

LE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE EN REGION CENTRE 2012-2016

Version soumise à consultation dans le cadre de l'article L1434-3
du Code de la santé publique

SOMMAIRE

1	Introduction	5
1.1	Un nouveau cadre juridique pour la promotion d'un modèle global de la santé	6
1.2	Le Plan Stratégique Régional de Santé : première composante du Projet Régional de Santé	8
1.3	Un préalable : le découpage des territoires	9
1.4	La démarche de construction du Plan Stratégique Régional de Santé	10
1.5	La démocratie sanitaire : un outil de concertation	11
2	Le portrait de la santé en région Centre	13
2.1	La situation sociodémographique	14
2.2	Les faits marquants de l'état de santé des habitants de la région	16
2.3	L'offre de santé	20
3	Une stratégie d'action transversale	25
3.1	Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé	26
3.2	Faire face au défi de la démographie des professions de santé	27
3.2.1	Mieux observer pour anticiper	28
3.2.2	Fédérer tous les partenaires concernés autour d'objectifs communs	28
3.2.3	Agir sur la formation	28
3.2.4	Agir sur l'attractivité de nos territoires pour les professionnels de santé	30
3.2.5	Miser sur l'évolution des métiers et des compétences	30
3.3	Le développement de la performance du système de santé	30
4	Les priorités pour les cinq ans à venir (2012-2016)	33
4.1	Dans le domaine de l'Autonomie	36
4.2	Dans le domaine de la Veille et Sécurité Sanitaires	38
4.3	Dans le domaine de la Périnatalité et la petite enfance	39
4.4	Dans le domaine des Maladies Chroniques	40
4.5	Dans le domaine de la Santé Mentale	41
4.6	Dans le domaine des Conduites à risques	43
5	La coordination à organiser	45
6	L'organisation du suivi et de l'évaluation du Projet Régional de Santé	49
7	Annexes	53
8	Abréviations	59

1 INTRODUCTION

1.1 Un nouveau cadre juridique pour la promotion d'un modèle global de la santé

► La Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

La Loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a pour ambition de moderniser le système de santé français en portant des modifications d'organisation majeures sur l'ensemble de l'offre de soins (hospitalière, ambulatoire, préventive et médico-sociale).

L'un des objectifs de la Loi est de privilégier une **approche transversale** des politiques de santé publique en vue d'opérer une **meilleure complémentarité des offres, des ressources et des compétences mobilisées** pour la santé des citoyens, dans une logique d'approche territoriale. La création des Agences Régionales de Santé (ARS) est la traduction organisationnelle de cet objectif de transversalité.

Les ARS ont pour mission de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le respect des objectifs nationaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé¹. A ce titre, les ARS doivent définir un **Projet Régional de Santé (PRS)** constituant désormais **l'outil de conduite et de planification unifié** de la politique régionale de l'Agence.

► Les ambitions portées par le Projet Régional de Santé (PRS)

Le Projet Régional de Santé promeut une vision pluridimensionnelle de la santé :

- au sens de sa définition par l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS - 1948) à savoir : un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité ;
- au sens des principes définis par la **Charte d'Ottawa** (1986) qui définit la santé comme une ressource permettant de mener une vie productive sur les plans individuels, sociaux et économiques.

Cette vision pluridimensionnelle de la santé impose de tenir compte, à la fois dans l'observation et dans la construction des réponses, d'un **ensemble de déterminants** pouvant agir favorablement ou défavorablement sur la santé de l'individu et des populations.

En effet, si la santé d'un individu dépend de caractéristiques qui lui sont propres, d'autres facteurs ont une influence, et agissent parfois de façon cumulative : les comportements individuels et les modes de vie, l'environnement, les conditions sociales ou encore les conditions d'accès aux dispositifs de santé.

Dans ce cadre de réflexion, le Projet Régional de Santé (PRS) poursuit **3 grandes ambitions** :

- **améliorer l'espérance de vie en bonne santé** : si l'espérance de vie augmente, elle peut s'accompagner de l'apparition d'incapacités ou de limitations fonctionnelles altérant la qualité de vie et la santé des individus. Les leviers d'amélioration se situent à la fois :
 - o dans le domaine de la prévention primaire afin d'éviter l'apparition des maladies ou des altérations ;
 - o dans le champ de la prévention secondaire, afin de repérer précocement, notamment au travers des actions de dépistage
 - o dans le champ de la prévention tertiaire, via la recherche de solutions d'accompagnement adaptées permettant de compenser ces altérations, éviter les complications et améliorer la qualité de vie.

¹ Article L.1431-1 du code de la santé publique

- **promouvoir l'égalité devant la santé** : les inégalités sociales de santé entre groupes sociaux sont encore fortes. Les facteurs individuels ne peuvent pas à eux seuls expliquer cette réalité². Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles en sont un des reflets. La majorité des inégalités de santé se construisent et se reproduisent dès l'enfance. Ce constat marque encore une fois l'importance d'une définition large de la santé afin de mobiliser le maximum d'acteurs institutionnels pouvant contribuer par leur politique publique (y compris sociale ou économique) à la réduction des écarts.
- **développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient** : l'accessibilité et la qualité du système de santé sont des facteurs déterminants dans l'amélioration de la santé de la population. Il s'agit de concilier la qualité du service et des prestations rendues à la population en favorisant le partage des bonnes pratiques professionnelles, l'expression des droits des usagers, et la maîtrise des dépenses. Cette ambition revêt une dimension particulière dans le contexte des finances publiques qui encadre l'exercice d'élaboration du Projet régional de santé. Son élaboration et sa mise en œuvre devront tenir compte de cette contrainte en recherchant l'efficacité des différentes composantes du système de santé.

► Les différentes composantes du Projet Régional de Santé (PRS) :

Défini pour une durée de cinq ans, le Projet Régional de Santé comporte plusieurs niveaux de déclinaison constituant autant d'étapes dans son élaboration :

- **Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)** : objet du présent document, il définit les orientations et les priorités de l'ARS sur l'ensemble de son champ de compétence pour les 5 ans du PRS. En ce sens, il s'agit de la partie la plus stable du PRS.
- **Trois schémas d'application** :
 - o Le schéma régional d'organisation des soins (SROS), comportant deux volets :
 - Volet Etablissements de santé
 - Volet Ambulatoire
 - o Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)
 - o Le schéma régional de prévention (SRP)
 - Volet Veille, Alerte et Gestion des urgences sanitaires
 - Volet Prévention et Promotion de la Santé
- **Des programmes de mise en œuvre** tels que le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme de télémédecine, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), le programme régional de Gestion du Risque, et les programmes territoriaux.

Les composantes du Projet Régional de Santé



² Marie-José MOQUET – La santé de l'homme - n°397 - Septembre-octobre 2008

1.2 Le Plan Stratégique Régional de Santé : première composante du Projet Régional de Santé

Première composante du Projet Régional de Santé, le Plan Stratégique Régional de Santé fixe les priorités de l'ARS sur les cinq années de mise en œuvre du PRS, et ce sur l'ensemble du champ de compétence de l'Agence.

Traduisant les grands enjeux de la santé en région, le PSRS constitue un socle commun d'orientations :

- **entre les trois schémas d'application** (soins, prévention, médico-social) qui définiront les réponses opérationnelles de l'ARS aux priorités stratégiques ;
- **et plus largement, entre un ensemble d'acteurs et partenaires institutionnels** disposant de leviers propres et distincts mais concourant à l'atteinte des mêmes objectifs. C'est l'objet de la coordination des politiques publiques, inscrite au point 5 du présent document.

Le Plan Stratégique doit comporter :

1° Une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, tenant compte :

- a) De la situation démographique ;
- b) De l'état de santé de la population et des données sur les risques sanitaires ;
- c) Des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- d) Des données régionales en matière de santé et de handicap ;

2° Une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie ;

3° Les objectifs fixés en matière :

- a) De prévention ;
- b) D'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
- c) De réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;
- d) De qualité et d'efficacité des prises en charge ;
- e) De respect des droits des usagers ;

4° Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ;

5° L'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé.

*Le plan stratégique régional de santé prend en compte les **travaux des conférences de territoire**.*

1.3 Un préalable : le découpage des territoires

► Les territoires de santé :

La Loi HPST dispose que « *l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours* » (Art. L. 1434-16 du CSP).

En préalable aux travaux du PSRS, l'ARS du Centre a élaboré une proposition retenant les **six départements de la région Centre** comme territoires de santé opposables, sièges des conférences de territoires.

Cette proposition a recueilli un avis favorable à l'unanimité de tous les acteurs sollicités sur le sujet (le Préfet de région, les six Conseils généraux, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie). Un arrêté du Directeur Général de l'ARS en date du 23 juillet 2010 a entériné ce découpage.

► Les territoires de proximité

Au-delà de la définition du territoire de santé opposable, la question des territoires de proximité sera centrale dans le cadre de l'élaboration du Projet Régional de Santé et plus particulièrement dans certaines de ses composantes :

- Le schéma régional de prévention, au sein duquel la question des territoires infra départementaux est primordiale dans la prévention des risques liés aux milieux de vie l'amélioration de la veille, l'alerte et la gestion des situations d'urgence sanitaire, mais également pour les politiques de prévention et promotion de la santé dont la déclinaison opérationnelle participera à la réduction des inégalités sociales et territoriales.
- Le volet ambulatoire du schéma d'organisation des soins s'articulant autour de la question de l'accès aux soins, notamment de premier recours (dont la répartition territoriale des professionnels de santé), et les nouveaux modes d'organisation des soins.
- Le schéma régional d'organisation médico-sociale et le PRIAC qui cibleront les territoires devant faire l'objet d'appels à projet.
- Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : dédié à la problématique particulière de l'accès à la prévention et aux soins des publics les plus démunis.
- Les programmes territoriaux de santé qui seront la traduction des mesures du Projet régional de santé dans les territoires de santé et de proximité. Les programmes territoriaux peuvent donner lieu à des contrats locaux de santé sur l'ensemble du champ de compétence de l'ARS.

La structuration des territoires de proximité devra :

- contribuer au déploiement territorial du Projet Régional de Santé dans l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales. Dans cette perspective, l'adaptation de l'offre aux spécificités de chaque territoire sera déterminante pour garantir l'efficacité des réponses,
- susciter l'inscription des problématiques de santé dans la réflexion et les projets de développement des territoires portés par les élus locaux
- organiser la connaissance et les savoir faire de santé publique en termes d'observation et de programmation au niveau territorial le plus pertinent.

1.4 La démarche de construction du Plan Stratégique Régional de Santé

La construction du Plan Stratégique régional de santé a supposé une démarche méthodologique précise.

La première étape d'élaboration du PSRS a consisté à réaliser un **diagnostic partagé** portant sur l'état de santé de la population et l'offre de santé en région.

La réalisation de ce diagnostic a permis d'approcher la mesure des « **besoins de santé** » des habitants de la région. La mesure du besoin de santé est complexe : pouvant être défini comme un écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité, le besoin de santé peut être variable en fonction d'un individu ou d'un groupe de population, et parfois non exprimé.

Le diagnostic de l'état de santé de la population réalisé à l'appui du Plan Stratégique a permis de :

- traduire la vision globale de la santé par la prise en compte des différents facteurs ou déterminants ayant un impact sur la santé
- identifier les problèmes de santé en région
- mettre en évidence les inégalités sociales et territoriales, notamment par l'exploitation de l'étude de l'Observatoire régional de la santé relatif aux inégalités cantonales de santé en région Centre³.

Un groupe de travail associant des partenaires externes et experts en santé publique a permis d'aboutir, en octobre 2010, à une première version de travail (V0)⁴ du diagnostic de l'état de santé.

Cette première version a été mise en consultation auprès des commissions de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), des commissions de coordination et des six conférences de territoires. Une partie des remarques issues de cette première phase de concertation a fait évoluer ce document en une seconde version (V1) disponible en février 2011⁴.

La même démarche de diagnostic a été opérée pour **l'offre de santé** sur le territoire régional avec pour objectifs de :

- recenser, dans le domaine de compétence de l'ARS, les différents services, équipements ou dispositifs, ainsi que la démographie des professionnels de santé
- identifier les points forts et les points faibles des différentes offres
- identifier les perspectives d'évolution connues à ce jour.

De la même manière que pour le diagnostic de l'état de santé, le diagnostic de l'offre a évolué à la suite d'une première phase de concertation pour aboutir à une seconde version (V1)⁴ disponible en février 2011.

La concertation organisée autour de ce diagnostic (cf. point 1.5) a permis de partager les analyses, et relever les faits marquants appelant des réponses de la part de l'ARS.

Sur le mois de janvier 2011, huit groupes de travail régionaux réunissant près de 80 personnes, en complément des travaux des conférences de territoire, ont permis d'identifier des propositions de priorités à partir desquelles l'ARS a construit le présent Plan Stratégique Régional de Santé.

Au total, sur l'ensemble de la période de construction du Plan Stratégique, ce sont donc près de 400 personnes qui ont été consultées.

³ *Les inégalités cantonales de santé en région Centre – une répartition territoriale des déterminants de santé - ORS du Centre - 2010*

⁴ *Disponible sur le site internet de l'ARS - <http://www.ars.centre.sante.fr/Le-Projet-Regional-de-Sante.79766.0.html>*

1.5 La démocratie sanitaire : un outil de concertation

La démocratie sanitaire est un principe fondamental de la loi HPST. Au-delà du seul respect des droits des usagers, la démocratie sanitaire doit permettre aux acteurs et usagers du système de santé d'être **parties prenantes dans la définition des réponses** à construire, au niveau régional ou local.

La démocratie sanitaire doit aussi permettre une **meilleure appropriation des enjeux** de santé par l'ensemble des acteurs afin de faire émerger des solutions adaptées et efficaces, déclinées en fonction des réalités territoriales. Dans le cadre de l'application de la Loi HPST et de la création de l'ARS, la démocratie sanitaire **participe au décloisonnement des secteurs** d'intervention (soin, prévention, médico-social) et facilite ainsi une approche commune et globale de la santé.

L'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé, et plus largement du Projet régional de santé, s'inscrit dans un large processus de concertation, de manière à partager avec les partenaires institutionnels, les acteurs et les représentants des usagers, les principaux constats et propositions d'amélioration à apporter.

Tout au long de l'élaboration du PSRS, l'ARS du Centre a fait le choix de privilégier la concertation⁵ auprès des instances de démocratie sanitaire prévues par la Loi :

- ▶ **la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)** : elle rassemble 100 membres représentant :
 - les collectivités territoriales,
 - les usagers et les associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'Agence Régionale de Santé,
 - les conférences de territoires,
 - les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes,
 - les professionnels du système de santé,
 - les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux,
 - les organismes de protection sociale.

