

PROJET RÉGIONAL DE

SANTÉ

Centre-Val de Loire



Cadre d'orientation stratégique
2018-2027

SOMMAIRE

04 La population de la région
Centre-Val de Loire

Face aux évolutions à prévoir,
affirmer des valeurs 10

14 Une approche globale
de notre santé

Les orientations
stratégiques 19

ÉDITO

Porter une vision régionale, stratégique et partagée en matière de santé pour les 10 ans à venir : telle est la triple ambition de ce cadre d'orientation stratégique.

Porter une vision régionale, car tel est l'objectif du Projet régional de santé (PRS) : mettre en œuvre une politique de santé adaptée aux caractéristiques de ses différents territoires et aux besoins de sa population, en prenant en compte l'histoire, les atouts de la région et le bilan du précédent PRS. De cette façon, le cadre d'orientation stratégique garantira la continuité de la politique de santé menée, tout en décrivant les adaptations nécessaires.

Porter une vision stratégique, car les évolutions sociétales et technologiques seront nombreuses au cours de la prochaine décennie. Ces évolutions influenceront largement la façon de concevoir la politique de santé, elles induisent dès à présent la double nécessité d'une réflexion éthique et d'affirmation de valeurs partagées. Elles nécessitent également une approche centrée sur le parcours de santé de l'utilisateur du système de santé, donc un décloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, prenant en compte les enjeux de prévention dans chaque situation. Ainsi, les organisations seront amenées à s'adapter aux réels besoins de la population.

Porter une vision partagée, car plus qu'une politique de santé, il s'agira d'inscrire la santé dans toutes les politiques publiques, afin de réduire les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. Pour y parvenir, ce cadre d'orientation stratégique est le fruit d'une co-construction entre l'ARS Centre-Val de Loire et l'ensemble de ses partenaires*, il est donc le témoin d'un engagement collectif à atteindre les objectifs fixés.

Enfin, les objectifs portés par ce cadre d'orientation stratégique, qui s'inscrivent pleinement dans les orientations de la stratégie nationale de santé, ont été conçus pour être évaluable : rendez-vous dans 10 ans pour en mesurer l'impact.

Anne BOUYGARD

Directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire

** L'élaboration du cadre d'orientation stratégique s'est appuyée sur une instance de co-construction, réunissant l'Agence régionale de santé (ARS), la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), les élus (Conseil régional, conseils départementaux, représentants des maires), le Préfet de région, l'Assurance maladie, le collegium santé et l'espace de réflexion éthique régional. Les commissions de coordination des politiques publiques et les conseils territoriaux ont également apporté leur contribution.*

LA POPULATION
DE LA RÉGION
CENTRE-VAL
DE LOIRE



POPULATION DE NOTRE RÉGION

SES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

Les travaux conjoints menés entre l'ARS Centre-Val de Loire et la direction régionale de l'INSEE ont permis, sur la base des tendances des 20 dernières années et de données à caractère prospectif, de faire ressortir les caractéristiques suivantes :

1

La population régionale est essentiellement concentrée dans les agglomérations [carte 1], et en croissance sur l'axe ligérien (départements 37 et 45) et dans les territoires limitrophes de la région parisienne, dont la population se rajeunit, en provenance de l'Ile-de-France. [carte 2]

2

Les dynamiques urbaines observées partout en France se produisent également en région Centre-Val de Loire avec l'élargissement des aires urbaines, qui auront vocation à se rejoindre dans un avenir proche, notamment sur l'axe ligérien, avec, si ces dynamiques se perpétuent, la probabilité de s'étendre vers Châtellerault (86) et Poitiers (86). Cette dynamique se caractérise par une composition, en périurbain, de ménages plutôt jeunes avec enfants.

3

Le vieillissement de la population, plus accentué autour des grandes agglomérations de l'Indre et du Cher, est couplé à une tendance à l'isolement et à un déficit d'actifs (nombre d'actifs inférieur au nombre de retraités) qui pourrait survenir d'ici à 2040 au regard de l'évolution de la pyramide des âges. [carte 3]

4

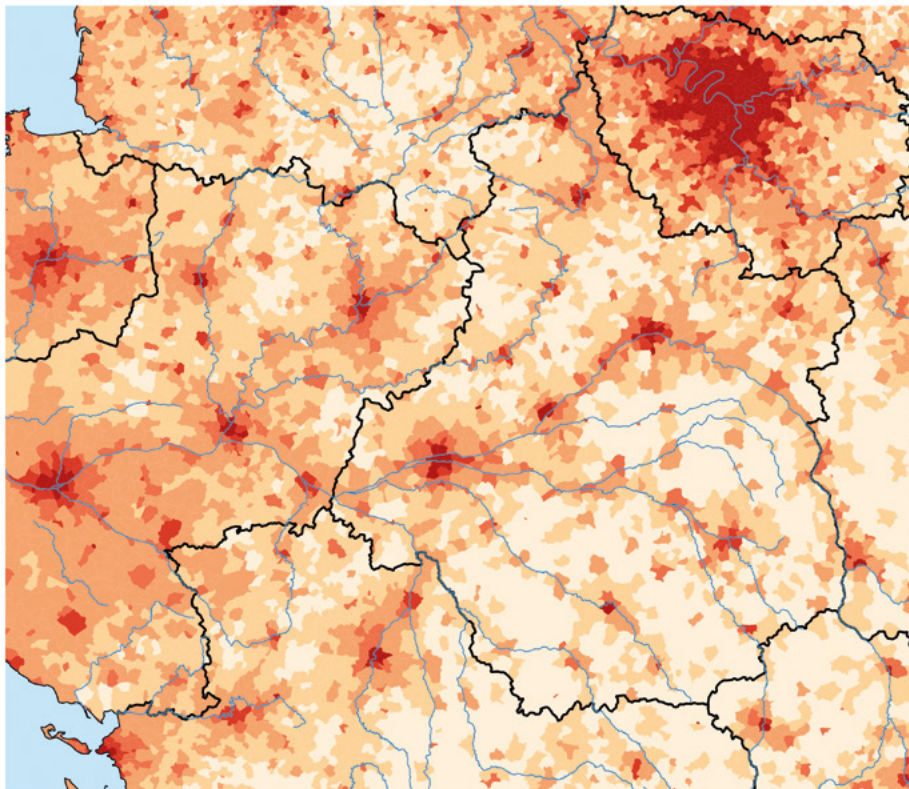
Près des 2/3 des actifs travaillent en dehors de leur commune de résidence, essentiellement dans une autre commune du département (parmi eux, 70 000 actifs travaillent en Ile-de-France, dont 33 % dans les Yvelines et 28 % à Paris).

