensions de la santé de cette période de vie
<b>Périnatalité : anténatal et post natal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en compte de l'<b>obésité</b> dès la petite enfance</li> <li>-<b>Alimentation</b> : méconnaissance des besoins alimentaires des jeunes enfants</li> <li>- Favoriser l'<b>allaitement</b> maternel</li> <li>- <b>Alimentation</b> – éducation au « bien » manger au « bon » manger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduites <b>addictives</b> chez les futures mamans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythmes de vie non pris en compte</li> <li>- Manque crèche</li> <li>- Favoriser l'accueil collectif petite enfance en milieu rural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de temps du personnel de la PMI pour <b>prévention</b> avec les structures petite enfance</li> <li>-<b>Education</b> à la maternité, éducation à l'éducation</li> <li>- <b>Développer un réseau périnatalité, coordonner les professionnels</b></li> <li>- Avoir un pôle <b>hôpital - libéral</b> des spécialistes en périnatalité et néo natalité</li> <li>- <b>Lenteur des formalités administratives</b> CPAM pour les jeunes mères (accès aux droits et mise à jour des droits)</li> <li>- <b>Proximité</b> à préserver et permanence des soins</li> </ul>

<p><b>Enfance et adolescence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Education à la contraception</b> et lutte contre la transmission des <b>MST</b> dès l'adolescence</li> <li>- <b>Alimentation</b> équilibrée dès l'enfance</li> <li>- Accès à la <b>contraception</b> en milieu rural pour les ados</li> <li>- Insuffisance de <b>prise en charge des troubles du langage</b> (délai de prise en charge trop long avec répercussion possible sur la scolarité)</li> <li>- <b>Alimentation</b> – éducation au « bien » manger au « bon » manger</li> <li>- <b>Hygiène de vie</b> – bouger faire du sport</li> <li>- <b>Alimentation</b> chez les jeunes (2 fois)</li> <li>- Sédentarité des jeunes</li> <li>- <b>Education pour la santé</b> (nutrition)</li> <li>- <b>Effort physique</b> – marche, vélo pour les petites distances</li> <li>- <b>Santé physique</b> : éducation des jeunes</li> <li>- Surpoids, <b>prévention de l'obésité</b> au niveau scolaire (information)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rupture familiale</b> chez les garçons avec difficultés comportementales, problème de l'hébergement et du soin</li> <li>- L'<b>alcoolisme</b> chez les adolescents</li> <li>- Le <b>mal être</b> des adolescents</li> <li>- Le <b>suicide et mal être des ados</b> (drogue, alcool...)</li> <li>- Conduites <b>addictives</b> chez les jeunes</li> <li>- <b>Addiction</b> : faire de la prévention auprès des ados</li> <li>- Prévention <b>addiction</b> Internet, jeux chez les ados</li> <li>- Favoriser l'<b>accueil scolaire</b> des enfants en difficultés (troubles psycho moteur)</li> <li>- Réduire les <b>délais d'attente</b> pour la prise en charge des enfants en difficultés (3 à 6 mois d'attente)</li> <li>- <b>Prise en charge psychologique des ados</b> dans les familles démunies et mal informées</li> <li>- Un secteur <b>psycho pédiatrie</b> avec prise en charge de l'épilepsie, l'autisme et le retard psycho moteur</li> <li>- Accompagnement lors de la <b>scolarisation</b> des enfants ayant une <b>pathologie et ou un handicap</b></li> <li>- Non prise en compte et prise ne charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problème de <b>déplacements pour la population jeune</b>, personnes n'ayant pas de moyens de locomotion</li> <li>- Aide aux familles présentant des <b>enfants déscolarisés</b> (addictions) – rôle et moyens de l'A.E.M.O, concertation avec les soignants ?</li> <li>- Développer des actions où les parents puissent s'exprimer et parler de leurs difficultés</li> <li>- Aide au <b>développement intellectuel</b> de l'enfant avec le moins de transport possible</li> <li>- Prendre les repas en commun au sein de la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Accompagnement éducatif</b> enfance/ados</li> <li>- Développer des actions de <b>prévention</b> avec les professionnels de santé</li> <li>- <b>La santé des jeunes</b> c'est un vrai problème</li> <li>- <b>Education</b> à la santé, <b>hygiène de vie</b>, alimentation et sommeil</li> <li>- <b>Suivi médical</b> plus poussé en milieu scolaire</li> <li>- Une priorité à la <b>prévention</b> qui responsabilise les gens</li> <li>- <b>Prévention enfance et ados</b></li> </ul>