La CRSA organise le débat public sur les questions de santé de son choix. Elle est organisée en quatre commissions spécialisées (Prévention, Soins, Médico-sociale, Droits des usagers) et une commission permanente.

Dès le début des travaux d'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé, l'ARS a souhaité s'appuyer en priorité sur les commissions de la CRSA pour organiser le débat et la concertation au niveau régional. Plus particulièrement, la commission permanente de la CRSA a constitué l'interface régulière de l'ARS pour aborder la méthodologie des travaux et les modalités de consultation associées.

- ▶ **les Conférences de territoire** : le renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé fait partie des orientations de la Loi HPST, désormais porté par les ARS. Cet objectif suppose de mieux prendre en compte les spécificités des territoires pour apporter des réponses adaptées au plus près des usagers du système de santé.

Chaque conférence regroupe une cinquantaine de membres représentant l'expression de la communauté des acteurs de santé de proximité, répartis en plusieurs collèges : établissements de santé, gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, organismes œuvrant dans le champ de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, professionnels de santé libéraux, représentants de centres de santé, maisons de santé, réseaux de santé, établissements de soins à domicile, santé au travail, usagers, collectivités territoriales, ordre des médecins, personnes qualifiées.

⁵ En annexe : dates des réunions de concertation avec les commissions de la CRSA

Les conférences de territoires :

- contribuent à mettre en cohérence les projets territoriaux de santé avec le Projet Régional de Santé
- peuvent faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PRS.

En région Centre, les membres des **six conférences de territoires** se sont réunis sur chaque territoire de santé durant la dernière quinzaine du mois de novembre 2010 et ont travaillé à l'analyse des diagnostics régionaux en faisant émerger les préoccupations locales. La restitution de leurs travaux s'est effectuée en février 2011, à l'occasion de l'installation formelle de la conférence⁶.

Sur toute la durée de mise en œuvre du Projet Régional de Santé, les conférences de territoire seront un des outils de l'**animation territoriale** conduite par les délégations territoriales de l'ARS afin de :

- mettre en œuvre les politiques de santé dans les territoires: il s'agira d'inscrire les projets (nouvelle offre) et l'activité (offre existante) dans un cadre d'action pertinent, tant par sa taille que par les éléments qui le composent, en privilégiant une approche transversale et intersectorielle alliant la prévention, le soin en établissement et en ambulatoire ainsi que la prise en charge médico-sociale ;
- faciliter la prise en compte des spécificités locales (des territoires) dans les politiques de l'ARS ;
- susciter, accompagner, et coordonner les actions des différents partenaires d'un territoire de proximité afin d'optimiser et fiabiliser les parcours de soins et de prise en charge,
- favoriser une prise en compte de la dimension «santé» par l'action collective locale ;
- faire du territoire une réalité en tant que zone de mise en œuvre de la politique de santé dans le cadre de la définition de territoires de santé de proximité pertinents et adaptés aux besoins de la population.

⁶ *En annexe : dates de réunions des conférences de territoire et de leurs groupes de travail*

2 LE PORTRAIT DE LA SANTE EN REGION CENTRE

En région Centre, les travaux du diagnostic ont mis en évidence la **forte hétérogénéité du territoire régional**, traduisant des réalités sociales et démographiques différentes. La région Centre peut être souvent représentée en **trois grands espaces : l'axe ligérien, le nord et le sud de la région**, regroupant chacun des territoires au profil similaire, du point de vue sociodémographique comme du point de vue de l'état de santé constaté. Cette observation illustre l'enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les données qui suivent constituent une synthèse des documents préparatoires élaborés à l'appui du Plan Stratégique Régional de Santé (diagnostic de l'état de santé et de l'offre). Ces documents préparatoires regroupent l'ensemble des références et sources de données mobilisées à l'occasion du diagnostic.

2.1 La situation sociodémographique

Au 1^{er} janvier 2008, la région Centre compte **2 531 588 habitants répartis sur 39 151 km²**, soit l'équivalent de 4% de la population française sur une superficie équivalente à 7% du territoire national.

La densité de la population (64 hab./km²) a fortement augmenté ces 40 dernières années. Elle reste cependant inférieure à la moyenne nationale. La majorité de sa population **se concentre sur l'axe ligérien et en proximité de la frange francilienne** (cf. carte 1). **Cette partie de la population se développe à un rythme supérieur à la moyenne régionale, creusant ainsi les écarts entre les territoires.**

L'évolution passée, comme celle à venir, de la population régionale est surtout marquée par **d'importants contrastes entre les départements**. En effet, les dynamiques de croissance démographiques (cf. graphique 1) ne suivent pas les mêmes tendances⁷ :

- l'Indre et Loire conserverait une forte croissance jusqu'en 2040, notamment du fait des excédents naturels et migratoires
- l'Eure et Loir et le Loiret conserveraient une croissance démographique importante du fait de leur solde naturel élevé (poids important des naissances)
- le Loir et Cher verrait sa population augmenter dans la moyenne régionale du fait d'un solde migratoire élevé, concernant principalement des retraités
- l'Indre et le Cher présenteraient quant à eux une très faible augmentation de leur population, voire un simple maintien.

La population de la région Centre est aujourd'hui **plus âgée que la moyenne française**. Les départements du sud de la région (Indre et Cher) concentrent les proportions les plus fortes. **Le vieillissement de la population se confirmera dans les années à venir avec une augmentation de la proportion des personnes âgées au détriment des tranches d'âge les plus jeunes :**

- les moins de 20 ans représentent 24,3% de la population régionale en 2007 ; en 2040, ils représenteront 22,3% de la population régionale
- les 80 ans et plus représentent 5,6% de la population régionale en 2007 ; ils représenteront 11% de la population régionale en 2040.

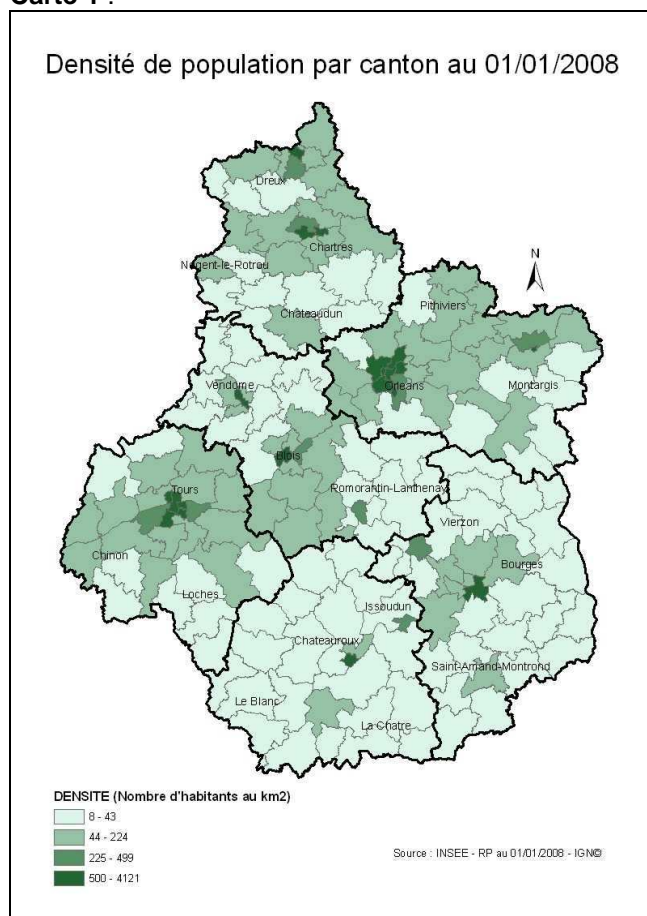
S'agissant des **catégories socioprofessionnelles**, les mêmes contrastes sont observés entre les territoires : les grandes villes et agglomérations de l'axe ligérien et du nord de la région (cantons en limite francilienne) regroupent les proportions de cadres les plus élevées alors que le sud de la région et les territoires ruraux en général présentent davantage d'employés et d'ouvriers.

Le niveau d'imposition par territoires reflète souvent la structure de la population avec un revenu fiscal médian par unité de consommation élevé sur les villes et agglomérations de l'axe ligérien (Orléans, Blois, Tours) et du nord-est de l'Eure et Loir, alors que les zones du sud de la région présentent une part importante de la population non imposable, notamment du fait d'une proportion plus élevée de retraités (cf. carte 2).

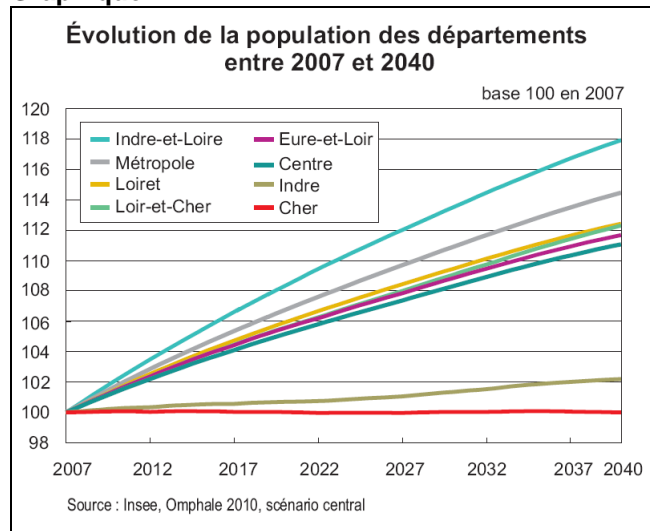
⁷ Claire FORMONT – Véronique TAGNATI – INSEE CENTRE INFO - n°164 – décembre 2010.

Quelques illustrations de la situation sociodémographique :

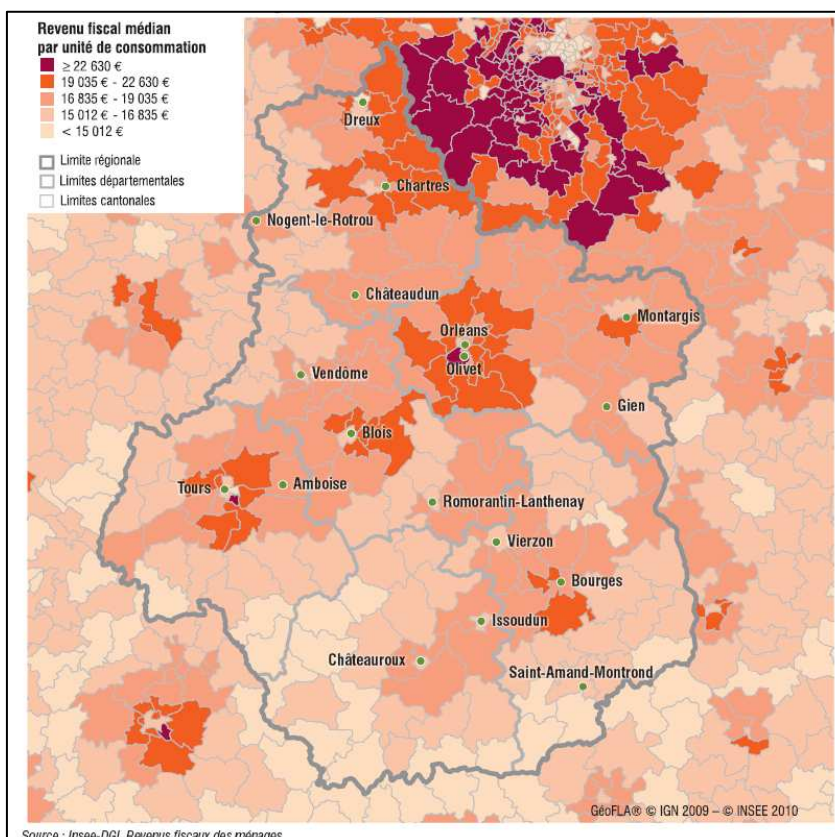
Carte 1 :



Graphique 1 :



Carte 2 :



2.2 Les faits marquants de l'état de santé des habitants de la région

A l'instar de la tendance observée en France, **l'espérance de vie en région Centre a évolué favorablement** depuis 1990. L'écart entre les deux sexes se réduit puisque les hommes ont gagné 3,9 ans entre 1990 et 2007, contre 2,9 ans pour les femmes.

On observe donc que **le taux comparatif de mortalité générale a diminué en région** avec une baisse de 10,8% entre les périodes 1991-1999 et 2000-2007⁸. On dénombre ainsi 24 000 décès annuels en moyenne au niveau régional, ce qui place la région dans une position globalement plus favorable que la moyenne nationale.