Ces caractéristiques vont toutes dans le sens de fortes disparités entre les zones urbaines et les zones rurales, marquées par un vieillissement plus important et par des déterminants de santé (notamment pauvreté et isolement social) globalement plus défavorables ; ces disparités devraient se creuser dans les 10 ans à venir.

Ces éléments confirment l'intérêt d'une approche territorialisée et priorisée en matière de coordination des politiques publiques, dans l'optique de réduire les inégalités de santé.



CARTE 1 Une population concentrée dans les agglomérations...









Centre-Val de Loire : 66 hab/km²

Pays de la Loire : 117 hab/km²

Ile-de-France : 1 000 hab/km²

Densité communale de population 2013

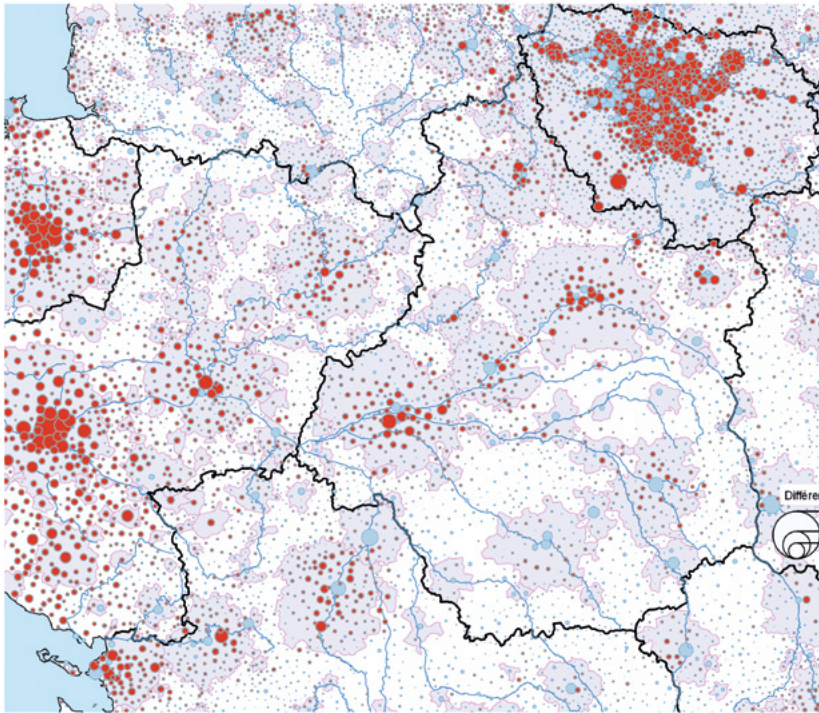
en habitants par km²

-  moins de 20
-  de 20 à moins de 50
-  de 50 à moins de 150
-  de 150 à moins de 400
-  de 400 à moins de 1000
-  1000 ou plus

Source : Insee, recensements de la population

© IGN - Insee 2017

+ CARTE 2 ...Et en croissance sur les franges franciliennes et l'axe ligérien



Evolution de la population entre 2008 et 2013

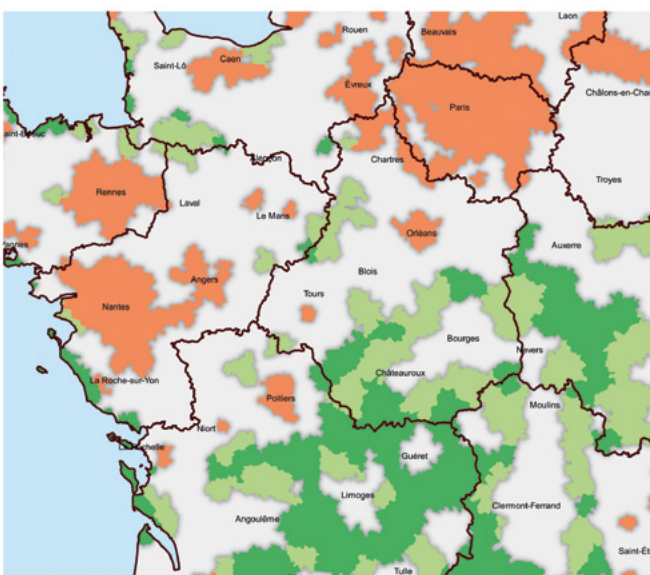
- Augmentation de la population
- Diminution de la population
- Aires Urbaines

Différence 2008 - 2013
 11 700
 6 700
 3 900

Source : Insee, Recensements de la population

© IGN - Insee 2017

+ CARTE 3 Les plus de 65 ans plus nombreux que les moins de 25 ans, dans le Cher et l'Indre (hors agglomérations de Bourges et Châteauroux)