--------------------------------------	--	--	---	--

		<p>de la <b>souffrance psychique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ados - santé mentale</b> : la rue ? ou des lieux de convivialité avec soutien psychologique</li> <li>- <b>Addictions : prévention</b> dans les écoles pour les <b>ados</b></li> <li>- Prise en compte et en charge des ados et adultes jeunes sur les <b>comportements additifs</b> banalisés entraînant des <b>dépendances</b> non reconnues dans cette population (prévention, éducation à la santé)</li> <li>-<b>Prévention drogues</b></li> <li>- <b>Prévention à l'alcool</b> chez les ados et adultes</li> <li>- <b>Santé mentale</b> des ados : les occuper de façon intelligente pour les empêcher de se regrouper pour boire ou autre...</li> <li>- <b>La dépression</b> chez les jeunes</li> <li>- Le <b>suicide</b> chez les jeunes, le mal être</li> <li>- <b>Santé mentale</b> : besoin de proximité, une équipe mobile adaptée aux problématiques</li> <li>- <b>Addictions</b> (téléphone portable, jeux, tabagisme, alcool, drogue...)</li> <li>- Les médias prennent trop d'importance sur le <b>mental des jeunes</b> d'où un dérèglement psychologique, mental et alimentaire</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prévention des dangers et dérives d'Internet et des médias</b> (suicide, poker, dépendances)</li> <li>- <b>Les addictions</b> (prévention) 2 fois</li> <li>- <b>La dépression</b> chez les jeunes</li> <li>- Le <b>suicide</b> chez les jeunes, le mal être</li> </ul>		
<b>Adultes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Appareillages</b> adultes (prothèses auditives...)</li> <li>- Prévention <b>obésité</b> (jeunes adultes)</li> <li>- Education en <b>nutrition</b> dans un objectif de <b>prévention</b> et prise en charge</li> <li>- Eh oui, le suivi de la <b>vue</b> !</li> <li>-<b>Hygiène de vie</b> – bouger faire du sport</li> <li>- Médecine préventive vis-à-vis des <b>maladies</b> cardiovasculaires, diabète....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prise en charge</b> à la sortie d'un hôpital psychiatrique</li> <li>- Création d'un GEM et d'un SAMSAA pour le <b>suivi des malades psychiques</b> chez eux</li> <li>- Comment <b>soigner un malade psychique</b> dans le déni, vivant chez lui ?</li> <li>- Accès simplifié à la <b>santé mentale</b></li> <li>- Difficulté d'<b>accessibilité</b> aux soins adaptés pour les personnes neurovégétatives ou présentant des handicaps physique ou mental lourds</li> <li>- <b>Santé mentale</b> adulte : comment lutter contre l'isolement : veuvage, séparation, maladie : café conviviaux ? accueil par des techniciens ?</li> <li>- <b>Isolement</b> et dépréciation de soi, <b>mal être</b></li> <li>- Alcool et autres <b>addictions</b> et <b>précarité sociale</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Isolement, exclusion</b></li> <li>- Conflits conjugaux, médiation familiale : la parentalité</li> <li>- Offre d'<b>accompagnement</b> des adultes en situation de <b>précarité</b> dans leur globalité (prise en charge médico-psycho-sociale)</li> <li>- Accompagnement des personnes <b>alcooliques</b> car souvent isolées</li> <li>- Le <b>stress</b>, maladie du siècle (sur le lieu de travail, et dans le logement)</li> <li>- Améliorer l'<b>accès aux soins</b> des bénéficiaires de la CMU, des publics précaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Médecins et HAD en milieu rural</b> (distance et choix)</li> <li>- <b>Méconnaissance</b> des circuits de santé locaux et des <b>droits d'accès aux soins</b>, on attend la situation d'urgence pour s'affoler</li> <li>- Accompagnement et information auprès des parents sur l'<b>hygiène de vie</b> (alimentation, sommeil)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <b>suicide</b> chez les adultes au travail</li> <li>- Les <b>addictions</b></li> </ul>		