Pour autant, ce constat d'ordre général ne doit pas occulter des réalités plus préoccupantes :

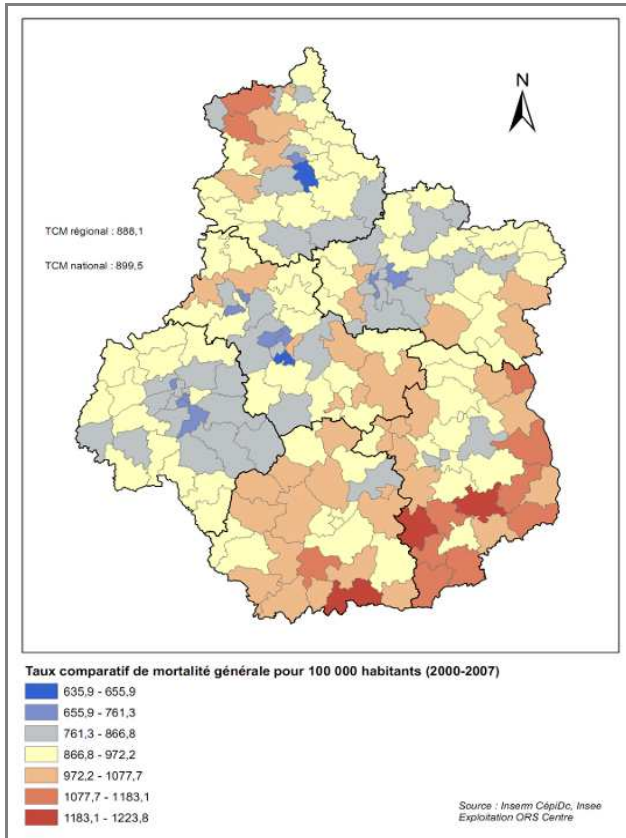
- **Une mortalité générale et prématurée, standardisée sur l'âge⁹, plus marquée dans les territoires du Cher et de l'Indre, ainsi que dans les cantons du nord-ouest de l'Eure et Loir** (cf. cartes 3 et 4);
- **Trois causes de surmortalité régionale** : la région Centre conserve une situation de surmortalité pour :
 - **Les cancers** : le taux comparatif standardisé de mortalité par cancer en région (252 pour 100 000 habitants) est significativement supérieur au taux national (249 décès pour 100 000 habitants), la diminution de la mortalité en région ayant sans doute été moins importante (-7,5%) que celle observée sur le territoire national (-9,9%) entre les deux périodes 1991-1999 et 2000-2007 ;
 - **Le suicide** : le taux comparatif de mortalité par suicide a pourtant diminué de 16% entre 1991-1999 et 2000-2007. La mortalité observée concerne principalement les hommes. Toutefois, les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide démontrent des taux élevés chez les femmes jeunes. Si le suicide constitue en proportion une des causes principales de décès au sein des tranches d'âge les plus jeunes (15-25 ans et 25-44 ans), le nombre de décès observés chez les personnes âgées reste important ;
 - **Les accidents de la route** : le taux standardisé de mortalité par accidents de la route a nettement diminué (-33,8%) entre les deux périodes 1991-1999 et 2000-2007. Là aussi, les tranches d'âge les plus jeunes sont majoritairement touchées.
- **Quatre causes principales de surmortalité prématurée** : les décès observés avant 65 ans représentent 18% du total des décès observés sur la période 2000-2007, soit une moyenne de 4 500 décès annuels. Une large part des décès prématurés sont masculins. Parmi les causes des décès prématurés, on retrouve les **cancers** (40%), les **maladies de l'appareil circulatoire** (13,4%), les **suicides** (7,8%), les **accidents de la route** (5,5%).
- **Un poids important des maladies chroniques** : les affections **cardiovasculaires**, les **tumeurs**, le **diabète** et les **affections psychiatriques** constituent les principaux motifs d'admission en affection de longue durée (cf. tableau 2). Les enjeux sont à la fois de prévenir ou retarder l'apparition de ces maladies, mais également d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Ces enjeux sont d'autant plus prégnants dans la perspective du vieillissement démographique annoncé car **le poids des maladies chroniques augmente avec l'âge des individus**.

⁸ Source : *Inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de la santé* – ORS CENTRE – septembre 2010

⁹ La standardisation sur l'âge permet de gommer les effets de l'âge afin de rendre possible les comparaisons entre différents territoires.

Une mortalité générale et prématurée présentant de fortes disparités territoriales

Carte 3



Carte 4

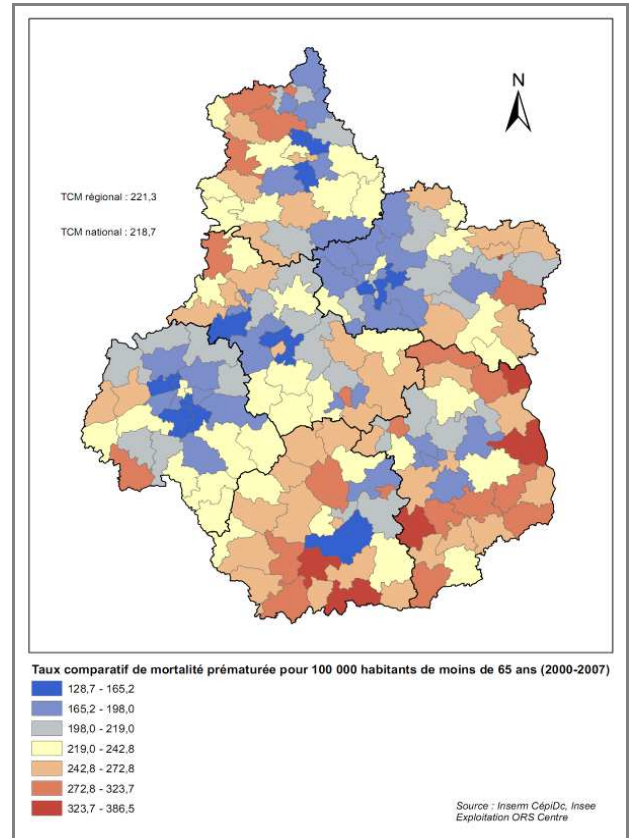


Tableau 1 : Les principales causes de mortalité en région Centre – période 2000-2007

Causes de décès	moyenne annuelle des décès observés sur la période 2000-2007			part parmi le total des décès en région
	Hommes	Femmes	total	
Tumeurs	4 088	2 610	6 698	28%
Maladies de l'appareil circulatoire	3 348	3 750	7 098	29,4%
Maladies de l'appareil respiratoire	736	665	1 401	5,8%
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	1 118	752	1 870	7,7%
<i>Dont accidents de transport</i>	231	90	320	1,3%
<i>chutes accidentelles</i>	109	118	227	0,9%
<i>suicides</i>	405	141	545	2,3%
Sous total	9 521	7 777	17 298	71,5%
Total des décès en région (toutes causes)	12 523	11 661	24 184	100,0%

Source : Inserm.

Tableau 2 : Les admissions en Affections de Longue Durée – années 2007 à 2009

Numéro ALD	LIBELLE	Total 2007-2008-2009	Moyenne 2007 - 2008 - 2009	Poids de l'ALD	Poids cumulé
(ALD 1,3,5,12,13)*	Affections cardiovasculaires	49 399	16 466	34,8%	34,8%
30	Tumeurs Malignes	28 697	9 566	20,2%	55,0%
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	25 409	8 470	17,9%	73,0%
23	Affections psychiatriques	11 519	3 840	8,1%	81,1%
15	Maladie d'Alzheimer	5 540	1 847	3,9%	85,0%
14	Insuffisance respiratoire grave	4 072	1 357	2,9%	87,8%
Sous-total		124 636	41 546	87,8%	87,8%
Total des ALD en région (admissions)		141 883	47 294	100,0%	100,0%

* ALD N°1 : accident vasculaire cérébral invalidant, ALD N°3 : artériopathie chronique, ALD N°5 : insuffisance cardiaque grave, ALD N°12 : hypertension artérielle sévère, ALD N°13 : maladie coronaire
(Source : régime général)

- **Une vigilance à maintenir sur les maladies infectieuses et transmissibles** : elles sont responsables d'environ 400 décès par an et constituent un risque majeur pour la santé des personnes, notamment les plus vulnérables ou fragiles du fait de leur âge ou de leur état de santé (personnes âgées, jeunes enfants, etc). Parmi ces maladies, citons par exemple la tuberculose, le VIH/SIDA ou encore les hépatites.
- **Des déficiences pouvant générer des incapacités ou des handicaps** : Une étude du CREAI datant de 2007 a estimé à 57 000 le nombre d'adultes atteints de handicap ou déficiences en région Centre, et entre 7 800 et 11 500 le nombre d'enfants ou adolescents. La difficulté de disposer d'une vision fiabilisée et partagée des besoins des personnes en situation de handicap est fréquemment soulevée et peut constituer une piste de travail. Les incapacités ou handicaps générés supposent un accompagnement adapté des personnes concernées pour favoriser leur intégration, leur accès au droit commun et l'expression de leur choix de vie. Au sein de la population adulte, le vieillissement des personnes handicapées apparaît comme une forte préoccupation.

Les personnes âgées présentent des besoins spécifiques du fait de la nature des facteurs prédictifs de la perte d'autonomie liée à l'âge. Le maintien à domicile ayant été renforcé ces dernières années, l'entrée en établissement se fait plus tardivement et les problèmes de santé rencontrés sont aussi plus aigus.

- **Plusieurs vigilances à maintenir sur la santé des enfants**:
 - si la part d'enfants atteints de surpoids a diminué depuis 1999, la part d'enfants atteints d'obésité se maintient en région. L'obésité et le surpoids font partie des principaux troubles repérés par l'éducation nationale. Les territoires ruraux et d'éducation prioritaire apparaissent beaucoup plus marqués par ces problèmes, traduisant pour partie l'expression du gradient social ;
 - les taux d'hospitalisation pour asthme chez le jeune enfant sont en augmentation ; l'asthme fait partie des principaux troubles justifiant un plan d'accueil individualisé à l'école ;
 - parmi les autres troubles repérés par l'éducation nationale, il faut noter les troubles de la vision, des apprentissages et du langage, de l'audition, ou encore les pathologies buccodentaires. Les plans d'accueil individualisé pour troubles des apprentissages sont en augmentation ;
 - si la région Centre présente une couverture vaccinale par le ROR parmi les plus élevées de France, celle-ci reste encore insuffisante pour atteindre les recommandations nationales. Ce constat vaut également pour d'autres vaccins (BCG, Hépatites, etc).
- **6500 interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées en région en 2007, dont une part élevée chez les mineures (8%)** ; 25% des femmes ayant recours à l'IVG en 2007 ne savaient pas où s'adresser pour avoir recours à l'IVG.
- **Les consommations de produits licites ou illicites, et les conduites addictives avec ou sans substance, représentent un poids important en termes de mortalité et de morbidité.** Le tabac est responsable d'environ 3450 décès annuels en moyenne, et l'alcool environ 960 décès annuels en moyenne. La consommation de produits illicites ou détournés de leur usage a été marquée ces dernières années par une évolution des modalités de consommation (diminution de l'injection, apparition de drogues de synthèse, développement de la polyconsommation).

▪ **L'importance des déterminants environnementaux :**

- **L'environnement au travail :** Les données de la santé au travail en région mettent en évidence l'importance des expositions au bruit et aux produits Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR), ainsi que l'augmentation des troubles musculosquelettiques. Les nouveaux modes d'organisation peuvent également engendrer des souffrances au travail affectant la santé mentale. Les maladies professionnelles reconnues sont en outre en augmentation, et concernent davantage les femmes. Par ailleurs, il faut noter en région une forte représentation des emplois intérimaires ne bénéficiant pas des mêmes conditions de suivi que les autres salariés et plus exposés à certains risques du fait de leur secteur de recrutement (industrie pharmaceutique, chimique, transports, construction)
- **L'environnement physique :** les risques environnementaux susceptibles d'affecter la santé des individus ou des populations sont nombreux : qualité de l'air (intérieur ou extérieur), qualité de l'eau, risques naturels, infectieux ou technologiques. En région Centre, il faut particulièrement noter une exposition élevée aux nitrates et pesticides, liée à une agriculture intensive, en particulier en Beauce : en 2009, 2 400 personnes ne disposaient pas d'une eau conforme à 30% pour la bactériologie. Les territoires concernés sont principalement ceux du Loiret et de l'Eure et Loir.

▪ **Des inégalités territoriales et sociales**

Les travaux de l'ORS du Centre ont mis en évidence la réalité des inégalités sociales et territoriales en région Centre. Les études menées ont permis d'analyser l'évolution des données chiffrées entre les deux périodes 1991-1999 et 2000-2007, et entre territoires.

- **concernant la mortalité générale** (pour 100 000 habitants): l'évolution des données entre ces deux périodes montre une amélioration des chiffres en région, comme pour la France hexagonale. Toutefois, il faut noter :
 - la moins bonne amélioration des données en région (-107,9) par rapport à la France (-146,6)
 - la mauvaise position de certains territoires avec des chiffres encore plus marqués comme dans le Cher (-89,9) l'Indre (-78,1) et l'Eure et Loir (-132,2). Dans ces territoires, les moyennes sont supérieures à celles de la France et de la Région respectivement : France : 899,5 – Région : 888,1 – Cher : 983,8 – Indre : 955,9 –Eure et Loir : 899,5
- **concernant la mortalité prématurée** (pour 100 000 habitants) : l'évolution des données entre ces deux périodes montre une amélioration des chiffres en région comme pour la France hexagonale. Cependant, la moyenne régionale est supérieure avec une prévalence de 221,3 alors que la France est à 218,7. Toutefois, il faut noter :
 - la moins bonne amélioration des données en région (-27,8) par rapport à la France (-37,6)
 - la mauvaise position de certains territoires avec des chiffres encore plus marqués comme dans le Cher (-21,8) l'Indre (-11) le Loir et Cher (-14,8) et l'Eure et Loir (-35). Dans certains territoires, les moyennes sont supérieures à celles de la Région : Cher : 251,2 – Indre : 242,7 – Loir et Cher : 228,6 -- Eure et Loir : 227,2.

Ces constats de différences territoriales de mortalité mettent en lumière les inégalités sociales de santé car ils demeurent étroitement liés à la structure sociodémographique de ces mêmes territoires (part d'ouvriers, de cadres, de bénéficiaires de minimas sociaux, etc).

2.3 L'offre de santé

▪ Une démographie des professionnels inquiétante en plusieurs points

Quels que soient la profession envisagée, médicale ou paramédicale, ou le statut considéré, salarié ou libéral, la région se trouve déficitaire au regard des données nationales. Ce déficit s'est aggravé au cours de la dernière décennie.

Avec une densité de 92 médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2010, la région Centre se place au **dernier rang des régions métropolitaines** (cf. graphique 2).

Au niveau infra départemental, la démographie médicale est contrastée, et l'axe ligérien ne représente pas un caractère structurant de l'espace régional comme il peut l'être pour la démographie ou l'activité économique. **La démographie médicale est plus préoccupante dans le sud et l'est de la région ainsi qu'en Beauce**, territoires où le caractère rural est prononcé, mais également aux franges franciliennes, zones confrontées à la proximité et l'attractivité de l'Île de France (cf. carte 5).

A ces préoccupations s'ajoutent les effets liés au vieillissement des populations médicales. En 2010, **plus d'un tiers des médecins et 40% des médecins libéraux de la région ont plus de 55 ans**. Le renouvellement des médecins ne semble donc pas être assuré : les projections laissent augurer une baisse de 10% ces cinq prochaines années (cf. graphique 3).

La faiblesse de la démographie médicale, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes, rend plus difficile la continuité des soins en journée, c'est-à-dire la prise en charge des imprévus, tout en pesant également sur la permanence des soins (PDS).