© IGN - Insee 2017

France de province : 0,63

Centre-Val de Loire : 0,69

Plus de 65 ans / moins de 25 ans par bassin de vie en 2013

- 0,14 - 0,50
- 0,50 - 1,00
- 1,00 - 1,20
- 1,20 - 3,35

Source : insee, Recensements de la population

POPULATION DE NOTRE RÉGION

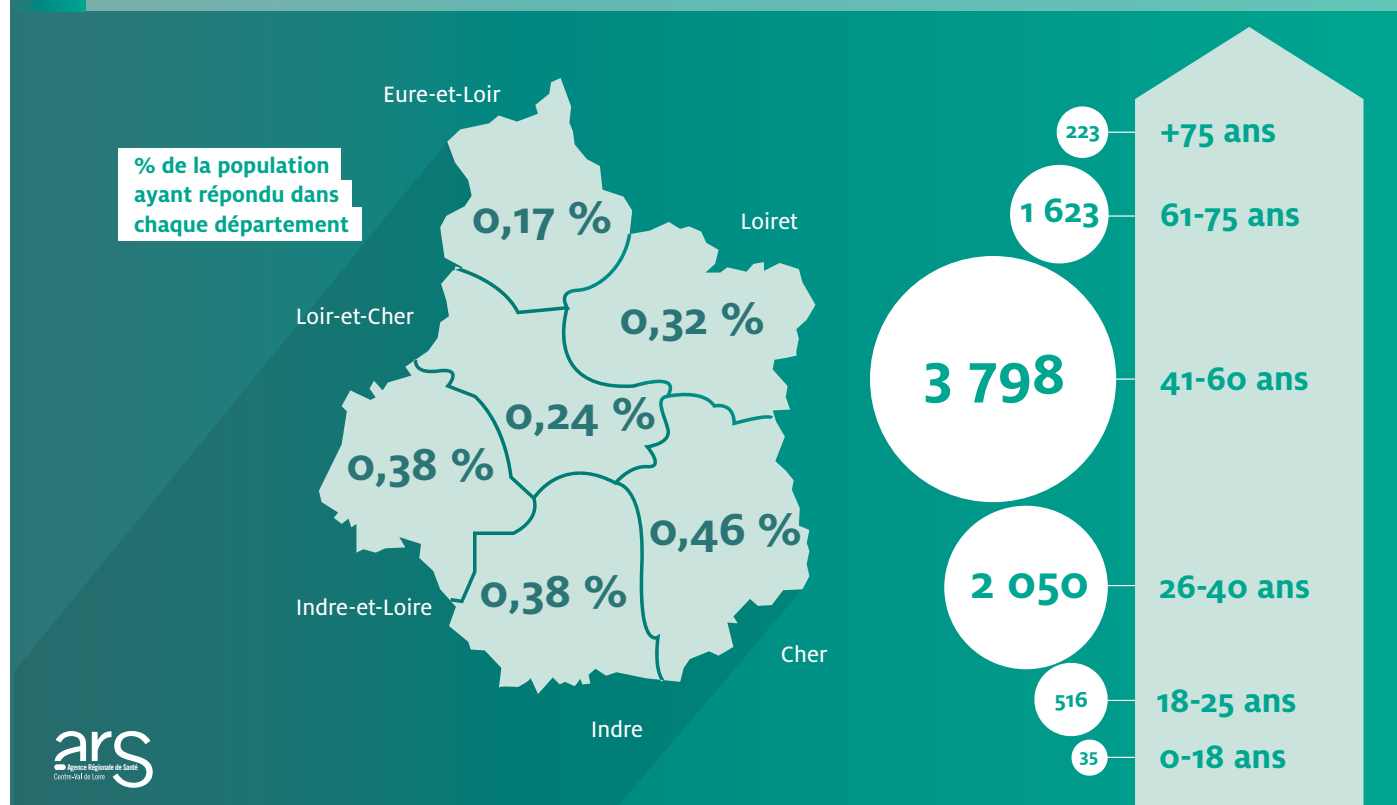
SES PRÉOCCUPATIONS POUR LES 10 ANS À VENIR

Afin de mieux connaître les préoccupations de la population régionale, l'ARS et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) Centre-Val de Loire ont lancé en février 2017, une enquête citoyenne en ligne, relayée sur les réseaux sociaux : 8 385 personnes y ont répondu.



La principale préoccupation est centrée sur l'accès à un médecin, près de chez soi et dans un délai raisonnable. Soutien aux personnes qui s'occupent d'un proche malade ou en situation de handicap, souffrance psychique, gestion des médicaments, liens entre la ville et l'hôpital sont les autres préoccupations citées pour au moins 3 citoyens sur 10.

+ Participants à l'enquête par département et par tranche d'âge



QUELLES SONT VOS PRÉOCCUPATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LES 10 ANS À VENIR ?

TOP
5

74 % Augmenter le nombre de médecins

Pouvoir être soigné près de chez moi **50 %**

43 % Soutenir les personnes qui s'occupent d'un proche malade ou en situation de handicap

Réduire les délais d'attente chez le médecin **41 %**

32 % Mieux adapter à mon traitement les quantités de médicaments délivrés par la pharmacie

ET AUSSI

- > Mieux repérer et prendre en charge les souffrances psychiques **30 %**
- > Améliorer et faciliter mon parcours de santé entre les professionnels de ville et l'hôpital **30 %**
- > Éduquer les enfants sur leur santé dès le plus jeune âge **29 %**
- > Éviter de faire plusieurs fois les mêmes examens **25 %**
- > Permettre la délégation de certains actes aux professionnels paramédicaux formés en toute confiance et sécurité **24 %**
- > Pouvoir s'entretenir avec un médecin à distance sans me déplacer **18 %**
- > Lutter contre la dépendance aux addictions (tabac, alcool, drogue, écran...) **17 %**
- > Favoriser l'accès aux soins pour les jeunes de 16 à 25 ans **15 %**
- > Être mieux informé des risques liés à l'environnement sur ma santé (pollutions, bruit, changement climatique...) **15 %**
- > Avoir des prescriptions médicales pour l'activité physique **9,3 %**
- > Trouver les informations dont j'ai besoin sur un site internet **6 %**
- > Réduire l'automédication **4 %**

8 385

Répondants dont 1 473 professionnels de santé (17 %)