<b>Vieillesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge du conjoint survivant très dépendant (AVC, démence, GIR 1 et GIR 2, trachéotomie ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prévention</b> de la maladie d'<b>Alzheimer</b> et de la démence chez les personnes âgées</li> <li>- Personnes atteintes de la maladie d'<b>Alzheimer</b> et leurs aidants</li> <li>-<b>Alzheimer</b>, maladies démentielles – aidants et malades</li> <li>-<b>Alzheimer</b>, vieillissement, prise en charge en institution</li> <li>- Besoin de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'<b>Alzheimer</b>, lorsqu'elles vivent chez un aidant familial, besoin de relais</li> <li>- Consultation avancée « <b>mémoire</b> »</li> <li>- Anxiété devant la <b>difficulté d'accès aux soins</b> (spécialistes, généralistes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crainte de l'<b>isolement</b>, nécessité de regroupement pour les personnes âgées</li> <li>- Problème de <b>déplacements pour la population jeune et pers. âgées</b>, personnes n'ayant pas de moyens de locomotion</li> <li>- Coût des maisons de retraite trop élevé eu égard aux retraites du monde rural</li> <li>- Prise en charge des <b>déplacements</b>, pour les soins dentaires, ophtalmo ...</li> <li>- Faciliter les <b>déplacements</b> pour les visites médicales</li> <li>- <b>Isolement</b> familial, syndrome de glissement</li> <li>- <b>Maintien à domicile</b>, accompagnement en adéquation avec les besoins</li> <li>- Donner plus de pouvoir ou encourager les élus ou responsables à signaler les personnes âgées en difficulté qui vivent avec peu de moyens et se débrouillent malgré tout</li> <li>- Développer les moyens permettant le <b>maintien à domicile</b> des personnes âgées et dépendantes</li> <li>- <b>Isolement</b> de certaines personnes âgées = difficulté d'<b>accessibilité aux soins</b></li> <li>- <b>Prise en charge</b> des personnes dépendantes à <b>leur domicile</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Délai d'attente</b> en SSIAD, manque de lits</li> <li>- Proposer un bon accueil et un meilleur <b>suivi</b></li> <li>- <b>Prise en charge</b> des personnes âgées</li> <li>- Meilleure <b>coordination de l'offre</b> de soins à domicile</li> <li>- Encadrement et <b>prise en charge au domicile</b> le plus longtemps possible</li> <li>- Prise en charge des médicaments et des soins d'hygiène à <b>domicile</b></li> <li>- Limite dépassée du <b>maintien à domicile</b> et refus d'institutionnalisation ou impossibilité d'intégrer une structure, quelle réponse ?</li> <li>- <b>Prise en charge des soins</b> des personnes âgées malades à <b>leur domicile (HAD)</b></li> <li>- Pour un meilleur suivi et une prise en charge facilitée, revoir les conditions de la prise en charge des transports</li> <li>- Dépendance : <b>maintien à domicile</b> : quid de la nuit ? aucun financement pour la garde itinérante ?</li> <li>- Soutien à l'investissement d'institution de transition comme les résidences seniors où l'on partage les savoirs= bécinage</li> <li>- <b>Organiser</b> une filière gériatrique cohérente (endiguer la vague du papy-boom et répondre aux grands besoins spécifiques du grand âge :</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lutte contre l'<b>isolement des personnes âgées</b> (2 fois)</li> <li>Prise en compte des <b>problèmes de mobilité de la population des zones</b></li> <li><b>Prévention de la dépendance</b> par équipement de la maison avant accident</li> <li>- Aide à l'aidant</li> <li>- <b>Isolement</b> des personnes âgées</li> <li>- Stimuler les personnes âgées par des <b>ateliers de travail mental</b>, randonnées, ....</li> <li>- Création de <b>lieux de vie sécurisés</b> médicalement entre la maison et la maison de retraite (foyer logement)</li> <li>- Difficulté de <b>transport pour l'accès aux soins</b></li> </ul>	<p>démence et dépendance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Coût</b> : allongement de la vie, <b>coût des soins</b> infirmiers des personnes prises en charge en SSIAD</li> <li>- Arrêter de médicaliser la vieillesse (la vieillesse n'est pas une maladie)</li> <li>- Trop d'<b>attente</b> pour pouvoir <b>accéder</b> aux maisons de retraite</li> <li>- <b>transports pour personnes âgées</b> ayant besoin de soins</li> </ul>