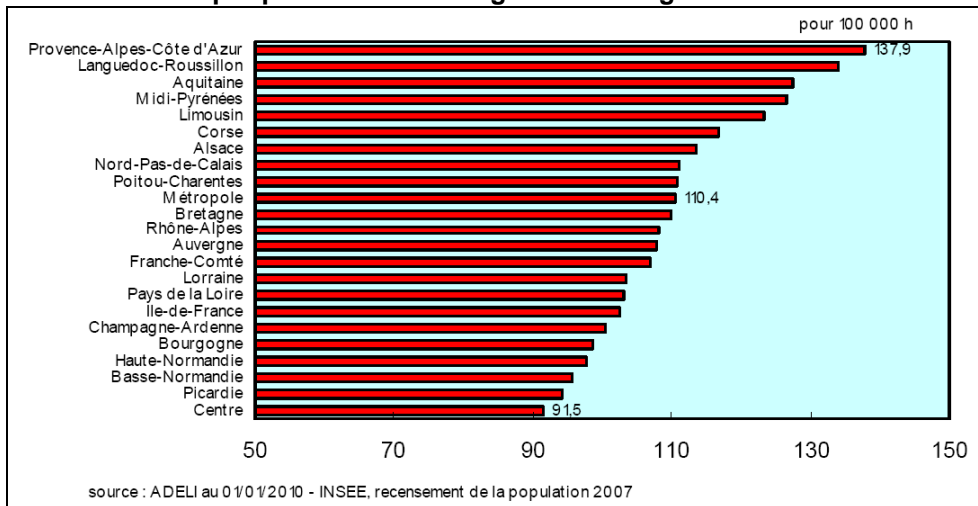
Au regard des densités métropolitaines, la région est également en déficit de médecins spécialistes quelle que soit la spécialité envisagée. Malgré une évolution positive de leur nombre (+12 %) ces dix dernières années, l'écart s'est creusé avec le reste de la métropole. Globalement, les spécialistes sont âgés : 45% d'entre eux ayant 55 ans ou plus. On relève un déséquilibre significatif avec la moyenne nationale pour les psychiatres, les ophtalmologistes et les anesthésistes-réanimateurs.

L'implantation des spécialistes libéraux est également un **facteur d'inégalité territoriale de santé**. Le clivage semble désormais établi entre l'Indre-et-Loire et les autres départements de la région, même s'il faut tempérer cette assertion pour certaines spécialités. L'Indre-et-Loire est en effet le seul département à présenter des indicateurs de densité supérieurs à la métropole. La répartition des spécialistes dans les autres départements est très hétérogène. Néanmoins, **la situation est particulièrement critique dans l'Indre et en Eure-et-Loir**.

Les mêmes constats sont à poser sur d'autres professions de santé comme :

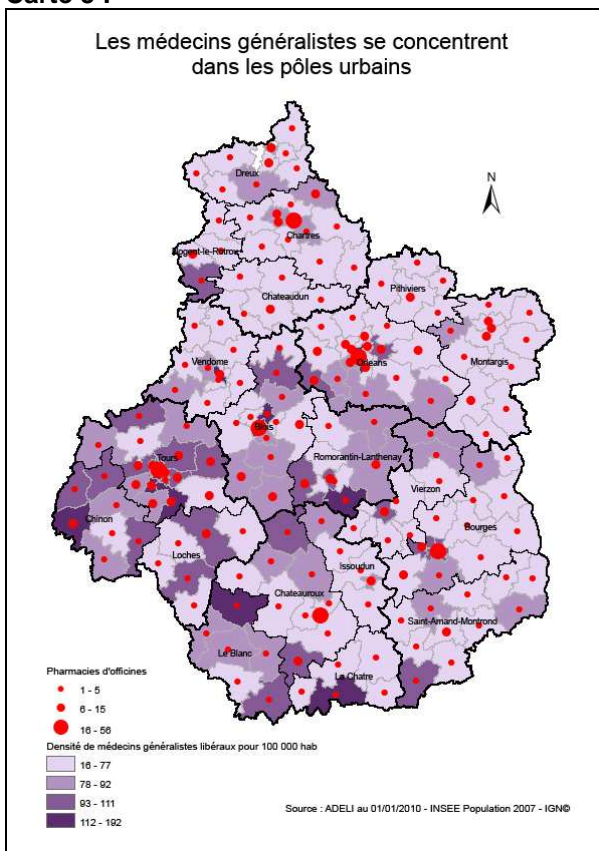
- **les infirmiers libéraux** : Les effectifs régionaux sont en hausse continue durant la période 2000-2010. Cependant, cette augmentation reste globalement en deçà de celle observée à l'échelon national ce qui accroît l'écart avec le reste du territoire. A l'inverse de nombreuses professions médicales ou paramédicales, la densité des infirmiers est relativement faible sur l'axe ligérien et plus élevée dans les territoires à dominante rurale (cf carte 6) ;
- **les kinésithérapeutes** : Malgré une augmentation des effectifs de plus de 10 % lors de ces dix dernières années, la densité régionale (58) reste très éloignée de celle de la métropole (83). Plus élevée dans les départements plus peuplés d'Indre-et-Loire et du Loiret, la densité des masseurs kinésithérapeute est très faible dans les départements du sud de la région ainsi qu'en Eure-et-Loir ;
- **les praticiens hospitaliers** : Un nombre important de praticiens hospitaliers est déclaré vacant dans les établissements publics de santé. Toutes les spécialités médicales sont touchées par la vacance de poste. Le taux réel global est proche de 12 %, mais certaines disciplines comme la psychiatrie, la radiologie ou l'anesthésie présentent des taux plus élevés ;
- **les professions sanitaires et sociales intervenant dans le champ médico-social** pour lesquelles des difficultés de recrutement sont fréquemment pointées.

Graphique 2 : Densités régionales des généralistes libéraux



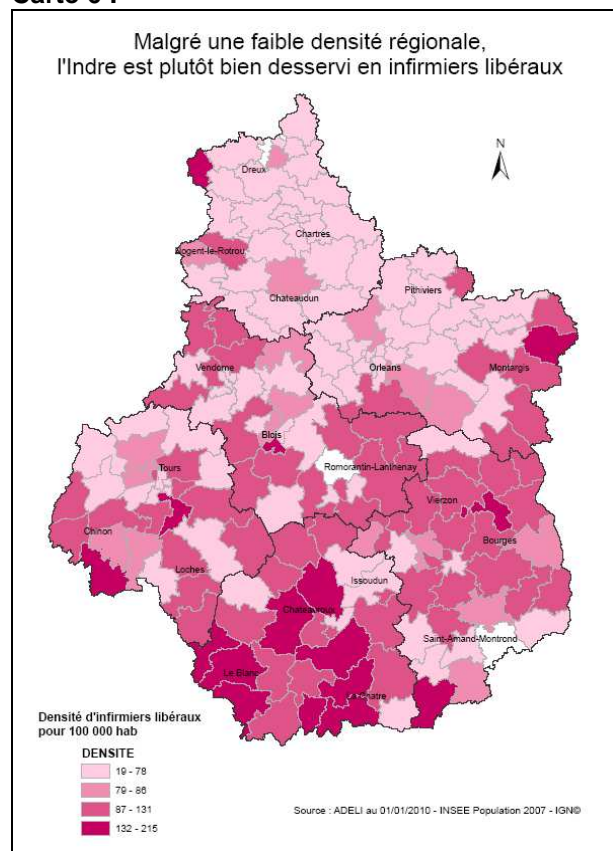
Carte 5 :

Les médecins généralistes se concentrent dans les pôles urbains

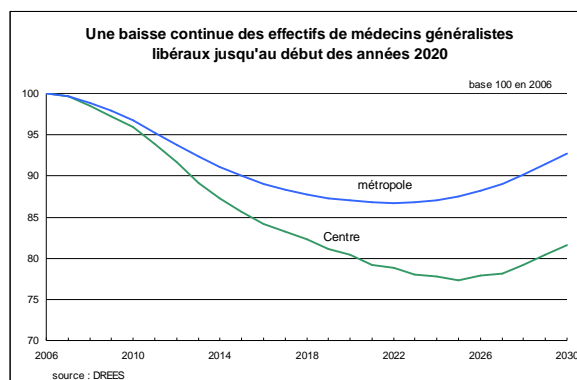


Carte 6 :

Malgré une faible densité régionale, l'Indre est plutôt bien desservi en infirmiers libéraux



Graphique 3 : Projection d'effectif de médecins généralistes libéraux de 2006 à 2030 :



▪ **Une offre de soins hospitalière structurée et graduée**

La démarche de planification dans ce secteur d'activité s'appuie sur les effets cumulés de trois schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) successifs, dont l'impact est significatif sur la répartition et la structuration de l'offre de soins en région Centre. De ce fait, cette offre est pour l'essentiel restructurée.

Cela se traduit par :

- **une répartition spatiale des structures assez harmonieuse** au sein des territoires, permettant de répondre aux besoins de la population dans des délais acceptables, particulièrement dans le cadre de l'urgence
- **une gradation des niveaux de prises en charge déclinée en filières et réseaux** entre les structures de référence et de proximité, pour la majorité des activités de soins et en particulier dans le traitement de certaines affections médicales (cardiologie, oncologie...)
- **un développement significatif des modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation**, notamment au travers de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile
- **un développement des coopérations et partenariats entre les établissements** se traduisant parfois par des restructurations et regroupements, y compris publics/privés et la constitution de plateaux techniques pluridisciplinaires performants

L'organisation des soins doit cependant tenir compte de problématiques majeures de la région Centre :

- **la proximité géographique de l'Île de France** et son haut niveau quantitatif et qualitatif d'offre de soins dont l'attractivité est incontournable sur certaines disciplines spécialisées,
- **la faiblesse de la démographie des professionnels de santé**, et la densité médicale critique sur certains territoires, susceptible de compromettre la pérennité de certaines activités en proximité.

▪ **Une offre de prévention et de promotion de la santé multiple mais confrontée à une nécessité de réorganisation et de coordination**

Depuis le 1^{er} juillet 2010, une plateforme régionale d'alerte et d'urgence sanitaires est opérationnelle au sein de l'ARS. La plateforme a pour mission de coordonner et mobiliser les moyens internes de l'ARS pour recevoir, réguler, orienter et gérer les signaux reçus. Elle bénéficie de l'expertise en épidémiologie et en évaluation de risques de la Cellule InterRégionale d'Epidémiologie (CIRE), qui en outre, est en charge des systèmes de surveillance régionalisée relevant de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Cette nouvelle organisation mérite d'être renforcée et optimisée pour en accroître l'efficacité.

S'agissant de la prévention et de la promotion de la santé, les acteurs et promoteurs en région Centre ne sont pas toujours répartis de manière uniforme sur l'ensemble des territoires. A un panel de promoteurs relativement étoffé dans le Loiret et l'Indre et Loire, s'oppose une offre concentrée sur quelques associations et structures dans les autres départements. Il s'y ajoute une vision globale incomplète des actions territorialisées réalisées par cet ensemble d'acteurs.

▪ **Une offre médico-sociale à aborder dans une dimension de proximité**

S'agissant de l'offre médico-sociale en faveur des **enfants handicapés**, et du seul point de vue des taux d'équipement par comparaison au taux régional et de l'analyse de la Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie (CNSA), la région Centre est globalement correctement dotée en structures pour enfants et adolescents handicapés, notamment en ce qui concerne les places en établissements, pour toutes natures de déficiences : le taux d'équipement global en services et établissements pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, est de 10,07 en région Centre pour 9,33 pour le territoire national au 31 décembre 2009. Ce constat global ne doit pas occulter des disparités importantes entre les différents départements, mais aussi en fonction des types de handicaps

rencontrés. L'appréciation de l'offre dans les territoires doit également être modulée en fonction de la démographie disponible en spécialistes médicaux (pédiatres, pédopsychiatres, etc), en professions paramédicales et des insuffisances pour les prises en charge des handicaps lourds.

S'agissant de l'offre médico-sociale en faveur des **adultes handicapés**, la région Centre compte 212 établissements et services pour la prise en charge des adultes handicapés représentant 7 489 places installées au 31 décembre 2009. Afin de prendre en compte la problématique du vieillissement des usagers, le Programme régional et interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a fixé comme priorité de développer une offre spécifique dont celle par médicalisation de places de foyers de vie dans les territoires pour lesquels le schéma médico-social départemental a affiché cette orientation. Le principe de développer des places en direction des publics handicapés moteurs, polyhandicapés, traumatisés crâniens et pour les personnes présentant des troubles autistiques a également été affiché.

S'agissant de l'offre médico-sociale en faveur des **personnes âgées**, on note un maillage progressif des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) concourant au maintien à domicile des personnes âgées. Le niveau de l'offre en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) peut se révéler variable en fonction des territoires, y compris infra départementaux, et son accès est directement conditionné par la capacité contributive des personnes âgées. La question du reste à charge reste déterminante avec des prix de journée allant d'une moyenne départementale comprise respectivement entre 44,82€ et 52,90€ pour le secteur public, entre 47,05€ et 56,34€ pour le secteur privé à but non lucratif et entre 56,89€ et 75,42€ pour le secteur privé commercial¹⁰, soit un coût mensuel pouvant se situer autour de 2 300 €.

S'agissant de l'**offre médico-sociale dans le champ des addictions**, l'offre en région Centre doit encore être consolidée sur deux aspects :

- offrir sur l'ensemble du territoire un panel de structures répondant aux besoins de la population conformément aux recommandations du Schéma Régional d'Addictologie avec par exemple le financement d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sur l'est du département du Loiret, des solutions d'hébergement adapté, le développement de l'offre en matière de réduction des risques,
- promouvoir des rapprochements entre structures, par territoire, pour garantir une prise en charge globale de qualité, quel que soit l'utilisateur.

▪ **Des enjeux transversaux portant sur la qualité et la sécurité :**

Quelle que soit la nature de l'offre de santé, des principes communs sous-tendent l'organisation et le fonctionnement des structures ou dispositifs qui la composent :

- **la qualité, la sécurité des soins et de l'accompagnement** participent à l'efficacité du système de santé, et sont une dimension primordiale du droit des usagers. Ces exigences peuvent se traduire en termes de prévention et de maîtrise des risques, et plus largement en termes de bonnes pratiques professionnelles visant à respecter l'intégrité et l'intimité de la personne, et favoriser l'expression de son choix individuel ;
- **l'accessibilité du système de santé** est déterminante dans la correction des inégalités sociales et territoriales. L'accessibilité doit s'envisager dans plusieurs dimensions : financière, architecturale, proximité géographique (qui s'apprécie en fonction du degré de spécialité requis), mais également par la mise à disposition d'une information claire et adaptée. L'accessibilité reste également conditionnée par la question des ressources professionnelles disponibles, en nombre et en qualification ;
- **l'efficacité** qui renvoie à une utilisation optimale des ressources en maintenant, voire augmentant les résultats. Le souci d'efficacité pose donc la question préalable de la pertinence des soins ou du mode d'accompagnement à développer.