FACE AUX
ÉVOLUTIONS
À PRÉVOIR,
AFFIRMER
DES VALEURS

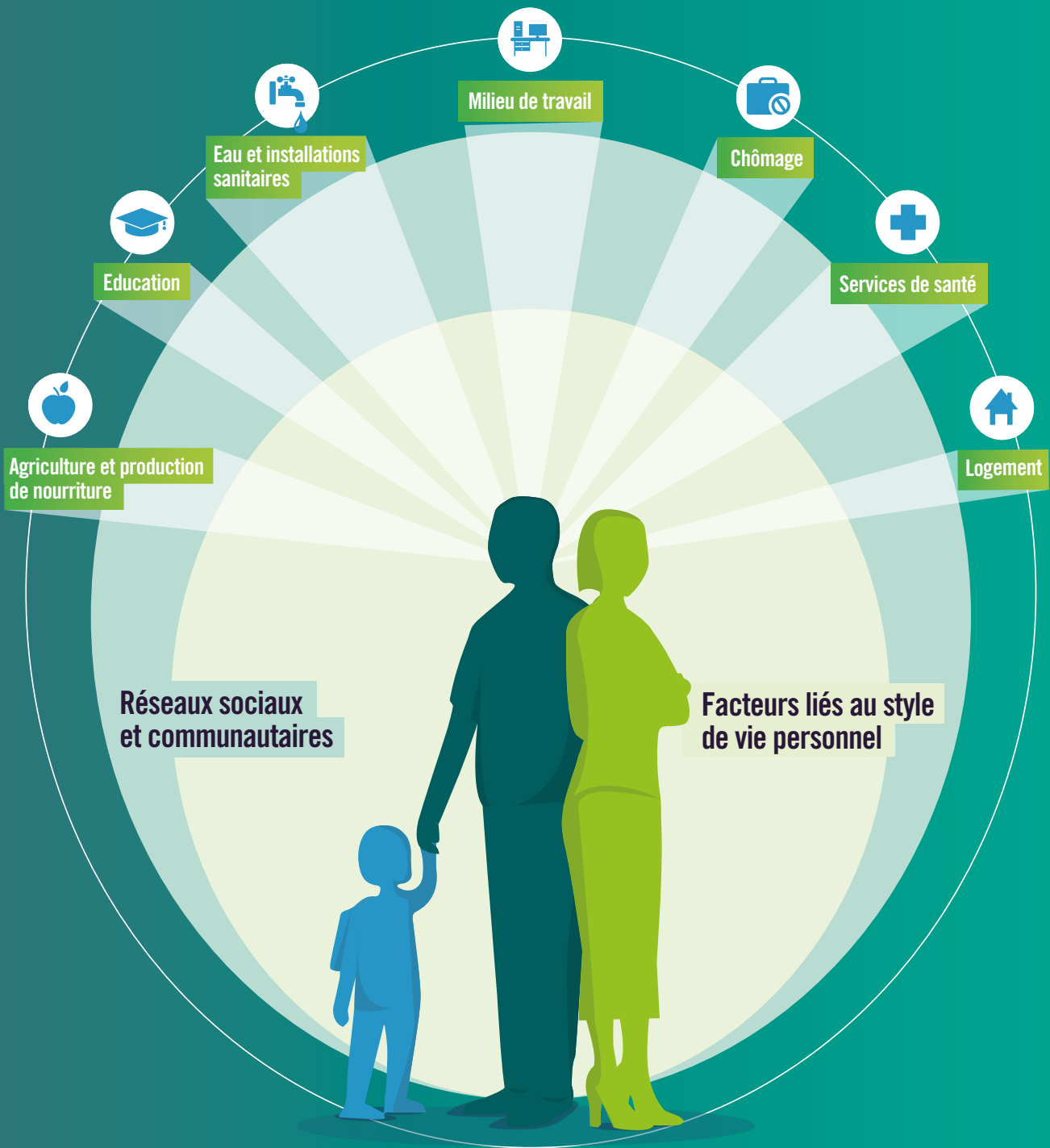
Les 10 prochaines années seront marquées par des mutations majeures et de plus en plus rapides : l'organisation régionale du système de santé devra s'y adapter et faire en sorte que les évolutions à prévoir constituent de véritables opportunités.

Parmi les influences majeures à prévoir :

- › le vieillissement de la population, qui va se poursuivre, et engendrer de nouveaux besoins notamment en termes d'accompagnement à domicile ou en institution,
- › la migration des populations au sein et en dehors du territoire régional, et ses conséquences en termes de localisation de l'offre de santé,
- › la situation économique globale et locale sur les territoires,
- › la progression des maladies chroniques, nécessitant une prévention renforcée et une prise en charge coordonnée,
- › la révolution numérique et technologique, et son impact sur le mode de vie, l'activité professionnelle et les comportements individuels,
- › les données de santé, de plus en plus importantes en volume (big data), et qui constituent une mine d'informations jusqu'à présent sous-exploitée,
- › la généralisation, voire la banalisation de l'analyse de notre patrimoine génétique (séquençage du génome),
- › les interactions entre l'homme et son environnement : impact de l'environnement sur la santé, impact de l'homme sur l'environnement,
- › le citoyen de plus en plus acteur de sa santé : mieux informé, plus impliqué, en interaction avec son environnement et les professionnels de santé.

+ Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales

FACTEURS LIÉS AU SEXE ET À LA CONSTITUTION



**Dans ce contexte, au cours des 10 ans à venir,
la santé connaîtra 4 évolutions majeures (les 4 P) :**
elle renforcera ses dimensions



PRÉDICTIVE

le risque individuel de développer une maladie sera de mieux en mieux connu, évalué, donc pris en compte.



PRÉVENTIVE

chaque individu pourra se voir proposer des mesures correctives avant même l'apparition de la maladie.

4 P



PERSONNALISÉE

les progrès permettront d'adapter le traitement le plus finement possible à la maladie et à l'individu.