<p><b>Fin de vie et soins palliatifs</b></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faut-il dire la vérité aux malades en cas de maladie grave ou en fin de vie</li> <li>- <b>Accompagnement fin de vie</b> – EHPAD /domicile (2 fois)</li> <li>- <b>Prise en charge</b> des patients en <b>fin de vie</b> au plus proche du <b>domicile</b> et de l'entourage</li> <li>- <b>Prise en charge des personnes en fin de vie, besoin de soins palliatifs</b></li> </ul>	<p><b>Soins palliatifs</b> (respect de la loi Leonetti)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Soins palliatifs</b> (respect de la loi)</li> <li>- <b>Accessibilité aux soins</b> simplifiée pour les personnes âgées (2 fois)</li> <li>- <b>Prise en charge</b> surtout à la sortie hospitalisation – solitude</li> <li>- Assurer l'offre en <b>soins palliatifs</b>, qui répondent aux critères légaux et modernes récemment mis au point par le législateur</li> <li>- <b>Formation des soignants</b> en soins palliatifs (respect de la loi Léonetti)</li> <li>- Fin de vie : manque de personnel dans les hôpitaux</li> </ul>

				- Importance des <b>soins palliatifs</b>
<b>Toutes les périodes de vie de cette dimension de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hygiène de vie</b> : sommeil, alimentation (2 fois)</li> <li>- Améliorer la <b>qualité des repas</b> : équilibre, goût, hygiène alimentaire en général</li> <li>- Prise en charge du <b>handicap</b> (adaptation des infrastructures)</li> <li>- Avoir des ORL qui prennent en charge les acouphènes, avoir des kinés équipés pour assurer la rééducation vestibulaire à moins de 20 km</li> <li>- Lunettes et dents : pas assez de remboursements</li> <li>- La <b>pénibilité du travail</b> (agriculteurs et professions libérales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge et <b>suivi psychologique</b></li> <li><b>Souffrance psychique</b> (mal être, dépression, troubles psychiques)</li> <li>- Prise en charge du <b>handicap</b> (adaptation des infrastructures)</li> <li>- <b>Addictions</b> (jeux, alcool, drogue) 2 fois citée</li> <li>- <b>Mal être général</b></li> <li>- Abandon de prise en charge de certaines pathologies (santé mentale)</li> <li>- La question des répétitions de certains maux, demande à travailler la question intergénérationnelle</li> <li>- Les infrastructures de <b>santé mentale</b> ne correspondent pas aux soins, on brasse les malades de degrés différents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de priorité à la <b>prévention pour un public fragilisé</b> (foyers salariés sans mutuelles)</li> <li>- Absence de prise en compte du <b>capital santé</b> (pas de soins, pas de mutuelle)</li> <li>- <b>Règles d'hygiène</b>, pas de transmission de savoir-faire, alimentation hygiène, repères dans le temps et l'espace, sommeil</li> <li>- Paupérisation de certaines familles (Pontchardon et difficultés sociales en conséquence)</li> <li>- <b>Accès aux soins</b> plus difficile pour bénéficiaires de la CMU surtout pour les spécialistes</li> <li>- <b>Accompagnement</b> familial</li> <li>- <b>Difficulté de déplacements</b> des populations (précarité) pour l'accès aux soins</li> <li>- Faciliter la venue d'assistantes sociales dans certaines familles (augmenter leur nombre)</li> <li>- <b>Faciliter</b> et accélérer le passage des malades d'un service social à un autre en fonction de ses besoins spécifiques</li> <li>- Le délitement du <b>lien social</b> entraîne un appauvrissement des relations</li> <li>- Créer des espaces d'échanges intergénérationnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgences – <b>attente trop longue</b></li> <li>- <b>Difficulté d'accès aux soins</b> pour les publics précaires (CMU)</li> <li>- Proximité d'un grand centre hospitalier</li> <li>- <b>Eloignement</b> des centres de rééducation</li> <li>- Manque d'<b>acteurs d'éducation à la santé</b> et de prévention sur le territoire</li> <li>- Assurer une <b>formation professionnelle des soignants</b> qui soit continue tout le long de la vie professionnelle</li> <li>- Besoin de <b>formation des personnels</b> en qualité et quantité</li> <li>- Se pencher sur les <b>déplacements</b> vers les soignants, spécialistes</li> <li>- Prévention primaire – éducation thérapeutique</li> <li>- Améliorer la <b>concertation des structures</b> de santé (hôpitaux, soins de ville)</li> <li>- <b>Coordination, collaboration