¹⁰ Résultats d'une étude menée en 2009 par le Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS)

Les enseignements à retenir du diagnostic régional :

- ⇒ **Une région de faible densité démographique couvrant un vaste territoire géographique, composé de territoires aux profils et aux évolutions différentes ;**
- ⇒ **Des inégalités sociales et territoriales de santé qui persistent, voire qui se creusent ;** ce constat interroge quant aux modalités d'intervention à privilégier et met en lumière l'enjeu de la territorialisation des politiques de santé.
- ⇒ **Des causes de surmortalité (notamment prématurée) et de morbidité** qui recouvrent parfois un caractère « évitable » et appellent souvent des réponses en termes de prévention (cancers, maladies cardiovasculaires, suicide, accidents de la route, diabète).
- ⇒ **L'importance de tenir compte d'un ensemble de facteurs, ou déterminants,** agissant sur l'état de santé des individus, souvent dès l'enfance et pouvant se cumuler tout au long de la vie : l'environnement (qualité de l'air, qualité de l'eau), les conditions d'habitat ou d'emploi, les habitudes de vie (nutrition, activité physique, etc), les conditions d'accès aux dispositifs de santé, etc.
- ⇒ **Un poids important et croissant des maladies chroniques,** étroitement corrélée au vieillissement de la population et laissant présager une augmentation de la demande de soins.
- ⇒ **De nombreuses situations de déficiences pouvant générer des handicaps ou des incapacités,** qui appellent des réponses coordonnées, dans des délais satisfaisants, pour permettre des solutions de compensation ou de prévention efficaces.
- ⇒ **L'importance d'une observation fiabilisée et partagée** pour construire des réponses adaptées aux besoins.
- ⇒ **Des perspectives démographiques annonçant un vieillissement de la population,** dans des proportions variables selon les territoires.
- ⇒ **Des perspectives offertes par le développement de nouveaux systèmes d'information en santé** (télé médecine, télésurveillance, dossier médical personnel, etc) pour construire des réponses ou des alternatives innovantes.
- ⇒ **Une démographie des professionnels de santé préoccupante,** notamment s'agissant de la démographie médicale dont le renouvellement ne semble pas être assuré à moyen terme en région Centre ; cette carence retentit sur l'ensemble de la filière de santé.
- ⇒ **Des enjeux de développement en termes de compétences, d'accessibilité et de qualité** qui se posent à tous les acteurs de la santé, dans un contexte économique contraint.

3 UNE STRATEGIE D'ACTION TRANSVERSALE

En amont de la définition des priorités régionales de santé, l'ARS du Centre définit ici une stratégie d'action transversale, applicable à toutes les dimensions de l'offre de santé, et portant sur **trois axes structurants** :

- **Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé**
- **Faire face au défi de la démographie des professions de santé**
- **Développer la performance du système de santé.**

Ces trois axes regroupent à la fois des principes d'intervention qui guideront l'action de l'ARS dans le champ de la planification et de la structuration de l'offre, mais aussi des axes de développement qui sont autant de facteurs de réussite et sous tendent l'ensemble du Projet Régional de Santé.

3.1 Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

C'est un enjeu central du Projet Régional de Santé. L'accès de tous à la santé, et notamment à des soins de qualité, fait partie intégrante des objectifs de la Loi HPST du 21 juillet 2009.

La Loi distingue deux niveaux de recours et donc d'accès aux soins :

- **L'accès aux soins de premier recours** qui comprend :
 - La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients;
 - La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique;
 - L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social;
 - L'éducation pour la santé ;
 - Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux
- **Le second recours** : il regroupe l'ensemble des soins non couvert par le premier recours.

L'accès aux soins de premier recours doit être défini en prenant en compte la notion de proximité qui s'apprécie en termes de géographie (distance, transports) de temps (temps d'accès, délai de réponse raisonnable et compatible avec une prise en charge appropriée), mais aussi en termes de qualité et sécurité (la bonne compétence au bon endroit, en réponse à des besoins de santé identifiés et tenant compte des ressources humaines disponibles sur un territoire).

Compte tenu des inégalités territoriales de santé pointées au sein du diagnostic régional, ce principe d'égal accès aux soins revêt une dimension structurante dans l'organisation de l'offre de santé dans tous ses aspects (prévention, ambulatoire, hospitalière, médico-sociale).

En référence à ce constat, l'ARS du Centre retient plus particulièrement deux objectifs :

- ⇒ **Optimiser le maillage territorial de l'offre de santé** : il s'agira d'organiser (ou d'inciter à organiser) une répartition satisfaisante de l'offre de santé, dans toutes ses composantes, sur les territoires de proximité en veillant à son accessibilité (notamment financière et géographique), et en tenant compte des forces déjà en présence afin de garantir une bonne articulation et une bonne complémentarité des différents dispositifs.
- ⇒ **Organiser la continuité des soins dans les territoires** : notre région connaissant tout particulièrement des difficultés de démographie médicale qui ne sont plus discutées, la politique d'organisation de l'accès aux soins de premier recours doit s'accompagner d'une réflexion sur la continuité des soins, c'est-à-dire la prise en charge des imprévus en journée, avec la question de l'optimisation du temps médical et de l'émergence de nouveaux métiers, et cela dans un contexte de nouveaux modes d'organisation des soins (exercices regroupés).

En complément de ces aspects qui traitent davantage des inégalités territoriales, il faut rappeler l'importance du **gradient social** qui lie l'état de santé des individus à la position sociale qu'ils occupent au sein de la société. La position sociale correspond à « un niveau de ressources matérielles, comportementales et psychosociales, ainsi qu'à l'exposition à certains facteurs de risque »¹¹. Les documents préparatoires au diagnostic régional ont mis en évidence cette réalité en région Centre au travers de données de santé variables entre territoires, souvent convergentes avec le profil économique et sociodémographique de la population qui le compose.

Pour agir sur les inégalités sociales de santé, l'ARS du Centre souhaite insister sur **les leviers suivants** :

- ⇒ **Développer une approche intersectorielle** : les inégalités sociales de santé sont la résultante d'un ensemble de facteurs ou de déterminants, parfois extérieurs au strict secteur de la santé. La réduction des inégalités sociales constitue ainsi un objectif fédérateur entre politiques publiques. La construction et la mise en œuvre du Projet régional de santé participent à la mise en cohérence et la convergence des actions portées par un grand nombre d'acteurs institutionnels pour un même bénéfice de réduction des écarts.
- ⇒ **Cibler de façon pertinente les territoires et les populations** : la persistance d'écarts entre les territoires et les groupes sociaux, et ce malgré le développement successif de plans ou programmes de santé publique, interroge quant aux modes d'intervention à privilégier pour améliorer l'état de santé de la population. Les schémas d'organisation et les programmes du PRS devront donc porter une attention particulière à l'approche territoriale et aux publics cibles des actions à développer. Le ciblage des publics ne se limite pas aux seules personnes vulnérables ou en précarité.
- ⇒ **Intervenir par la promotion de la santé**: la promotion de la santé est un processus conférant aux individus et aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. Les méthodes d'intervention en promotion de la santé (dont la prévention et l'éducation à la santé) sont donc un des leviers permettant de réduire durablement les écarts et éviter en partie le caractère reproductible des inégalités sociales de santé.

3.2 Faire face au défi de la démographie des professions de santé

Les métiers de la santé sont confrontés à des enjeux de développement majeurs en raison de la nature et des perspectives des besoins de santé inhérents au vieillissement de la population, à l'accompagnement de la dépendance, ou encore au poids important des maladies chroniques.

Ils sont aussi impactés par l'évolution du parcours de soin (évolution des prises en charge en ambulatoire, maintien à domicile renforcé, etc), le développement des nouvelles technologies ou encore l'évolution des exigences de la population et des usagers du système de santé.

La Loi HPST introduit un certain nombre de dispositions relatives aux professions de santé comme les nouvelles modalités d'exercice et de rémunération, les possibilités de coopération entre professionnels ou encore le développement de l'éducation thérapeutique.

La problématique des ressources humaines et des métiers de la santé est particulièrement prégnante en région Centre compte tenu de la situation de la démographie des professions de santé mise en exergue dans le diagnostic.

Elle se retrouve donc naturellement au cœur des réflexions posées par le Projet régional de santé et sera relayé dans chacun des schémas d'application du Projet régional de santé :

- Le schéma régional de prévention qui doit prévoir notamment « *les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention* »,

¹¹ Anne GUICHARD – Louise POTVIN- Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? - Réduire les inégalités sociales en santé – sous la direction de Louise POTVIN, Marie-José MOQUET, Catherine M.JONES – INPES - Octobre 2010

- Le schéma régional et interrégional d'organisation des soins pour lequel la question des professionnels est sous jacente aux questions d'organisation et de planification de l'offre
- Le schéma régional d'organisation médico-sociale qui prévoit la prise en compte de «*la démographie et les besoins de formation des professionnels* »

Les actions prévues dans les schémas s'inscrivent dans le plan d'actions suivant transversal à ces outils de planification sectoriels :

3.2.1 Mieux observer pour anticiper

L'observation est organisée en lien avec les travaux menés au niveau national par l'observatoire national de la démographie des professions de santé. Elle est fondée sur des outils d'ores et déjà disponibles (enquêtes de la DREES, Répertoire Partagé des Professionnels de santé, fichier ADELI, outil de l'assurance maladie Cartosanté,...). Il s'agit de :

- **Partager les informations et en faire une analyse concertée** avec les services de l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les établissements et services sanitaires et médico-sociaux et les organismes paritaires collecteurs agréés.
- **Identifier les métiers sensibles et en suivre l'évolution.**
- **Mettre en place une démarche de suivi de l'évolution prévisionnelle des emplois et des compétences en articulation avec les établissements et services employeurs.**

3.2.2 Fédérer tous les partenaires concernés autour d'objectifs communs

L'ARS doit sur cette question renforcer ses relations avec les acteurs régionaux concernés afin que les mesures mises en œuvre soient décidées en concertation pour que les efforts des uns et des autres se conjuguent pour atteindre l'objectif d'amélioration de la situation. Il est proposé de :

- Faire du comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé une véritable instance de concertation pour mettre en synergie tous les acteurs impliqués : Etat, collectivités territoriales, universités, unions régionales des professionnels de santé, usagers.
- Suivre et adapter au sein de cette instance un plan d'action unique fédérant les initiatives des différents décideurs et assurer le suivi annuel de sa mise en œuvre.

3.2.3 Agir sur la formation

- **La formation des médecins :**

L'essentiel des leviers se trouve au niveau national ; néanmoins, les efforts conjugués des acteurs locaux ont permis au cours des dix dernières années d'obtenir une **évolution importante du numerus clausus passé de 106 en 2001 à 233 en 2010, soit une évolution de 220% contre 180%** au niveau national.

Malgré cet effort important, la région reste très en retard par rapport à d'autres régions similaires en termes de caractéristiques démographiques. L'évolution positive du numerus clausus reste un objectif qui sera porté au sein du CRONDPS et défendu au niveau national en prenant toutefois en compte la capacité de formation régionale.

L'ARS continuera aussi en articulation avec l'UFR de Tours et avec l'appui du CRONDPS, à attacher une grande attention :

- à la répartition des postes d'internes entre les spécialités : entre 2005 et 2011, le nombre d'internes formés dans les spécialités médicales a progressé de 20 postes en région Centre (de 25 à 45).
- à l'affectation effective des internes sur les postes de médecine générale suite à l'examen classant national : Entre 2004 et 2010, les postes d'internes en médecine générale effectivement occupés sont passés de 26 à 72 ; pour autant, il convient de garder la plus grande vigilance car en 2010, 48 postes sont malgré tout restés vacants.
- à soutenir le post'internat en favorisant la création de postes d'assistants partagés pour pallier l'insuffisance de postes de chefs de cliniques
- à la sensibilisation des étudiants en médecine à la médecine générale (fiche action du schéma de l'offre de soins ambulatoire)
- à l'évolution du nombre de maîtres de stage chez les médecins généralistes (fiche action du schéma de l'offre de soins ambulatoire)
- au déploiement du contrat d'engagement de service public qui est, une des mesures de la loi HPST visant à former les futurs professionnels de santé au plus près des territoires où l'offre de soins est la plus déficitaire.

▪ **Les sages femmes et les professionnels de santé non médicaux**

L'ARS continuera son partenariat avec le Conseil régional pour réussir la mise en œuvre du schéma régional des formations sanitaires et sociales 2008-2013 qui décline en actions les cinq orientations suivantes :

- Orientation n° 1 : Favoriser et développer l'accès aux formations et aux métiers sanitaires et sociaux
- Orientation n° 2 : Accompagner les trajectoires professionnelles par la formation tout au long de la vie
- Orientation n° 3 : Adapter l'offre de formation aux besoins et aux territoires
- Orientation n° 4 : Accompagner l'évolution de l'appareil de formation
- Orientation n° 5 : Construire les outils d'une observation partagée.

D'ores et déjà, suite à une forte mobilisation des partenaires régionaux, le quota de formation de l'institut de formation des masseurs kinésithérapeute a évolué de 150 %, passant de 40 à 60 places en 2009.

Le tableau suivant présente les quotas de formation par professions en 2011:

	Quotas de formation 2011
Sage femmes	30
Infirmiers	1137
Masseurs kinésithérapeutes	60
Orthophonistes	39

Il est préconisé par ailleurs de renforcer l'encadrement dans les écoles pour réduire les taux d'échec en cours de scolarité et les risques d'abandon.

La généralisation du système LMD à toutes les formations sanitaires post baccalauréat, aura un impact en termes d'attractivité pour les professions concernées. Il favorisera les passerelles entre les différentes professions en élargissant les possibilités de carrière. Il devrait également rendre possible une réorientation des étudiants au niveau de la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé).

3.2.4 Agir sur l'attractivité de nos territoires pour les professionnels de santé

- **Renforcer l'attractivité des établissements de santé de la région** en concentrant et en modernisant les plateaux techniques : cette priorité sous tend dans une large mesure les objectifs opérationnels développés dans le schéma régional de l'offre de soins hospitalière. Une politique régionale concertée des postes prioritaires et de mise en œuvre des contrats de cliniciens doit venir en appui.
- **Développer la télémédecine** pour optimiser l'accès aux médecins spécialistes et lutter contre l'isolement des professionnels de santé : cette priorité fait l'objet d'un programme spécifique obligatoire dans le projet régional de santé, qui décline les actions à mener à horizon de 5 ans.
- **Accompagner l'installation des professionnels de santé libéraux** sur le territoire régional par l'information, la mise en réseau des institutions concernées et l'apport d'aides financières multi-partenariales : cette priorité est déclinée en actions dans le schéma régional de l'offre de soins ambulatoire.
- **Dans le secteur médico-social :**
 - Développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territorialisée
 - Inciter à l'utilisation des cadres juridiques de coopération pour mieux faire face aux besoins en personnels des établissements et servicesCes priorités sont déclinées en actions dans le schéma de l'offre médico-sociale.