PARTICIPATIVE

chaque personne aura la possibilité d'être véritablement acteur de sa santé, avant, pendant et après l'apparition de la maladie.

Face à ces évolutions à prévoir, ce cadre d'orientation stratégique est l'occasion d'affirmer un certain nombre de valeurs, qui devront guider la politique régionale de santé :

- l'équité, notion qui va bien au-delà de celle d'égalité, puisqu'elle vise à prendre en compte la singularité des situations et des personnes, luttant ainsi contre les pertes de chance,
- la bienveillance (entre individus, entre usagers du système de santé et professionnels, et entre professionnels), base de la confiance, nécessaire à l'amélioration du système de santé et à la réduction des risques,
- la confidentialité et le respect des droits individuels, face au « toujours plus » de données à caractère personnel : si l'individu a « le droit de savoir », il a également le droit de « ne pas savoir » (par exemple le risque de survenue d'une maladie) ou de ne pas voir sa vie exposée sur la place publique,
- la responsabilité individuelle et collective, gage de solidarité, et préalable à la transformation (en réponse aux besoins) et à l'efficacité du système de santé (la bonne stratégie de santé au juste coût).

UNE APPROCHE GLOBALE DE NOTRE SANTÉ



UNE APPROCHE GLOBALE

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

La Stratégie nationale de santé rappelle la définition des déterminants de santé qui sont les facteurs qui interagissent et influent sur l'état de santé d'une personne, tout au long de la vie. Les travaux de Dahlgren et Whitehead ont permis d'identifier :

- des facteurs personnels : prédispositions génétiques et biologiques, expériences de la petite enfance, habitudes de vie, aptitudes des personnes, ressources physiques, psychologiques, sociales,
- des facteurs environnementaux : facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychologiques et esthétiques de notre environnement : qualité de l'air, eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail,
- des facteurs sociaux : niveau d'éducation, insertion sociale, milieu culturel, accès aux services, réseau de soutien social,
- des facteurs économiques : niveau de revenus, statut, emploi,
- des facteurs liés aux services de santé : accès aux soins, qualité, sécurité des soins, accès aux progrès techniques, accessibilité, qualité et continuité des services de santé et des services sociaux, continuum d'actions pour promouvoir, prévenir, guérir et soutenir.

Les études successives font évoluer la répartition en pourcentage de l'intervention des différents déterminants dans l'état de santé, mais il est admis que l'environnement social et économique est largement prédominant, voire aujourd'hui que le principal facteur pourrait être celui de la cohésion sociale.

La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2008 précise que les déterminants sociaux de la santé sont aujourd'hui façonnés par un ensemble de forces plus vastes, désignées dans la littérature comme « les causes des causes » ; ou les déterminants sociaux des inégalités de santé que sont l'économie et les politiques sociales et les politiques publiques.

UNE APPROCHE GLOBALE

LES INÉGALITÉS SOCIALES, TERRITORIALES ET ENVIRONNEMENTALES DE SANTÉ

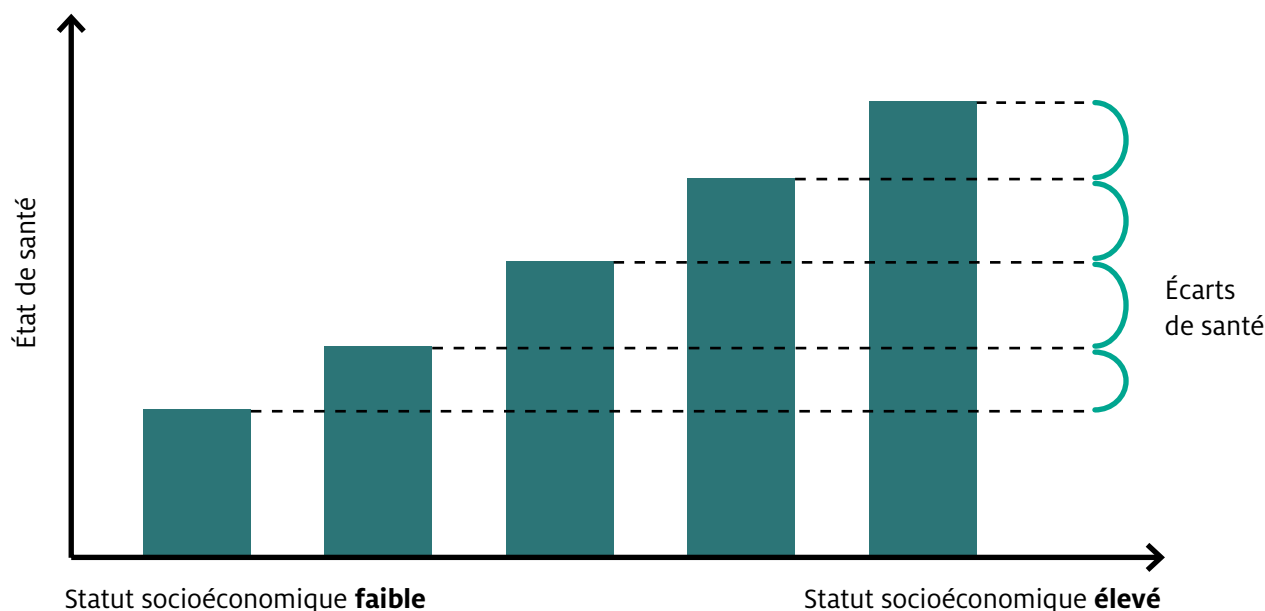
Si en France, les indicateurs, tel que l'espérance de vie, attestent d'une amélioration de l'état de santé depuis les années 1970, l'écart important se maintient entre les catégories socioprofessionnelles : sur la période 2009-2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et de 3,2 ans pour les femmes, en légère augmentation depuis la période 2000-2008. [L'état de santé de la population en France Rapport DRESS 2017].