et continuité</b></li> <li>- <b>Coordination, organisation, simplification</b></li> <li>- <b>Accès aux soins</b> – articulation médecine libérale/ médecine hospitalière</li> <li>- <b>Continuité des soins</b></li> <li>- Gâchis médicamenteux et des soins dus à</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en compte des <b>problèmes de mobilité de la population des zones rurales</b></li> <li>- Développer des activités économiques : avoir du travail c'est avoir moins besoin de fréquenter les acteurs de santé</li> <li>- <b>Problème d'accessibilité, de mobilité</b> des usagers éloignés du soin</li> <li>- <b>Mobilité en milieu rural</b></li> <li>Un secteur médico-social (HAD, EHPAD, fin de vie)</li> <li>- <b>Pollution</b> (2 fois citée)</li> <li>- <b>Santé sociale</b></li> <li>- <b>Conditions de travail</b></li> <li><b>Hygiène de vie</b> en générale à améliorer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>une <b>désorganisation</b></li> <li>- Pérennité des soins et de leurs financements</li> <li>- Education thérapeutique des médecins (groupe de qualité et civisme des patients)</li> <li>- Intensifier fortement tous les secteurs d'éducation thérapeutique qui <b>responsabilise le patient</b> et optimise ses traitements</li> <li>- La <b>sécurité</b> des services d'urgences</li> <li>- La <b>sécurité</b> des services d'urgences très PRO</li> <li>- <b>Amélioration de la prise en charge</b> des soins/ nomenclature/régime complémentaire</li> <li>- Favoriser la <b>mobilité des acteurs de santé</b> « aller vers »</li> <li>- Un secteur de coordination : <b>transport pour personnes âgées</b>, coordinateur de vie, de santé, et de statistique épidémiologique</li> <li>- <b>Education à une consommation de soins adaptée</b>, raisonnable mais aussi suffisante</li> <li>- <b>Apprendre à la population à se servir</b> des propositions de prise en charge sanitaire « en temps et en heure » et non en retard comme trop souvent constaté</li> <li>- Améliorer la <b>formation des professionnels</b> des ressources du territoire</li> <li>- <b>Prise en charge globale</b> du patient : dossier médical partagé</li> <li>- <b>Prise en charge globale</b> de la santé dans les</li> </ul>
--	--	--	---	--

				<p>établissements d'accueil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer et renforcer <b>les réseaux de professionnels</b> largement sur le territoire</li> <li>- Le changement : une notion à travailler avec les équipes des professionnels – comment s'inscrire dans une dynamique de changement (processus dynamique)</li> <li>- Bien définir <b>le rôle des différents acteurs</b> (hôpitaux, CRF, médecins libéraux, HD Jour, SSR) dans les différentes disciplines pour une meilleure prise en charge (problème de coût)</li> <li>- Redéfinir les <b>zones frontières entre médecins et infirmières</b></li> </ul> <p>Réduire les <b>délais pour l'obtention des RDV</b> spécialistes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Coordination du médical et du social</b> à développer sur les territoires, permanences des professionnels à développer (réseau de santé)</li> <li>- Réponse rapide au problème médical (envoi vers un spécialiste, <b>coordination et orientation</b>, regroupement, problème de garde, distance 25km)</li> </ul>
--	--	--	--	---

**Hors sujet** : Démographie médicale

- Diminution du nombre des naissances, vieillissement de la population
- Vimoutiers : plus de radiologue
- Comment faire venir les jeunes médecins en milieu rural
- Maintien d'une offre de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes permettant l'accès aux soins
- Un pôle de santé libéral
- Favoriser l'installation des praticiens (incitations financières, augmentation de l'offre de soins)
- Une régulation spatiale des médecins sinon être capable d'accumuler les médecins étrangers en quantité suffisante avec un statut de médecin
- Une offre de soins de 1<sup>er</sup> Recours : soit 3 pôles de santé (1 pour 15.000hab.) + 1 permanence de soins déjà définie avec un secteur sanitaire en place sur Argentan
- Création de maison médicale
- Favoriser, réviser l'installation des médecins, mieux les rémunérer
- Rémunération des astreintes des médecins libéraux
- Ajouter de la vie aux années et non des années à la vie