3.2.5 Miser sur l'évolution des métiers et des compétences

L'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » pose le principe général de coopération entre professionnels de santé et vise à l'étendre afin de favoriser les transferts d'activités et actes de soins et les réorganisations de prise en charge et modes d'intervention auprès des patients.

La procédure repose sur l'initiative des professionnels de santé qui soumettent à l'agence régionale de santé (ARS) des protocoles de coopération. L'ARS vérifie que ces protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumet à la Haute Autorité de Santé.

Au-delà de ces modalités de coopération qu'elle soutiendra, l'ARS du Centre souhaite également que se développent des initiatives permettant de gagner du temps médical en libérant autant que possible les médecins libéraux des tâches administratives.

Ces priorités sont déclinées en actions dans le schéma de l'offre de soins ambulatoires.

3.3 Développer la performance du système de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la performance comme « la capacité à mobiliser les ressources disponibles pour améliorer la santé de la population, développer la capacité du système de santé à prendre en compte les attentes de la population et enfin réduire les iniquités de financement du système. »

A partir de cette définition, l'ARS du Centre souhaite soutenir plus particulièrement les objectifs de développement suivants :

- ▶ **Développer les alternatives à l'hospitalisation** : le développement des prises en charge substitutives à l'hospitalisation à temps complet vise à répondre à un souci d'optimisation du parcours du patient. Parmi les modes alternatifs, sont plus particulièrement visées la chirurgie ambulatoire, la dialyse hors centre ou encore l'hospitalisation à domicile.

- ▶ **Développer les nouveaux systèmes d'information en santé** : Les perspectives offertes par le développement des systèmes d'information sont nombreuses : partage d'information entre professionnels, coopération facilitée entre acteurs, sécurisation des processus, optimisation du parcours du patient (notamment dans le domaine des maladies chroniques) et du temps médical. En région Centre, le développement des systèmes d'information consistera à déployer la télémédecine, dématérialiser les accès aux images médicales, élargir les systèmes d'information aux établissements médico-sociaux, au secteur ambulatoire et de prévention, et enfin à développer les outils dédiés au partage d'information tels que le dossier médical personnel (DMP).

- ▶ **Promouvoir le développement de la performance et l'amélioration continue de la qualité**. Les acteurs de la santé évoluent dans un contexte croissant d'exigences de qualité et de sécurité des soins ou d'accompagnement dont font partie :
 - la prévention et la maîtrise des risques (dont la maltraitance)
 - l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles
 - la maîtrise des coûts.

4 LES PRIORITES POUR LES CINQ ANS A VENIR (2012-2016)

Comme indiquées précédemment, les priorités retenues par l'ARS du Centre ont été identifiées à la suite d'un ensemble de travaux préparatoires privilégiant la concertation avec les partenaires institutionnels, les acteurs et professionnels du secteur et les représentants des usagers.

Ces priorités se veulent donc le reflet des préoccupations de santé en région Centre devant rassembler le maximum d'acteurs et guider l'action collective sur les cinq ans de mise en œuvre du Projet Régional de Santé.

Les priorités du Plan Stratégique Régional de Santé sont organisées par grands domaines thématiques, d'importance identique, correspondant chacun à un ensemble de problématiques de santé dont les réponses sont à organiser dans les champs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social :

Autonomie
Veille et sécurité sanitaire
Périnatalité et petite enfance
Maladies chroniques
Santé mentale
Conduites à risques

Ces domaines sont parcourus par un même socle d'exigences relatif au développement d'un système de santé **accessible, de qualité et efficient**. Ces trois dimensions ont vocation à irriguer et guider l'ensemble des priorités et objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé, puis dans sa phase de mise en œuvre au niveau des schémas et des programmes.



Chaque domaine se décompose en plusieurs priorités, elles-mêmes déclinées en objectifs généraux. Pour faciliter la lecture, les priorités sont numérotées ; cette numérotation ne doit pas s'entendre comme un ordre de classement hiérarchisé.

Plusieurs critères ont permis de guider l'exercice de priorisation :

- ⇒ L'ampleur du problème identifié (combien de personnes touchées, la prévalence ou l'incidence du problème, son évolution prévisible...)
- ⇒ La sévérité du problème (a-t-il un caractère létal, invalidant, un retentissement sur la vie sociale et professionnelle, ...)
- ⇒ La capacité de l'ARS à agir sur le problème (le problème relève-t-il de la compétence de l'ARS ?, existence de solutions et de leviers, quels délais de réalisation, etc)
- ⇒ La prise en compte de priorités nationales (inscription dans les plans nationaux, etc).

Deux types de priorités et d'objectifs sont à distinguer :

- les priorités et objectifs de santé : elles traduisent une évolution attendue pour la population en termes d'amélioration de l'espérance de vie, de la mortalité ou morbidité ou encore de la qualité de vie ;
- les priorités et objectifs de moyen : elles traduisent une amélioration attendue dans l'organisation ou la distribution de l'offre de santé.

Le sommaire des priorités par domaines thématiques

Les priorités dans le domaine de l'Autonomie :

- Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap
- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées (à domicile ou en établissement)
- Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée
- Favoriser le choix de vie à domicile

Les priorités dans le domaine de la Veille et sécurité sanitaires

- Garantir un environnement favorable à la santé
- Accroître le niveau de sécurité sanitaire en région

Les priorités dans le domaine de la Périnatalité et petite enfance

- Améliorer les conditions de grossesse et de naissance
- Améliorer la santé de l'enfant
- Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées

Les priorités dans le domaine des Maladies chroniques

- Améliorer la qualité de vie des malades chroniques
- Renforcer la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en termes de mortalité et de morbidité (cancers, maladies cardioneurovasculaires, diabète)

Les priorités dans le domaine de la Santé mentale

- Diminuer la mortalité par suicide
- Améliorer la réponse aux situations de crise
- Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale

Les priorités dans le domaine des Conduites à risques

- Prévenir les conduites à risques
- Réduire les conséquences des conduites à risques

4.1 Dans le domaine de l'Autonomie

L'Autonomie peut se définir par « l'indépendance fonctionnelle et la capacité à se gouverner soi-même ».

Ce domaine recouvre l'ensemble des politiques, programmes et actions destinées à favoriser, dans un cadre individuel ou collectif, le diagnostic, le dépistage, la prévention, l'acquisition ou la préservation des capacités, la prise en charge et l'accompagnement dans sa globalité, des personnes en situation de handicap ou en état de dépendance avéré ou à venir.

Ce domaine fait donc référence aux personnes en situation de handicap et/ou les personnes âgées.

Priorité 1 : Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap

⇒ Objectif 1.1 : Améliorer l'information et la connaissance sur les besoins des personnes atteintes de handicap

La disponibilité de données précises et fiables est essentielle pour disposer d'une image sincère des besoins des personnes handicapées sur chaque territoire. Cette connaissance n'est aujourd'hui que partielle. De même, développer une meilleure information auprès des professionnels et usagers est un enjeu important en termes d'accès aux droits et de prises en charge adaptées.

⇒ Objectif 1.2: Dépister et accompagner précocement le handicap

Le dépistage précoce des troubles pouvant engendrer des incapacités ou des handicaps doit être favorisé pour mettre en place des solutions d'accompagnement et de compensation dans des délais satisfaisants. Les difficultés d'accès au dépistage ont pour conséquence des retards en termes d'annonce du handicap, des prises en charge retardées et des familles en difficultés.

⇒ Objectif 1.3: Contribuer à la fluidité du parcours de vie des personnes handicapées dans une dimension de proximité

Il s'agit d'éviter les ruptures de prises en charge, de réduire le nombre d'orientations ou maintiens par défaut de solutions appropriées, lever les obstacles à la scolarisation, l'insertion professionnelle et sociale au sens large, et organiser un meilleur maillage territorial. Dans cette logique de fluidité, la construction de solutions au vieillissement des personnes handicapées est ici prégnante. De plus, l'offre médico-sociale doit pouvoir s'adapter à la prise en charge spécifique de certains handicaps comme les troubles du spectre autistique, la grande dépendance et les handicaps psychiques.

Priorité 2 : Améliorer la qualité de vie des personnes âgées (à domicile ou en établissement)

⇒ Objectif 2.1: Prévenir la perte d'autonomie

Améliorer l'espérance de vie en bonne santé suppose d'agir précocement pour éviter ou retarder la perte d'autonomie. La prévention des chutes et de la dénutrition est plus particulièrement visée.

⇒ Objectif 2.2 : Améliorer le dépistage des facteurs de fragilité, dont les troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés)

Les facteurs de fragilité liés à l'âge, et parmi ceux-ci les troubles cognitifs, sont repérés et dépistés trop tardivement pour permettre la mise en place de solutions adaptées. Ce retard est préjudiciable à la fois pour la personne et son entourage.

⇒ Objectif 2.3: Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques

Les différents outils de mesure de besoin en soin et d'accompagnement des personnes âgées ont démontré l'évolution et la spécificité des pathologies rencontrées. La construction de réponses prenant en compte ces évolutions est nécessaire.

Priorité 3 : Promouvoir une prise en charge de qualité et sécurisée

⇒ Objectif 3.1 : Améliorer la coordination des acteurs

Les personnes en situation de perte d'autonomie bénéficient souvent d'intervenants multiples en fonction des compétences à mobiliser sur chaque situation individuelle. La capacité des acteurs à se coordonner et à se compléter est un facteur de réussite et un gage de qualité dans tous les aspects de la prise en charge.

⇒ Objectif 3.2 : Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles

L'accompagnement d'une personne en situation de perte d'autonomie est encadré par un ensemble de valeurs, voire de principes éthiques, qu'il importe de promouvoir au moyen de référentiels ou de démarche qualité.

⇒ Objectif 3.3 : Organiser l'accès et la continuité des soins

Afin de conserver une qualité de vie en « bonne santé » en établissement médico-social ou à domicile, il convient d'agir tout au long de la vie par la prévention des complications liées au handicap et à l'âge. A cet effet, favoriser l'accès et la continuité des soins des personnes en perte d'autonomie est un enjeu important.

Priorité 4 : Favoriser le choix de vie à domicile

La construction de solutions pour favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et ce qui lui est fortement lié, l'aide aux aidants, est nécessaire. Les aidants, naturels et professionnels, jouent un rôle crucial dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Cet enjeu est au cœur du débat actuel sur la dépendance.

⇒ Objectif 4.1: Apporter des solutions de répit et/ou alternatives à l'institutionnalisation

Le retentissement sur la vie quotidienne des aidants naturels est colossal et il importe de leur apporter des solutions de soutien pour leur permettre de maintenir une qualité de vie satisfaisante.

⇒ Objectif 4.2: Améliorer l'information et la formation à destination des aidants naturels

Les aidants naturels occupent une place primordiale dans l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie. Ce constat suppose de leur apporter les connaissances et les outils adaptés à l'accompagnement de leur proche.

⇒ Objectif 4.3: Adapter l'offre médico-sociale à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à domicile

Pour être maintenues à domicile, les personnes en perte d'autonomie peuvent être accompagnées, en complément ou à la place des aidants naturels, par des professionnels issus de services médico-sociaux autorisés. Il convient donc d'avoir une attention particulière au développement de ces services pour favoriser le choix d'une vie à domicile.

4.2 Dans le domaine de la Veille et Sécurité Sanitaires

La veille et la sécurité sanitaires participent à l'amélioration de l'état de santé au travers d'un ensemble de dispositifs et actions destinés à surveiller, voire réduire, les situations à risque pour la population. Ce domaine vise essentiellement les risques environnementaux, les risques infectieux ainsi que les réponses en cas de crise (activités de veille, alerte et gestion des urgences sanitaires).

Priorité 1 : Garantir un environnement favorable à la santé

Les effets de l'environnement physique sur la santé sont nombreux et méritent une attention constante. Un second Plan National Santé Environnement a été défini à la suite du Grenelle de l'environnement en 2007. Sa déclinaison s'est concrétisée en région Centre par l'élaboration du **Plan Régional Santé Environnement II**, arrêté en décembre 2010, à la suite d'une concertation associant les parties prenantes. L'Agence régionale de Santé est partenaire de ce Plan et participera à sa mise en œuvre en application des protocoles de coopération qui la lie à l'autorité préfectorale pour l'exercice des missions de veille et de sécurité sanitaire. Aussi, l'ARS du Centre retient les deux objectifs arrêtés par le PRSE II¹², à savoir :

- ⇒ **Objectif 1.1 : Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé**
- ⇒ **Objectif 1.2 : Réduire les inégalités environnementales**

L'environnement du travail comporte, voire génère, aussi un certain nombre de risques pour la santé des individus. La Direction régionale de l'emploi, de la concurrence, de la consommation du travail, de l'emploi (DIRECCTE) du Centre a défini le **Plan Régional Santé au Travail 2010-2014**¹³ qui participe pleinement à la mise en œuvre des ambitions du Projet régional de santé au travers des objectifs suivants :

- ⇒ **Objectif 1.3 : Améliorer les conditions de travail tout au long de la vie**
- ⇒ **Objectif 1.4 : Prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles**
- ⇒ **Objectif 1.5 : Développer la santé et le bien-être au travail**

Priorité 2 : Accroître le niveau de sécurité sanitaire en région

- ⇒ **Objectif 2.1 : Optimiser l'organisation de la veille et la gestion des urgences sanitaires**

L'analyse du dispositif de surveillance sanitaire effectuée en 2008 dans le cadre de l'élaboration du programme régional relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence (PRAGSUS) a fait ressortir l'intérêt de régionaliser l'organisation du dispositif de veille et d'alerte. La création de l'ARS le 1^{er} avril 2010 a permis de concrétiser cette évolution. Il est nécessaire de renforcer l'organisation de ce dispositif encore récent pour en garantir l'efficacité.

- ⇒ **Objectif 2.2 : Prévenir la survenue des maladies transmissibles et infectieuses.**

Les maladies infectieuses représentent un risque et une menace pour la santé de la population. Il s'agira d'observer plus particulièrement en région une diminution de l'incidence de la tuberculose, des hépatites, d'améliorer la connaissance du statut de séropositivité VIH et Chlamydiae en population générale.