Il est également démontré aujourd'hui que les inégalités prennent la forme d'un gradient social de santé, reflétant la hiérarchie sociale [HCSP, 2009]. Les conditions socioéconomiques conditionnent l'état de santé. C'est le concept de gradient social. La fréquence des problèmes de santé augmente régulièrement, des catégories sociales les plus favorisées aux catégories sociales les plus défavorisées. À chaque position sociale correspond un niveau de ressources (matérielles et psychosociales) et une exposition à un certain nombre de facteurs de risque. C'est la combinaison entre les ressources et les risques qui vont produire les différences sociales de santé [Moleux 2011]).

Les inégalités de santé sont donc des différences d'états de santé systématiques non liées au hasard entre groupes sociaux. Elles s'installent dès l'enfance, ce qui explique en partie leur reproductibilité d'une génération à l'autre. Systématiques et socialement construites, ces inégalités de santé sont donc injustes et potentiellement modifiables par déconstruction. La Stratégie nationale de santé rappelle que l'OMS a montré que les inégalités sociales de santé sont le produit des inégalités cumulées tout au long de la vie en fonction des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Elles dépendent également de leur niveau de littératie¹ en santé, ainsi que de leur accès aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

¹ Littératie : la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie.

+ Représentation théorique des écarts de santé



Christine FERRON - 17 mars 2015

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en.* Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

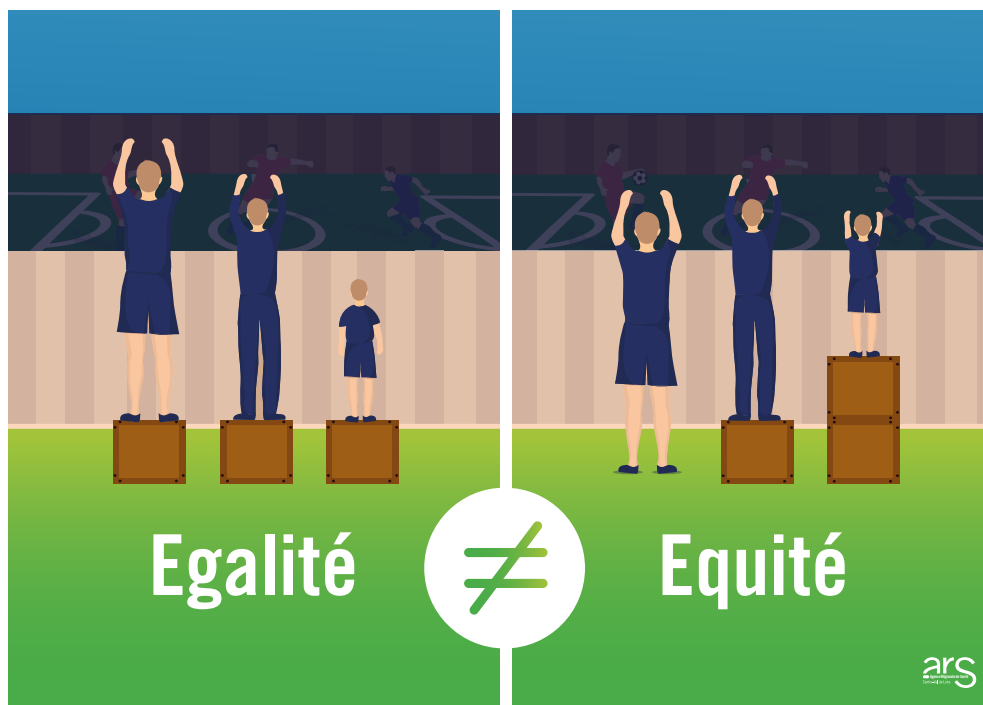
La période de la petite enfance constitue une priorité pour la réduction des inégalités sociales de santé : les enfants dont les premières années de vie (incluant la période foetale) les exposent à différentes carences (tant sur le plan affectif que matériel) et expositions nocives, sont davantage susceptibles de souffrir de problèmes de santé et de handicap dans leur vie adulte, de ne pas obtenir un diplôme, de dépendre des soutiens de l'État, de subir précarité et conditions d'emploi difficiles, etc. Ainsi les enfants défavorisés par leurs conditions durant la petite enfance sont davantage susceptibles de voir leurs propres enfants subir ces mêmes carences et expositions défavorables². Prioriser les actions améliorant les conditions de vie des enfants pourrait avoir des effets à moyen et long termes sur ces inégalités et fédérer autour d'un même projet collectif les différents acteurs. Ainsi la Stratégie nationale

de santé comporte un volet qui précise sept priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.

Enfin, l'action sur le gradient social n'est pas une action visant exclusivement les populations les plus défavorisées : cela suppose de combiner une action sur l'ensemble de la population (approche universelle) et une action différenciée selon les publics (approche ciblée). Un concept défini par Sir Michael Marmot³ est celui d'universalisme proportionné : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est l'universalisme proportionné ».

² WHO Regional Office for Europe @ UCL Institute of Health Equity, 2013.

³ "Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010".



Source : Christine FERRON et Marion PROCHERIE – 17 mars 2015

La Stratégie nationale de santé pose des principes d'actions, dont la coordination des politiques publiques. Celle-ci peut, à l'échelle locale des territoires, répondre aux enjeux d'accès aux soins, aux services, au développement de programmes

d'éducation à la santé et de prévention et aux enjeux d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux. Ces contextes déterminent en effet, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au sein du territoire.

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Sur la base des caractéristiques et des attentes de la population régionale, en prenant en compte les grandes évolutions qui vont influencer sur le système de santé dans les 10 ans à venir, les 3 orientations stratégiques du projet régional de santé 2018 – 2027 sont les suivantes :

ORIENTATION

1

Préserver et améliorer l'état de santé de la population.

ORIENTATION

2

Favoriser la qualité de vie, l'autonomie et l'inclusion des personnes malades et en situation de handicap.