¹² <http://www.ars.centre.sante.fr/Les-plans-Sante-Environnement.104368.0.html>

¹³ <http://www.centre.travail.gouv.fr>

4.3 Dans le domaine de la Périnatalité et la petite enfance

Le terme de périnatalité couvre la période « avant, pendant et après la naissance » dans une acception plus large que la définition strictement épidémiologique. La limite d'âge des enfants pris en compte dans ce domaine est celle des 0-6 ans, correspondant par ailleurs à la population relevant des actions de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Le périmètre de ce domaine correspond donc à l'ensemble des programmes et actions s'intéressant à la santé sexuelle, la grossesse, l'accouchement, la naissance, la période néonatale et la santé des enfants de 0 à 6 ans.

Priorité 1 : Améliorer les conditions de grossesse et de naissance

Les conditions de grossesse et de naissance sont déterminantes pour le bon déroulement de cette période et la maîtrise des risques et facteurs aggravants pour la santé de la mère et de l'enfant.

Plus précisément en région Centre, il s'agira d'agir pour:

- ⇒ **Objectif 1.1: Augmenter les comportements favorables autour de la grossesse**, notamment par une réduction des consommations nocives et addictives (tabac, alcool, substances addictives) chez la femme enceinte, la réduction des expositions aux risques professionnels¹⁴, la poursuite de l'augmentation de l'allaitement maternel et l'amélioration de l'information et la préparation du projet de grossesse
- ⇒ **Objectif 1.2: Améliorer le repérage et le suivi des facteurs de risques chez la femme enceinte**. Les pistes d'action envisageables sont notamment l'augmentation du nombre de femmes bénéficiant d'un entretien prénatal précoce et la promotion des bonnes pratiques professionnelles autour de l'accouchement.

Priorité 2 : Améliorer la santé de l'enfant

La petite enfance représente une période de la vie charnière dans la constitution du « capital santé » de l'enfant pour sa santé future à l'âge adulte. Une attention doit être portée sur le gradient social particulièrement marqué à cette période de la vie.

Parmi les problèmes de santé propres à cette tranche d'âge, l'ARS retient les objectifs suivants :

- ⇒ **Objectif 2.1: Réduire la part d'enfants atteints d'obésité et de surpoids** : cette diminution sera à observer plus particulièrement dans les territoires ruraux et d'éducation prioritaire
- ⇒ **Objectif 2.2: Réduire la prévalence et l'incidence de l'asthme chez l'enfant**
- ⇒ **Objectif 2.3 : Améliorer la couverture vaccinale du jeune enfant.**

Priorité 3 : Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées

La capacité d'une femme à espacer et limiter ses grossesses a un impact direct sur sa propre santé et l'issue de chaque grossesse. L'observation régionale des modalités de recours à l'interruption volontaire de grossesse introduit la problématique plus globale des grossesses non désirées, et en particulier chez les mineures.

- ⇒ **Objectif 3.1: diminuer le nombre de grossesses non désirées, et en particulier chez les mineures.**
- ⇒ **Objectif 3.2: améliorer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.**

¹⁴ Action retenue dans le cadre du Plan Régional Santé Travail 2010-2014

4.4 Dans le domaine des Maladies Chroniques

Ce domaine recouvre la prise en charge et l'accompagnement des **malades chroniques et de leurs aidants** ainsi que la prévention des maladies chroniques.

Le Haut Conseil de la Santé Publique définit la maladie chronique comme

- un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités notamment professionnelles ou de la participation sociale ;
 - un recours indispensable à un médicament, une alimentation adaptée, une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
 - ou la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Les maladies chroniques recouvrent donc des réalités et des vécus très variés, propres à chaque malade mais quelle que soit la pathologie en cause, tout malade chronique est confronté au quotidien à des difficultés semblables. C'est pourquoi le plan stratégique privilégie, en sa priorité n°1, une approche centrée sur le patient atteint de maladie chronique et non des actions ciblant une ou plusieurs pathologies particulières. Cependant, eu égard à la prépondérance de certaines maladies chroniques dans la population régionale, un effort particulier sera porté, au niveau de la seconde priorité, dans la lutte contre le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Priorité 1 : Améliorer la qualité de vie des malades chroniques

⇒ **Objectif 1.1: Soutenir la personne dans son projet de vie**

Les maladies chroniques engendrent un certain nombre de contraintes perturbant le quotidien des personnes touchées ou leur entourage et pouvant altérer leur vie sociale (scolarité, maintien dans l'emploi, etc). La formation et l'information des malades et de leur entourage doivent permettre de lever certaines difficultés.

⇒ **Objectif 1.2: Limiter les complications**

L'identification et l'organisation de filières et réseaux de soins pourront constituer des éléments de réponse, ainsi que le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

⇒ **Objectif 1.3: Prévenir et dépister les maladies chroniques**

Il conviendra d'agir sur les déterminants de santé (nutrition, activité physique, environnement, alcool, tabac,...), et promouvoir le dépistage.

Priorité 2 : Renforcer la lutte contre les maladies chroniques ayant le plus fort impact en termes de mortalité et de morbidité

En région Centre, en moyenne, 4500 décès annuels ont eu lieu prématurément, soit avant l'âge de 65 ans au cours de la période 2000-2007, ce qui correspond à 18% des décès annuels. Les cancers sont responsables de 40% de ces décès prématurés en région et les maladies cardiovasculaires causent 13,4% de ces décès. En outre, on estime à 106 000 le nombre de personnes atteintes de diabète. L'augmentation annuelle des diabétiques est importante (5% par an) et les complications potentielles du diabète peuvent générer des handicaps ou des incapacités.

⇒ **Objectif 2.1: réduire l'incidence et la prévalence des cancers**

⇒ **Objectif 2.2: réduire l'incidence et la prévalence des maladies cardio-neuro-vasculaires**

⇒ **Objectif 2.3: réduire l'incidence et la prévalence du diabète**

4.5 Dans le domaine de la Santé Mentale

« La santé mentale représente l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui agissent sur la personne elle-même et la communauté. Les situations de déséquilibres peuvent faire apparaître des troubles mentaux dont la prise en charge comme état pathologique relève alors de la psychiatrie. »¹⁵

Pour autant, toutes les situations de déséquilibre psychique ne débouchent pas sur des maladies mentales.

Le périmètre du présent domaine concerne donc l'ensemble des programmes et actions destinés à prévenir les troubles mentaux, à prendre en charge et accompagner les personnes en souffrance psychique ou atteintes de maladies mentales.

Priorité 1 : Diminuer la mortalité par suicide

⇒ Objectif 1.1 : Réduire la fréquence des suicides et des tentatives de suicide

Le suicide demeure une des causes de surmortalité générale et prématurée en région Centre. S'il représente une part importante des causes de décès au sein des tranches d'âge les plus jeunes (15-45 ans), le volume des suicides observés chez les personnes âgées (+75 ans) doit être pris en compte.

Priorité 2 : Améliorer la réponse aux situations de crise

Les situations de crise, qui sont en augmentation ces dernières années; regroupent diverses manifestations cliniques (crise suicidaire, agitation aiguë, pathologies post traumatiques, addictions, etc). En outre, la crainte sociétale de la crise du malade mental participe à l'augmentation des hospitalisations de patients déclarés en crise.

⇒ Objectif 2.1 : Optimiser le circuit de l'urgence

Ces hospitalisations engendrent des perturbations majeures dans l'environnement du sujet (famille, structures sanitaires, médico-sociales, sociales, voisinage). Une mauvaise orientation et l'absence de continuité dans le dispositif de prise en charge sont préjudiciables pour la qualité de la prise en charge, la sécurité des patients et de leur entourage.

⇒ Objectif 2.2 : Faire mieux connaître le circuit de l'urgence

Il s'agira notamment de définir de façon concertée entre les différents acteurs de prise en charge de l'urgence sanitaire (y compris en ce qui concerne les transports), médico-sociale, sociale, et les pouvoirs publics, la conduite à tenir en cas de crise et les conditions de prise en charge après la crise.

⇒ Objectif 2.3 : Améliorer la coordination et l'accompagnement dans la phase de post-crise

Il s'agira de prévoir les conditions de sortie de l'hôpital en s'assurant de la capacité de l'entourage, des structures sociales ou médico-sociales à prendre le relais dans de bonnes conditions pour éviter les hospitalisations itératives.

¹⁵ Rapport de janvier 2009 à la Ministre de la santé relatif aux « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie

Priorité 3 : Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale

⇒ Objectif 3.1 : Mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale

Une des carences identifiées lors du diagnostic régional est la difficulté d'approcher et mesurer les différents aspects de la santé mentale. Cette connaissance est fondamentale pour apprécier au mieux l'ampleur et les différentes formes du problème ; le partage de cette connaissance participera à l'amélioration des réponses à apporter. L'amélioration de la connaissance doit s'envisager par territoires et par groupes sociaux.

⇒ Objectif 3.2 : Reconnaître la place de l'entourage

Au-delà des malades eux-mêmes, la vie de l'entourage est également bouleversée, car il participe pleinement à l'accompagnement. Des améliorations doivent donc être portées sur les aspects de reconnaissance, de participation, de formation et d'information, et plus largement de lutte contre la stigmatisation.

⇒ Objectif 3.3 : Assurer la continuité et le suivi des prises en charge dans les territoires de proximité

Le système actuel est complexe pour les usagers et ne permet pas toujours une bonne identification des ressources existantes à tous les temps de la prise en charge. Une mauvaise articulation entre les acteurs a un retentissement sur la pertinence du niveau de prise en charge à un moment donné, sur l'organisation de chacun des acteurs et donc ses capacités à répondre aux besoins.

Cela concerne le système de soins (lien entre médecin traitant et établissements de santé, rôle du secteur), l'articulation entre le système de soins et le secteur médico-social, l'articulation entre le système de prise en charge sanitaire et médico-social et les différentes institutions et structures impliquées dans l'insertion sociale (protection judiciaire de la jeunesse, éducation nationale, aide sociale à l'enfance, services du travail et de l'emploi, médecine du travail, service social départemental, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, ...).

⇒ Objectif 3.4 : Adapter les réponses aux spécificités de certains publics : enfants/adolescents, personnes âgées, détenus et personnes en précarité

La question de l'orientation et de la prise en charge est une question prégnante qui se pose de façon très aiguë pour certaines populations (enfants et adolescents, détenus majeurs et mineurs, personnes âgées, personnes en situation précaire) avec un fort retentissement sur l'entourage. L'offre doit donc tenir compte de ses spécificités.

4.6 Dans le domaine des Conduites à risques

Ce domaine intègre deux dimensions :

- les conduites à risques liées aux conduites addictives, avec ou sans substance, notamment :
 - l'usage nocif ou l'abus et la dépendance à une substance psychoactive licite ou illicite,
 - les troubles du comportement alimentaire,
 - les achats compulsifs,
 - le jeu pathologique.
- les conduites à risque qui recouvrent les accidents de la route, les accidents de la vie courante et les accidents du travail. L'amélioration des indicateurs mesurant l'accidentologie passe par la mise en œuvre de politiques publiques relevant de plusieurs partenaires institutionnels. Sur ces trois champs de l'accidentologie, l'ARS se positionne en contributeur pour les actions pilotées par les services de l'Etat (Préfecture pour la Sécurité routière, DIRECCTE pour la santé au travail), ou d'autres partenaires (Organismes de protection sociale...). Considérant le poids des accidents de la route à la fois en termes de mortalité mais aussi en termes de morbidité (séquelles invalidantes, etc), l'ARS relaie plus particulièrement cette préoccupation dans les priorités de ce domaine. S'agissant des accidents de la vie courante, très peu de données d'observation sont disponibles en région pour mesurer le caractère prioritaire de ce problème, en dehors de la problématique des chutes chez les personnes âgées, abordée dans le domaine Autonomie.

Priorité 1 : Prévenir les conduites à risque

⇒ Objectif 1.1 : Eviter ou retarder l'apparition des premières conduites addictives

Il s'agira d'intervenir en prévention primaire par la mise en place d'actions de prévention en population générale, mais aussi ciblées en direction de publics spécifiques plus particulièrement concernés. Il appartiendra aux différents schémas d'identifier ces publics cibles.

⇒ Objectif 1.2 : Contribuer à la diminution de la mortalité par accidents de la route

Une partie des accidents de la route est liée à la conduite sous l'influence de substances psychoactives. En 2008, un conducteur sur trois incriminé conduit avec une alcoolémie supérieure à 2g/l. Si la mortalité a fortement diminué depuis 10 ans, le taux de gravité des accidents (nombre de tués sur 100 accidents corporels) reste encore élevé en région (11,1%).

⇒ Objectif 1.3 : Améliorer la connaissance en matière de conduites à risque

La connaissance précise et fiable des conduites à risques permet d'adapter les stratégies d'actions. Des possibilités d'observation et de recueil partagées doivent donc être étudiées. Parmi les conduites à risque à observer, celles relatives aux accidents de la vie courante méritent une attention particulière afin de mieux cerner l'ampleur du problème à la fois en termes de mortalité et de morbidité.

Priorité 2 : Réduire les conséquences des conduites à risques

La réduction des risques vise à réduire les conséquences sanitaires et sociales des consommations de substances licites et illicites et des pratiques addictives, notamment par l'accès à des stratégies dites de réduction des risques qui s'appuient notamment sur l'observation et l'analyse des pratiques et des représentations des usagers, la prise en compte de l'expérience des personnes et leur capacité à participer aux dynamiques de changement en apportant leur propre expertise ainsi que la prise en compte de la pluralité des facteurs et de la diversité des modes d'engagement des personnes dans le risque.

⇒ Objectif 2.1 : Dépister précocement les conduites à risque

⇒ Objectif 2.2 : Organiser une prise en charge coordonnée sur chaque territoire de proximité

5 LA COORDINATION A ORGANISER

L'Agence Régionale de Santé est chargée, en tenant compte des spécificités régionales, de mettre en œuvre la politique de santé publique « en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail ; de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile » (Art.L 1431-2 du code de la santé publique). Le directeur général de l'ARS exerce au nom de l'Etat les compétences en matière de santé « qui ne sont pas attribuées à une autre autorité » (Art L 1432-1).

La réduction des inégalités de santé passe par une approche intersectorielle fondée sur le développement des coordinations entre les différentes autorités compétentes afin d'optimiser et de renforcer l'efficacité des moyens mis en œuvre.

Les autorités autres que l'ARS intervenant dans le domaine de la santé disposent également d'outils de planification ou de programmation pour la mise en œuvre des politiques relevant de leur compétence. Les priorités et objectifs ainsi fixés et celles définies par l'ARS doivent s'inscrire en cohérence malgré des calendriers d'élaboration et de mise en œuvre potentiellement différents.

Cela concerne plus particulièrement :

- **Les politiques en direction des enfants et des adolescents** en coordination avec :
 - les Conseils généraux (protection maternelle et infantile et protection de l'enfance),
 - l'Education nationale (la santé en milieu scolaire, incluant les enfants malades et/ou handicapés qui relèvent de la compétence du recteur d'Académie)
 - la Protection judiciaire de la jeunesse
 - le Conseil Régional
- **La santé environnementale** avec une articulation à prévoir entre le Projet régional de santé, le Plan régional santé-environnement arrêté en 2010, le Plan Ecophyto 2018 relevant de l'autorité préfectorale et les volets santé des agendas 21 développés par les collectivités territoriales.
- **La santé au travail** relevant notamment de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (Direccte) qui vient d'arrêter le Plan régional Santé au travail 2010-2014.
- **La prévention et la prise en charge des maladies chroniques** (programmes de l'Assurance maladie)
- **La prévention et la lutte contre les conduites à risques** : déclinaisons régionale et départementales du plan de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, actions de lutte contre le dopage, actions en faveur de la sécurité routière relevant des préfets de département,
- **Les politiques en direction des publics spécifiques** : Politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, organisation de la prise en charge sanitaire des détenus en lien avec la Justice et les services pénitentiaires, lutte contre les exclusions et politique de la ville en articulation avec la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), et les Directions départementales de Cohésion Sociale (DDCS), action sociale des Départements et des organismes de protection sociale, politique du logement et de la santé dans l'habitat. Ces politiques font l'objet de plusieurs outils de planification et programmation : Il convient de souligner plus particulièrement :
 - les schémas départementaux relevant des Conseils généraux pour l'enfance, les personnes âgées et les personnes handicapées
 - les pactes territoriaux d'insertion élaborés par les Conseils généraux
 - les schémas « Accueil, hébergement, insertion » relevant des Préfets.
 - le Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH) piloté par les services de la Direccte
 - le schéma régional relatif à la protection juridique des majeurs et le programme d'intégration des populations immigrées (PRIP) avec ses déclinaisons départementales, tous deux pilotés par la (DRJSCS),
- **La politique de recrutement et de formation** des professionnels de santé qui conduit l'ARS à travailler en concertation étroite avec, notamment, l'Université et le Conseil régional qui s'est doté d'un schéma régional des formations sanitaires et sociales 2008-2013.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoire » a conféré à l'ARS des leviers d'action qui ont d'ores et déjà été mobilisés pour l'élaboration du PRS et le seront davantage encore dans sa mise en œuvre :

- **Les commissions de coordination des politiques publiques** de santé, l'une dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, l'autre dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux,
- **La représentation des collectivités territoriales** avec voix délibérative et des **services de l'Etat** avec voix consultative à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.
- **La commission régionale de gestion du risque** qui comprend l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie.
- **Le comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé** qui regroupe des représentants de la faculté de médecine, des Conseils des Ordres, des fédérations d'établissements, des professionnels de santé, des collectivités territoriales et des associations d'usagers.

Par ailleurs, dans le cadre de la concertation avec les services de l'Etat, le directeur général de l'ARS participe au Comité de l'administration régionale et est représenté par les délégués territoriaux dans les collèges des chefs de service départementaux.

6 L'ORGANISATION DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DU PROJET REGIONAL DE SANTE

Tel que le prévoit le décret du 18 mai 2010 relatif au Projet régional de santé, le Plan Stratégique régional de santé doit préciser l'organisation du suivi et de l'évaluation du PRS.

En outre, le décret précité indique que les programmes (pris en application des schémas du PRS) « *déterminent les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues. Les programmes fixent les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions* ».

Le suivi et l'évaluation n'ont pas les mêmes finalités et les modalités d'organisation qui s'y rapportent sont donc distinctes:

► **L'organisation du suivi du Projet Régional de Santé:**

- Le suivi consiste à observer régulièrement l'avancement des actions et à apprécier l'écart entre ce qui est prévu et ce qui est réalisé. Le suivi s'intéresse donc au déroulement du projet (respect du calendrier, enchaînement des différentes étapes du projet, etc) mais également à la mise en œuvre des actions qui seront définies par les différents schémas et programmes (combien d'actions mises en œuvre, financées, installées ?)
- Le suivi du Projet régional de santé intéressera à la fois le décideur en tant que responsable du projet (le directeur général de l'ARS), mais également les membres des instances de démocratie sanitaire, ainsi que le Conseil de surveillance de l'ARS.
- Le suivi du PRS nécessitera des outils adéquats : un tableau de bord unique pour l'ensemble des composantes du PRS sera établi.
- Le préalable au suivi du PRS est la définition d'indicateurs de suivi ou de réalisation pour chaque objectif opérationnel et actions des schémas et programmes d'application du PRS.

► **L'organisation de l'évaluation du Projet Régional de Santé:**

- Une démarche d'évaluation consiste à formuler un jugement de valeur sur une intervention ou une politique publique. L'évaluation permet donc d'apprécier l'atteinte des objectifs au travers de la mesure de l'impact et des effets des actions menées. En ce sens, l'évaluation permet de s'interroger sur la pertinence des interventions choisies et d'adapter la stratégie en conséquence.
- L'évaluation repose sur des indicateurs d'impact relevant du Plan stratégique régional de santé. A ce stade, il faut d'ores et déjà noter les difficultés potentielles dans la mesure de l'impact :
 - Les délais de mise à disposition de certains indicateurs ne sont pas toujours disponibles à la même fréquence que celle définie pour l'évaluation (ex : données de mortalité fournies par l'INSERM).
 - Le recensement des données existantes à partir de bases ne relevant pas toujours de l'ARS. Les outils prévus pour la coordination des acteurs institutionnels peuvent permettre de lever cette difficulté.
 - L'impact ne pourra pas toujours être visible sur la durée du PRS selon le type de changement observé.

- L'évaluation du PRS s'adressera à plusieurs destinataires en fonction des finalités poursuivies :
 - le directeur général de l'ARS et son équipe de direction : l'évaluation se situe alors comme un outil d'aide à la décision et au pilotage, mais également d'analyse de la performance
 - le Conseil de surveillance de l'ARS, les partenaires institutionnels, les instances de démocratie sanitaire, les professionnels et acteurs du champ de la santé, les usagers du système de santé : l'évaluation poursuit alors davantage un objectif de transparence, de rendre des comptes et d'incitation à produire du changement.

- L'évaluation du PRS pourra s'envisager en deux temps :
 - Une évaluation intermédiaire, permettant à mi-parcours de vérifier la bonne mise en marche du projet
 - Une évaluation finale, permettant de mesurer les effets et l'impact du Projet régional de santé.

Pour mener l'évaluation, une instance évaluative sera mise en place. Cette instance aura pour mission de¹⁶ :

- définir les questions évaluatives, notamment à partir de critères d'évaluation
- proposer le cahier des charges de l'évaluation si recours à un prestataire externe
- mener ou suivre (si prestataire) les travaux d'évaluation
- valider les résultats et formuler des recommandations.

L'évaluation gagnera à être menée avec le concours de plusieurs parties prenantes au projet. Aussi, il est proposé que l'instance évaluative soit composée pour moitié de représentants de l'ARS (émanation de l'équipe de direction de l'ARS) et pour moitié de membres de la commission permanente de la CRSA. Une co-présidence (ARS/CRSA) de l'instance évaluative pourra s'envisager.

Composante du PRS	Plan Stratégique	Schémas Programmes
Finalité des indicateurs	Mesurer les effets de l'intervention, les changements souhaités	Mesurer les réalisations prévues, l'avancée du PRS
	Champ de l'évaluation du PRS	Champ du suivi du PRS

¹⁶ *Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique – quelques repères pour les acteurs – Avril 2008 – Direction générale de la Santé - Ministère de la santé et des sports.*

7 ANNEXES

Annexe 1 : Liste des documents préparatoires au Plan Stratégique Régional de Santé :

- **Le diagnostic de l'état de santé :**
 - octobre 2010 : Version 0
 - février 2011 : version 1

- **Le diagnostic de l'offre de santé**
 - octobre 2010 : Version 0
 - février 2011 : version 1

- **La synthèse des travaux relatifs à la définition des priorités par domaine (février 2011)**

L'ensemble de ces éléments sont consultables sur le site internet de l'ARS :

www.ars.centre.sante.fr

Annexe 2 : le calendrier de la consultation durant la phase préparatoire

Calendrier des réunions de la CRSA portant sur la concertation autour du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) :

Juillet 2010	Commissions spécialisées	Objet de la réunion
Mardi 9 juillet	Commission plénière	Présentation de la démarche d'élaboration du Projet régional de santé

Septembre 2010	Commissions spécialisées	Objet de la réunion
Lundi 6 septembre	Commission « Droits des usagers »	Présentation de la démarche d'élaboration du Plan Stratégique régional de santé
Jeudi 9 septembre	Commission « Prévention »	
Jeudi 16 septembre	Commission « Organisation des soins »	
Vendredi 17 septembre	Commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux »	
Mardi 21 septembre	Commission permanente	

Octobre 2010	Commissions spécialisées	Objet de la réunion
Lundi 25 octobre	Commission permanente	Définition des modalités de consultation sur le diagnostic Etat de santé et Offre

Décembre 2010	Commissions spécialisées	Objet de la réunion
Jeudi 2 décembre	Commission « Organisation des soins »	Echanges et débats sur les éléments du diagnostic régional Etat de santé et Offre
Mardi 7 décembre	Commission « Droits des usagers »	
Mardi 7 décembre	Commission « Prévention »	
Mercredi 8 décembre	Commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux »	
Lundi 13 décembre	Commission permanente	

Février/Mars 2011	Commissions spécialisées	Objet de la réunion
Mercredi 23 février 2011	Commission « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux »	Présentation des propositions de priorités et objectifs
Mardi 1 ^{er} mars 2011	Commission « Prévention »	Présentation des propositions de priorités et objectifs
Mardi 1 ^{er} mars 2011	Commission « Droits des usagers »	
Jeudi 3 mars 2011	Commission « Organisation des soins »	
Lundi 7 mars	Commission permanente	

Calendrier des groupes de travail régionaux par domaines thématique (janvier 2011)

Objet des groupes de travail :

- confirmer la définition du domaine
- identifier les points d'articulation entre les domaines
- identifier les partenaires institutionnels à associer
- proposer des priorités et des objectifs associés

Domaine	Dates (année 2011)
Autonomie	
Sous groupe Personnes Agées	Lundi 24 janvier
Sous groupe Enfance handicapée	Mercredi 12 janvier Jeudi 20 janvier
Sous groupe Adultes handicapés	Mercredi 19 janvier Mercredi 26 janvier
Veille et sécurité sanitaire	Mardi 11 janvier Mardi 25 janvier
Périnatalité et petite enfance	Mardi 11 janvier Lundi 24 janvier
Maladies chroniques	Jeudi 20 janvier Jeudi 27 janvier
Santé mentale	Mardi 25 janvier
Conduites à risque	Vendredi 14 janvier Lundi 24 janvier

Calendrier des réunions des commissions de coordination des politiques publiques :

- **Commission de coordination « Prévention, santé scolaire, santé au travail, protection maternelle et infantile » :**
 - o 22 septembre 2010 (Présentation de la démarche)
 - o 2 décembre 2010 (Restitution du diagnostic)
 - o 3 mars 2011 (Echanges sur les propositions de priorités)
- **Commission de coordination « Prise en charge et accompagnements médico-sociaux » :**
 - o 22 septembre 2010 (Présentation de la démarche)
 - o 9 décembre 2010 (Restitution du diagnostic)
 - o 16 mars 2011 (Echanges sur les propositions de priorités).

Calendrier des séances des Conférences de territoires

portant sur le Plan Stratégique Régional de Santé

Objet de la réunion	Date et territoire de santé concerné
Présentation du Projet régional de santé et de la démarche d'élaboration du Plan Stratégique Régional de santé Présentation des premières données d'observation issues du diagnostic	Lundi 22 Novembre 2010 : Indre et Loire Mardi 23 Novembre 2010 : Eure et Loir Vendredi 26 Novembre 2010 : Indre Lundi 29 Novembre 2010 : Loir et Cher Mardi 30 Novembre 2010 : Loiret Jeudi 09 Décembre 2010 : Cher
Installation formelle de la Conférence (élections) Restitution des travaux des Conférences sur l'analyse du diagnostic Les premières réflexions sur les priorités régionales	Mercredi 2 Février 2011 : Loiret Mercredi 2 février 2011 : Indre Jeudi 3 Février 2011 : Indre et Loire Lundi 7 Février 2011 : Cher Jeudi 10 Février 2011 : Loir et Cher Jeudi 17 Février 2011 : Eure et Loir

Groupes de travail des conférences de territoire portant sur l'analyse du diagnostic :

Territoire de l'Indre : Réunion de groupes de travail thématiques

- Groupe de travail Maladies Chronique : 21 décembre 2010 et 6 janvier 2011
- Groupe de travail santé mentale et conduites à risque : 5 janvier 2011
- Groupe de travail Autonomie : 22 décembre 2010 et 17 janvier 2011

Territoire du Loir et Cher :

- Un groupe transversal : 13 janvier 2011

Territoire du Loiret :

- Un groupe transversal : 24 janvier 2011

Territoire d'Indre et Loire : Réunions de groupes thématiques par territoires infra départementaux :

- Maintien à domicile (agglomération tourangelle et Loches) : 5, 10 et 19 janvier 2011
- Santé mentale et addictions (secteur Amboise Chateaurenault) : 12 janvier 2011
- Maladies chroniques : 10 janvier 2011
- Soins de premiers recours (Nord du département) : 25 janvier 2011
- Personnes âgées et Urgence / Personnes âgées et psychiatrie (Agglomération tourangelle et Loches) : 4 et 5 janvier 2011

Territoire du Cher :

- Un groupe transversal : 14 décembre 2010 et 13 janvier 2011

8 ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Sante

CIRE : Cellule InterRégionale d'Epidémiologie

CMR : Cancérogènes, Mutagènes, Reprotoxiques

CRODPS : Comité régional de l'Observation de la Démographie des Professions de Santé

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMP : Dossier Médical Personnel

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports de La Cohésion Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

HPST : Hôpital, Patients, Sante et Territoires

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire.

IVG : Interruptions Volontaires de Grossesse

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDS : Permanence des soins

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAGSUS : Programme Régional relatif à l'Alerte et à la Gestion des Situations d'Urgence Sanitaires

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement à la perte d'autonomie

PRIPi : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées

PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PRS : Projet Régional de Sante

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SRP : Schéma Régional de Prévention

SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

SSIAD : Service De Soins Infirmiers A Domicile