ORIENTATION

3

Réduire les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Accompagnées de résultats attendus à 10 ans, ces grandes orientations tracent le chemin à parcourir en fixant le cap de l'ensemble des objectifs opérationnels qui seront définis, par période de 5 ans, dans le cadre du Schéma régional de santé (SRS). Co-construites avec l'ensemble des partenaires de l'ARS, ces orientations sont le reflet d'une vision partagée, intersectorielle et intégrée de la santé : elles nécessitent une coordination renforcée des politiques publiques, au service du citoyen, usager du système de santé.

Afin d'atteindre ces objectifs de long terme, la mobilisation des ressources sur les territoires nécessite une transformation organisationnelle et structurelle du système de santé autour des principes d'actions suivants :

➤ privilégier la promotion de la santé, l'action sur les déterminants de l'état de santé de la population et intervenir le plus précocement possible,

➤ optimiser la continuité des parcours de santé (intégrant la prévention, le soin et l'accompagnement), sans rupture, en fédérant tous les acteurs,

➤ encourager l'évolution des pratiques professionnelles en favorisant l'exercice en groupe, les nouvelles technologies et l'évolution des métiers, dans le partage et le respect des compétences de chacun,

➤ conforter et renforcer la responsabilisation de tous les acteurs, dans un esprit de solidarité, en favorisant le juste recours au système de santé et l'implication de chaque individu pour vivre au mieux sa maladie, son handicap, sa perte d'autonomie, selon ses souhaits et autant que possible dans son milieu de vie,

➤ détecter, faire émerger et accompagner l'innovation en santé.

ORIENTATION ①

PRÉSERVER ET AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

OBJECTIF GÉNÉRAL

Agir sur les facteurs favorisant la vie en bonne santé pour améliorer l'espérance de vie

GRANDS LEVIERS POUR ATTEINDRE CET OBJECTIF

Faire collectivement le choix de la prévention : « la prévention est l'affaire de tous »

- Agir le plus tôt possible, dès le plus jeune âge, pour être plus efficace sur le long terme et lutter contre le caractère persistant et reproductible des inégalités de santé.
- Faire en sorte que l'ensemble de la population accède à la prévention, tout en accordant une attention particulière aux personnes les plus fragiles (universalisme proportionné).
- Pour ce faire, promouvoir le parcours éducatif en santé et renforcer la capacité de chaque personne à répondre de manière adaptée aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, tout en maintenant un état de bien-être mental (compétences psychosociales).
- Mieux connaître les conséquences des politiques publiques sur l'état de santé de la population (évaluation d'impact sur la santé), pour mieux intégrer la santé dans toutes les politiques.

- Mieux évaluer l'impact des actions de prévention – promotion de la santé.

Améliorer la qualité de l'offre de santé et d'accompagnement

- Promouvoir une démarche globale d'amélioration de la qualité du système de santé (prévention, soins, accompagnement).
- Instaurer une culture collective de déclaration, d'analyse et de recherche de solutions aux difficultés rencontrées (événements indésirables, dysfonctionnements, ruptures dans les parcours de santé).
- Installer un climat de confiance entre les usagers et les différents professionnels, quel que soit leur lieu et leur mode d'exercice.

Le citoyen acteur de sa santé

- Disposer d'une information fiable et lisible sur le système de santé et les ressources existantes.
- Être ainsi en capacité de faire des choix en toute connaissance.

RÉSULTATS ATTENDUS À 10 ANS

Les évolutions contribuant à l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé par le biais seront suivies au travers de :

- 1/ la limitation des comportements défavorables à la santé et l'augmentation de ceux qui y sont favorables,
- 2/ la morbidité hospitalière liée aux cancers,
- 3/ la diminution de la morbidité hospitalière pour les maladies liées à l'alcool et au tabac,
- 4/ la diminution de la mortalité prématurée liée à l'alcool et au tabac⁴,
- 5/ la diminution du pourcentage d'enfants en surpoids et obésité.

⁴ La part des décès prématurés liés à l'alcool (11 % en 2014) et au tabac (18 % en 2013) constituent les deux principaux facteurs qui expliquent le niveau de l'espérance de vie en région Centre-Val de Loire. (Source : Score Santé)

ORIENTATION ①

FAVORISER LA QUALITÉ DE VIE, L'AUTONOMIE ET L'INCLUSION POUR LES PERSONNES MALADES, EN SITUATION DE HANDICAP OU DE PERTE D'AUTONOMIE

OBJECTIF GÉNÉRAL

Dans le respect des choix éclairés de l'individu :

- › répondre aux besoins de la personne, dans le cadre de son projet de vie, en privilégiant autant que cela est possible le maintien dans le lieu de vie,
- › préserver l'autonomie,
- › répondre aux situations les plus complexes.

GRANDS LEVIERS POUR ATTEINDRE CET OBJECTIF

Favoriser l'intégration des individus, notamment en cas de handicap, dans le milieu « ordinaire », aussi bien à l'école qu'au travail (inclusion sociale et professionnelle).

Soutenir les personnes qui s'occupent d'un proche touché par la maladie chronique, le handicap, la perte d'autonomie... (aide aux aidants).

Dépister et prendre en charge précocement la souffrance psychique des citoyens usagers du système de santé, des aidants et des professionnels. Restructurer l'offre en santé pour s'adapter aux améliorations de plus en plus rapides des pratiques professionnelles, en favorisant les prises en charge dans le lieu de vie et le juste recours aux établissements de santé et médico-sociaux

(virage ambulatoire) dont les hospitalisations à domicile (HAD).

Mettre en place dans chaque département une organisation permettant d'aider les professionnels confrontés à des situations complexes ; dans ce cadre, promouvoir l'élaboration d'un plan personnalisé de santé unique et partagé entre les intervenants, et promouvoir une offre d'accompagnement diversifiée et adaptée aux besoins. Faire émerger des organisations et technologies innovantes favorisant notamment l'autonomie de la personne dans son lieu de vie.

Mieux identifier les problématiques rencontrées grâce aux données de santé.

RÉSULTATS ATTENDUS À 10 ANS

Les évolutions attendues seront suivies au travers :

- 1/ des résultats de l'ambition « zéro sans solution » et de l'adaptation de la réponse aux situations des personnes :
 - taux d'adéquation des réponses apportées proche de 100 %,
 - augmentation significative de la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire,
 - disparition totale ou quasi-totale d'adultes maintenus dans les établissements et services médico-sociaux pour enfant au titre de l'amendement Creton.
- 2/ des résultats de l'organisation coordonnée des parcours de santé, notamment au travers des hospitalisations évitables et des passages non pertinents aux urgences
- 3/ de la mesure de la satisfaction des usagers et des patients

ORIENTATION ③

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES, TERRITORIALES ET ENVIRONNEMENTALES DE SANTÉ

OBJECTIF GÉNÉRAL

Améliorer l'équité par des actions renforcées sur des territoires pré-identifiés, dans le cadre d'une responsabilité sociétale partagée pour :

- › réduire l'impact sur la santé des inégalités sociales,
- › réduire les inégalités environnementales de santé,
- › réduire les inégalités territoriales en matière d'accès au système de santé.

GRANDS LEVIERS POUR ATTEINDRE CET OBJECTIF

Mieux coordonner les politiques publiques influant sur la santé

- › Renforcer la coordination des politiques publiques, dans un cadre intersectoriel, aussi bien au niveau régional (Commissions de coordination des politiques publiques (CCPP)) que territorial (Conseils territoriaux de santé (CTS), Contrats locaux de santé (CLS)).
- › Poursuivre la politique régionale de déploiement des contrats locaux de santé.
- › Mener une expérimentation sur les leviers, les modalités et l'évaluation de l'intégration des politiques publiques sur un territoire identifié présentant un cumul de désavantages et étendre les bénéfices de cette approche sur d'autres territoires.

Agir sur les principaux risques environnementaux

- › Mobiliser l'ensemble des partenaires et agir sur la qualité de l'air intérieur, extérieur et la qualité de l'eau.
- › Favoriser la prise en compte de la santé dans les projets d'urbanisme.
- › Renforcer les actions de formation et de sensibilisation à la santé environnementale auprès du grand public afin qu'il puisse faire des choix éclairés en faveur de sa propre santé et de son environnement, plus particulièrement auprès de la femme enceinte et du jeune enfant.

Promouvoir une logique territoriale d'organisation de l'offre en santé

- › Mettre en œuvre une transformation de l'offre, facile d'accès, graduée et lisible, adaptée aux besoins de la population et aux possibilités offertes par l'évolution de la technologie (exemple de la télémédecine) et les nouvelles pratiques professionnelles.
- › Assurer un maillage du territoire, prenant en compte les spécificités des zones urbaines et rurales, pour assurer la prévention, les soins courants, la prise en charge spécialisée et/ou technique des maladies graves, des maladies chroniques et l'accompagnement des situations de handicap et de fin de vie.
- › Pour ce faire, s'appuyer sur les projets des acteurs (notamment : acteurs de la prévention, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, Groupements hospitaliers de territoires (GHT), projets locaux de santé mentale...).
- › Introduire un nouvel acteur de santé publique : le service de santé des armées (SSA). Une coopération nouvelle permettra de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et de prendre en compte les besoins de défense. Toutes les composantes du SSA présentes en

région Centre-Val de Loire (le 17^e centre médical des armées et les établissements de production pharmaceutique et de ravitaillement sanitaire des forces armées) seront engagées dans cette coopération nouvelle. Elle inclura l'offre de soins, l'enseignement, la recherche, l'innovation et le ravitaillement sanitaire grâce à des partenariats synergiques participant aux résiliences santé et défense de la Nation.

Faire face au défi de la démographie des professionnels de santé

- › Renforcer l'attractivité des territoires, en agissant aussi bien sur les modalités d'exercice (regroupement de professionnels, diversité des modes de rémunération...) que sur les conditions de vie : travail et activités pour l'entourage, transport, haut débit (déterminants sociaux de l'installation)...
- › Promouvoir les nouveaux modes de coopérations entre professionnels (partage de missions et de la charge de travail) et les nouveaux métiers comme les infirmières cliniciennes des pays anglo-saxons (pratique avancée).

RÉSULTATS ATTENDUS À 10 ANS

La réduction des inégalités implique des actions coordonnées sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux et d'accès aux soins de santé. Elle doit permettre de réduire les inégalités en termes de morbidité et de mortalité générale et prématurée par cancer entre les territoires. Les marqueurs de ces inégalités reconnus scientifiquement que sont l'alcool et le tabac et les cancers permettent d'en suivre l'évolution :

- › la réduction des écarts de taux de morbidité entre les départements pour les maladies liées à l'alcool et au tabac (écart inférieur à 10 points),
- › une réduction des écarts de taux de mortalité prématurée par cancer entre les départements (écart inférieur à 10 points),
- › une réduction des écarts de taux de mortalité entre les départements pour les maladies liées à la consommation d'alcool et de tabac^[1] (écart inférieur à 10 points).

Par ailleurs un suivi de l'évolution d'un nombre de personnes sans médecin traitant, dont celles en situation de fragilité, sera réalisé de concert avec l'Assurance maladie.

[1] Le tabagisme constitue l'un des marqueurs majeurs des inégalités sociales et de santé. Il est directement responsable d'une partie importante de la différence d'espérance de vie selon les catégories sociales.



**Agence régionale de santé
Centre-Val de Loire**

Cité administrative Coligny
131 rue du Faubourg Bannier - BP 74409
45044 Orléans Cedex 1

02 38 77 32 32

ars-centre-contact@ars.sante.fr

www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr