

Synthèse PRS

EN RÉGION CENTRE

*projet régional
de santé*

2012-2016





La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a rénové en profondeur notre système de santé, notamment en ce qui concerne son organisation territoriale.

Elle a ainsi créé l'Agence régionale de santé qui dispose désormais d'un nombre important de leviers pour développer **une approche globale de la santé et encourager le découplage des parcours et des prises en charge**. Cette nouvelle organisation intégrée doit permettre d'assurer sur les territoires une plus grande cohérence et une plus grande qualité des réponses en direction des usagers du système de santé.

Les ARS ont pour mission de déterminer et mettre en œuvre la politique régionale de santé par la définition du **Projet régional de santé (PRS)**, valable pour cinq ans.

Dans le respect des obligations nationales, le PRS poursuit **trois défis** :

- **améliorer l'espérance de vie en bonne santé,**
- **promouvoir l'égalité devant la santé,**
- **développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.**

En région Centre, la construction du PRS a débuté dès la création de l'ARS, en avril 2010. Dans ce contexte de réorganisation, il était en effet indispensable que l'Agence dispose rapidement d'une feuille de route partagée.

Sa construction a représenté **plus de 18 mois de travail** pendant lesquels les services de l'ARS ont accordé une importance toute particulière à la concertation et au dialogue avec, d'une part, les instances de démocratie sanitaire prévues par la Loi (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, Conférences de territoires), mais aussi d'autre part avec les partenaires institutionnels, experts et usagers du système de santé.

Le PRS ainsi défini a pour ambition de répondre aux **grands enjeux** qui concernent d'ores et déjà notre région en matière de santé, parmi lesquels on compte :

- les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé,
- la situation de la démographie des professionnels de santé,
- le vieillissement de la population,
- l'augmentation des maladies chroniques,
- la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Quel que soit le champ d'action, les objectifs définis par le PRS partagent trois exigences : **l'accessibilité, la qualité et la recherche d'efficience** dans la construction des réponses à apporter aux citoyens. Ces trois aspects sont indissociables du droit des usagers, mais également de la nécessaire maîtrise des finances publiques consacrées à la santé qui représentent plus de six milliards d'euros dans la région.

Le PRS constitue désormais la feuille de route des services de l'ARS pour les cinq années à venir.

Ce document de synthèse répond à la volonté de l'ARS de rendre lisibles et accessibles les orientations du PRS dans le souci d'une appropriation partagée des enjeux de la santé en région, et de l'association du plus grand nombre d'acteurs et de partenaires à l'atteinte des objectifs fixés au bénéfice des habitants de la région Centre.

Jacques Laisné,
Directeur général de l'ARS du Centre





LE PRS : UN NOUVEL OUTIL AU SERVICE D'UNE VISION GLOBALE DE LA SANTÉ	6
---	----------

UNE DÉMARCHE DE CONSTRUCTION CONCERTÉE À PARTIR D'UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ

La définition de six territoires de santé	9
L'expression de la démocratie sanitaire	9
Les faits marquants du diagnostic partagé	10

LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

Les trois axes structurants de la politique de l'ARS	13
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé	13
- Faire face au défi de la démographie des professions de santé	13
- Développer la performance du système de santé	14
Les seize priorités régionales par domaines thématiques	15

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Le volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires	19
Le volet prévention et promotion de la santé	21

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

Le volet hospitalier	25
Le volet ambulatoire	31
La biologie médicale	34

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE

Le volet enfants, adolescents et adultes handicapés	35
Le volet personnes âgées	37
Le volet personnes en difficulté spécifique	39
Les objectifs transversaux du SROMS	40

LES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie	41
Le Programme régional de télémédecine	42
Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis	43

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE

Le nécessaire partenariat et la coordination des politiques publiques	45
Le suivi et l'évaluation	46
Les leviers de la mise en œuvre	47

GLOSSAIRE	48
------------------	-----------

Le PRS : un nouvel outil au service d'une vision globale de la santé

En application de la Loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) du 21 juillet 2009, le PRS est désormais l'outil de conduite unifié de la politique de l'ARS pour cinq ans.

Le PRS 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.
- Le PRS intègre l'ensemble des dimensions du système de santé, jusqu'ici trop souvent juxtaposées, et développe une approche transversale dans une logique de complémentarité des parcours de prise en charge.

LE PRS EST COMPOSÉ DE PLUSIEURS ÉLÉMENTS :

• un plan stratégique régional de santé :

qui définit les grandes orientations et les priorités de l'ARS sur l'ensemble de son champ de compétence.

• trois schémas d'application du plan stratégique :

- **le schéma régional de prévention** : qui couvre le secteur de la veille et de la sécurité sanitaires, ainsi que celui la promotion et de la prévention de la santé,
- **le schéma régional de l'organisation des soins** : qui comprend le secteur de l'offre de soins en établissements de santé et le secteur de l'offre des professionnels libéraux,
- **le schéma régional de l'organisation médico-sociale** : qui couvre le secteur des accompagnements et des prises en charge médico-sociales.

• des programmes spécifiques et obligatoires :

- le programme régional de télémédecine,
- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis,
- le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

Schéma régional de prévention

Schéma régional de l'organisation des soins

Schéma régional de l'organisation médico-sociale

Des programmes d'application (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, télémédecine, accès à la prévention et aux soins des plus démunis)

TROIS AMBITIONS POUR LA SANTÉ DES HABITANTS DE LA RÉGION

Améliorer l'espérance de vie en bonne santé

Si l'espérance de vie augmente favorablement sur l'ensemble du territoire national, 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 :

- dans le domaine de la prévention primaire afin d'éviter l'apparition des maladies ou des altérations de santé,
- dans le champ de la prévention secondaire, afin de repérer précocement les altérations, notamment au travers des actions de dépistage,
- 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.

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 réalité.

Les écarts d'espérance de vie entre catégories socio-professionnelles en sont un des reflets : en France, un cadre vit dix ans de plus qu'un ouvrier sans limitation fonctionnelle, et sept ans de plus sans dépendance. 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 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 le PRS. Sa mise en œuvre devra tenir compte de cette contrainte en recherchant la meilleure efficacité des différentes composantes du système de santé.



Une démarche de construction concertée à partir d'un diagnostic partagé

LES GRANDES ÉTAPES DE LA CONSTRUCTION DU PRS

- ▶ **JUIN/JUILLET 2010** : consultation sur la définition des territoires de santé,
- ▶ **JUILLET/DÉCEMBRE 2010** : élaboration et concertation sur le diagnostic régional de santé,
- ▶ **JANVIER/AVRIL 2011** : concertation sur les priorités proposées et consultation sur le plan stratégique régional de santé – recueil des avis favorables de la CRSA et du Conseil de surveillance de l'ARS,
- ▶ **JANVIER/JUIN 2011** : animation d'une trentaine de groupes de travail pour la construction des schémas,
- ▶ **OCTOBRE/NOVEMBRE 2011** : présentation d'une première version des schémas et élaboration des programmes,
- ▶ **12 DÉCEMBRE 2011** : lancement de la consultation officielle sur l'ensemble du PRS pour une période de deux mois.





LA DÉFINITION DE SIX 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”*.

En préalable aux travaux du PRS, 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.

L’EXPRESSION DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

La démocratie sanitaire est un principe fondamental de la loi HPST. Composante essentielle du droit des usagers, la démocratie sanitaire doit permettre aux acteurs et aux 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 ainsi 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.

Tout au long de l’élaboration du PRS, l’ARS du Centre a organisé une large concertation avec les instances de démocratie sanitaire prévues par la Loi :

- **LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L’AUTONOMIE** : elle est composée d’une centaine de membres issus des différents secteurs de la santé, représentants d’usagers, des élus, des organismes de protection sociale et des représentants des salariés et employeurs,

- **LES SIX CONFÉRENCES DE TERRITOIRE** : chaque conférence regroupe une cinquantaine de membres représentant l’expression de la communauté des acteurs de santé de proximité,

- **LES DEUX COMMISSIONS DE COORDINATION** des politiques publiques : elles rassemblent les partenaires institutionnels avec lesquels l’ARS doit se coordonner pour organiser de façon cohérente et complémentaire ses actions (services de l’État, Conseil régional, Conseils généraux, représentants de communes, régimes d’Assurance Maladie).

La concertation a également été organisée avec d’autres instances ou organisations telles que le Conseil économique, social et environnemental régional (CESER), le Collectif inter associatif sur la santé (CISS), et de nombreux experts et acteurs associés aux groupes de travail thématiques animés par les services de l’ARS.

Cette importante concertation, menée sur plus de 18 mois, a permis d’enrichir le débat et les travaux préparatoires au Projet régional de santé afin que ses priorités et ses objectifs soient compris et partagés par la majorité des partenaires et des acteurs.

LES FAITS MARQUANTS DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ

La construction du PRS a supposé une démarche méthodologique précise. La première étape a consisté à réaliser un **diagnostic partagé** portant sur **l'état de santé de la population et l'offre de santé en région**.

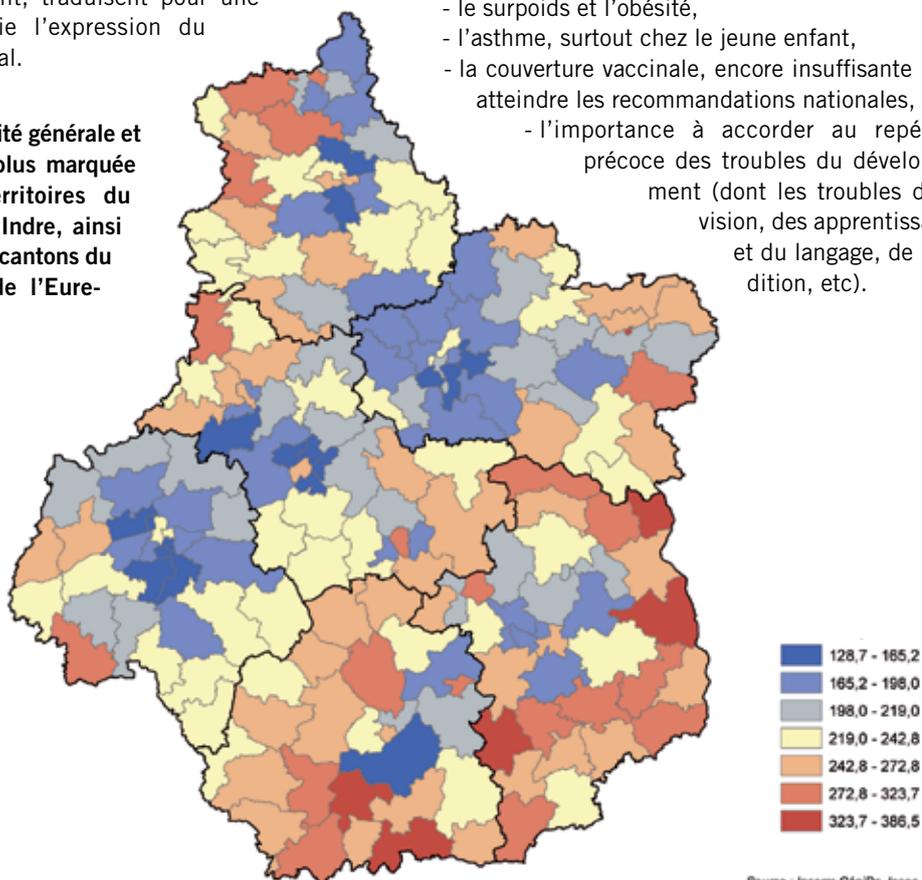
De façon générale, les travaux du diagnostic ont mis en évidence **la forte hétérogénéité du territoire régional**, traduisant des réalités sociales et démographiques différentes.

Concernant l'état de santé des habitants de la région

- **Des inégalités sociales et territoriales de santé :** les travaux de l'Observatoire régional de la santé ont mis en évidence un axe ligérien concentrant des valeurs plus favorables de l'état de santé alors que le sud et le nord-ouest de la région regroupent des indicateurs plus inquiétants.

Ces constats d'écart de l'état de santé entre les territoires, et donc entre les populations qui les composent, traduisent pour une grande partie l'expression du gradient social.

- **Une mortalité générale et prématurée plus marquée dans les territoires du Cher et de l'Indre, ainsi que dans les cantons du nord-ouest de l'Eure-et-Loir :**



Source : Inseem CapiDc, Insee Exploitation ORS Centre

Taux comparatif de mortalité prématurée pour 100 000 habitants de moins de 65 ans (2000-2007)

- **Quatre causes principales de surmortalité prématurée** (sur la période 2000-2007), c'est-à-dire intervenant avant 65 ans :

- les **cancers**,
- les **maladies de l'appareil circulatoire**,
- les **suicides**,
- les **accidents de la route**.

- **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 (ALD).

- **Un grand nombre de déficiences** pouvant générer des incapacités ou des handicaps, et appelant autant de solutions de compensation et d'accompagnement adaptées. Les problématiques du dépistage et de l'accompagnement précoce, mais également celle du vieillissement des personnes handicapées sont prégnantes dans ce domaine.

- **La nécessité d'affiner et de faire évoluer la mesure du besoin des personnes en situation de handicap.**

- **Plusieurs vigilances à maintenir sur la santé des enfants :**

- le surpoids et l'obésité,
- l'asthme, surtout chez le jeune enfant,
- la couverture vaccinale, encore insuffisante pour atteindre les recommandations nationales,
- l'importance à accorder au repérage précoce des troubles du développement (dont les troubles de la vision, des apprentissages et du langage, de l'audition, etc).

- **L'importance de tenir compte d'un ensemble de facteurs ou déterminants, dont ceux liés à l'environnement** : en région Centre, notons plus particulièrement la problématique de l'eau destinée à la consommation humaine. La région reste en effet concernée par les pollutions diffuses liées à la pression de l'agriculture intensive : nitrates et pesticides. La qualité de l'eau de consommation y est parmi la plus dégradée en France, particulièrement en Beauce.

- **Le tabac et l'alcool** sont respectivement responsables de 3 450 et 960 décès annuels en moyenne sur la période 2000-2007.

- **6 500 Interruptions volontaires de grossesses (IVG)** pratiquées en 2007, dont près de 8 % concernent les populations mineures.

- **Des perspectives démographiques annonçant un vieillissement de la population 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.

Répartition de la population des départements par tranches d'âge en 2007 et en 2040.

	EFFECTIF TOTAL		MOINS DE 20 ANS (%)		20 À 29 ANS (%)		30 À 59 ANS (%)		60 À 79 ANS (%)		80 ANS OU PLUS (%)	
	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040
Cher	314 600	314 610	22,5	20,6	10,0	9,4	41,2	32,7	20,2	25,1	6,1	12,3
Eure-et-Loir	422 410	471 754	25,9	23,5	11,3	10,0	41,7	35,2	16,1	21,4	5,0	9,9
Indre	232 791	237 923	21,2	19,3	9,4	8,8	40,5	32,2	21,8	26,6	7,2	13,1
Indre-et-Loire	583 084	687 614	24,4	22,4	12,6	12,0	40,4	33,6	17,2	21,2	5,4	10,8
Loir-et-Cher	326 290	366 444	23,4	21,4	9,7	9,0	40,8	32,7	19,6	24,5	6,5	12,4
Loiret	647 727	728 238	25,5	23,4	12,4	11,4	40,9	34,3	16,2	21,0	4,9	9,9
Centre	2 526 902	2 806 583	24,3	22,3	11,3	10,6	40,9	33,7	17,9	22,5	5,6	11,0
Métropole	61 795 007	70 734 136	24,8	22,4	12,6	11,5	41,2	35,1	16,6	21,3	4,9	9,7

(Source : INSEE, modèle Omphale 2010, scénario central)



Concernant l'offre de santé

- **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 ; cette carence retentit sur l'ensemble de la filière de santé.

PROFESSIONS	RÉGION CENTRE	MÉTROPOLE
Médecins généralistes libéraux		
Évolution 2002/2010	-1.20 %	0.80 %
Densité pour 100 000 hab.*	92	110
Médecins spécialistes libéraux		
Evolution 2002/2010	1.90 %	6 %
Densité pour 100 000 hab.*	66	88
Infirmiers libéraux		
Évolution 2000/2010	20.90 %	31 %
Densité pour 100 000 hab.*	68	109
Masseurs kinésithérapeutes libéraux		
Évolution 2000/2010	11.20 %	31.50 %
Densité pour 100 000 hab.*	58	88

(*Source : ADELI au 01/01/2010)

- **Des perspectives offertes par le développement de nouveaux systèmes d'information en santé** (télémédecine, télésurveillance, Dossier médical personnel [DMP], etc) pour construire des réponses ou des alternatives innovantes.

- **Une offre de soins hospitalière largement 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. Cela se traduit par une répartition géographique des structures assez harmonieuse, une gradation des plateaux techniques, un développement des alternatives à l'hospitalisation, et le développement de coopérations entre établissements.

- **Une offre de prévention et de promotion de la santé multiple mais confrontée à une nécessité de réorganisation et de coordination** : les acteurs et les promoteurs en région Centre ne sont pas toujours répartis de manière uniforme sur l'ensemble des territoires. À 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 en faveur des personnes âgées et handicapées à aborder dans une dimension de proximité et de complémentarité entre tous les acteurs d'une même filière** : on note ici également des disparités importantes entre les différents départements, mais aussi en fonction des types de populations et de handicaps rencontrés. L'appréciation de l'offre dans les territoires doit être modulée au-delà du seul critère du taux d'équipement, en prenant notamment en compte l'offre ambulatoire disponible. S'agissant plus particulièrement de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, l'accessibilité financière est également déterminante au regard du reste à charge constaté.

- **Des enjeux de développement en termes de qualité, d'accessibilité et d'efficience** qui se posent à tous les acteurs de la santé, dans un contexte économique contraint.

Le Plan stratégique régional de santé (PSRS)

Première composante du PSRS, 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. En ce sens, il s'agit de la partie la plus stable du PRS.

LES TROIS AXES STRUCTURANTS DE LA POLITIQUE DE L'ARS

L'atteinte des objectifs fixés par l'ensemble des composantes du PRS repose sur trois axes d'intervention qui guideront l'action de l'ARS dans le champ de la planification et de la structuration de l'offre. Ils constituent aussi des axes de développement et des facteurs de réussite sous-tendant l'ensemble du Projet régional de santé.

Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

La santé est un droit fondamental, inscrit dans la Constitution française. Pourtant, de fortes inégalités demeurent en la matière. Ces inégalités sont de deux ordres : sociales et territoriales.

Les inégalités sociales de santé représentent des écarts d'état de santé entre groupes sociaux. Les travaux d'observation et de recherche ont démontré que ces écarts sont étroitement corrélés à la position sociale des individus : plus le statut social est élevé, plus les indicateurs de l'état de santé sont favorables.

Les inégalités territoriales renforcent souvent les inégalités sociales du fait d'une exposition variable aux déterminants naturels ou du fait d'un développement inégal d'infrastructures.

La réduction des inégalités d'accès à la santé passera par :

- le développement d'une approche intersectorielle, c'est-à-dire la mobilisation d'un nombre important de partenaires, aux côtés de l'ARS,

- un ciblage des territoires et des populations prioritaires,
- le développement de la prévention et de la promotion de santé, permettant à chaque individu d'être acteur de sa propre santé,
- une optimisation du maillage territorial d'une offre de santé de qualité.

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. Elle se retrouve donc naturellement au cœur des réflexions du PRS.

Les actions menées par l'ARS pour relever ce défi de la démographie des professionnels de santé sont les suivantes :

- **MIEUX OBSERVER POUR ANTICIPER** : les études et les travaux de prospective doivent permettre de suivre les métiers sensibles et en tension. L'ARS veillera à partager ces travaux avec les autres décideurs concernés et les acteurs impliqués. En outre, les démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences mises en place par les établissements et services de santé et médico-sociaux seront encouragées.

- **FÉDÉRER TOUS LES PARTENAIRES CONCERNÉS AUTOUR D'OBJECTIFS COMMUNS** :

L'ARS souhaite renforcer ses relations avec les acteurs régionaux et territoriaux afin que les mesures mises en œuvre soient décidées en concertation, et que les efforts des uns et des autres se conjuguent utilement pour atteindre l'objectif d'amélioration de la situation.

- **AGIR SUR LA FORMATION** : s'agissant de la formation médicale, l'ARS continuera notamment à porter une grande attention à la répartition des postes d'internes, à l'évolution du nombre de maîtres de stage, à soutenir le post'internat et à sensibiliser les étudiants à la médecine générale. S'agissant des professions non médicales, l'ARS souhaite poursuivre le partenariat engagé avec le Conseil régional, responsable du schéma des formations sanitaires et sociales.

- **AGIR SUR L'ATTRACTIVITÉ DE NOS TERRITOIRES** : la modernisation des plateaux techniques, l'utilisation de nouvelles technologies, l'accompagnement des professionnels lors de leur installation sont autant de mesures incitatives qui gagneront à être complétées par les initiatives des partenaires de l'ARS, notamment celles relevant des collectivités territoriales.

- **MISER SUR L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS** : la coopération entre professionnels fait partie des axes d'amélioration possibles, permettant de repenser l'organisation des activités et les modes d'intervention.

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.”*

À 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.

LES SEIZE PRIORITÉS RÉGIONALES PAR DOMAINES THÉMATIQUES

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 les professionnels du secteur et les représentants des usagers.

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.

CES PRIORITÉS SE VEULENT DONC LE REFLET DES PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ EN RÉGION CENTRE QUI DOIVENT RASSEMBLER LE MAXIMUM D'ACTEURS ET GUIDER L'ACTION COLLECTIVE SUR LES CINQ ANS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ.

Ces domaines sont parcourus par un même socle d'exigences relatif au développement d'un système de santé **accessible, de qualité et efficient.**

4 PRIORITÉS 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 destinés 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.

AMÉLIORER LES RÉPONSES AUX BESOINS ET AUX SOUHAITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : il s'agira de mieux connaître et faire connaître les besoins des personnes en situation de handicap, de dépister et d'accompagner précocement pour mettre en place des solutions d'accompagnement et de compensation dans des délais satisfaisants, et de contribuer à la fluidité du parcours de vie.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES (À DOMICILE OU EN INSTITUTION) : derrière cette priorité, s'inscrivent la prévention de la perte d'autonomie (chutes et dénutrition), l'amélioration du dépistage des troubles cognitifs et l'accompagnement des prises en charges spécifiques.

PROMOUVOIR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ ET SÉCURISÉE : il s'agira ici d'améliorer la coordination des nombreux acteurs contribuant à l'accompagnement, promouvoir les bonnes pratiques professionnelles et organiser l'accès et la continuité des soins en direction du public en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

FAVORISER LE CHOIX DE VIE À DOMICILE : il conviendra de renforcer les dispositifs de soutien aux aidants naturels mais aussi de développer les dispositifs d'accompagnement médico-sociaux permettant le choix d'une vie à domicile.



2 PRIORITÉS DANS LE DOMAINE DE LA VEILLE ET LA 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 d'actions destinés à surveiller, voire à 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, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires).

GARANTIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ : les facteurs environnementaux font partie des principaux déterminants ayant un impact sur l'état de santé des populations. L'ARS du Centre s'associe aux orientations inscrites au sein :

- du Plan régional santé environnement 2 qui prévoit de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, et de réduire les inégalités environnementales,
- du Plan régional santé au travail qui prévoit d'améliorer les conditions de travail, de prévenir les accidents et maladies professionnels et de développer la santé et le bien-être au travail.

ACCROITRE LE NIVEAU DE SÉCURITÉ SANITAIRE EN RÉGION CENTRE : il conviendra d'optimiser l'organisation de la veille et de la gestion des urgences sanitaires au moyen de la plateforme régionale d'alerte installée depuis le 1^{er} juillet 2010. Il s'agira aussi de prévenir la survenue de maladies transmissibles et infectieuses : la tuberculose, les hépatites, le VIH/SIDA et les Chlamydiae.

3 PRIORITÉS DANS LE DOMAINE DE LA PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Le périmètre de ce domaine correspond à l'ensemble des programmes et des 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.

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE : l'atteinte de cet objectif passe par l'augmentation des comportements favorables (diminution des conduites à risques, augmentation de l'allaitement maternel, etc) et l'amélioration du repérage et du suivi des facteurs de risque.

AMÉLIORER LA SANTÉ DE L'ENFANT : l'attention portée à la santé de l'enfant est déterminante pour lutter contre les inégalités sociales car celles-ci se construisent et se reproduisent dès l'enfance. Trois objectifs de santé sont ici pointés : la diminution du surpoids et de l'obésité, la réduction de l'incidence et de la prévalence de l'asthme et enfin l'amélioration de la couverture vaccinale.

MIEUX PRÉVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES : l'objectif est ici de voir diminuer le nombre de grossesses non désirées, avec une attention à porter sur la population mineure. Il s'agira aussi d'améliorer la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, conformément à la Loi.



3 PRIORITÉS 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.”

DIMINUER LA MORTALITÉ PAR SUICIDE : demeurant une cause de surmortalité en région, la question du suicide reste une forte préoccupation traduisant une souffrance psychique. Les publics concernés sont principalement les jeunes (15-45 ans) mais aussi les personnes âgées (+75ans).

AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX SITUATIONS DE CRISE : recouvrant des manifestations cliniques diverses, les situations de crise peuvent engendrer des perturbations importantes dans l'environnement du sujet et dans son entourage. Cette réalité impose d'organiser le circuit de prise en charge de façon pertinente et de préparer les sorties d'hospitalisation dans des conditions satisfaisantes et sécurisantes.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE : cette priorité renvoie à la nécessité de renforcer la connaissance en santé mentale pour mieux cerner les besoins de la population. C'est aussi reconnaître la place de l'entourage et assurer la continuité et le suivi des prises en charges. Enfin, l'offre en santé mentale doit pouvoir prendre en compte des spécificités inhérentes à certains publics : les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les détenus ou encore les personnes en situation de précarité.

2 PRIORITÉS 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.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES CHRONIQUES : il conviendra de développer des actions destinées à soutenir la personne dans son projet de vie, social ou professionnel, et de limiter les complications potentielles notamment par le développement de l'éducation thérapeutique. Enfin, les actions de prévention sur des déterminants de santé et les stratégies de dépistage doivent permettre également d'atteindre l'objectif.

RENFORCER LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES AYANT LE PLUS FORT IMPACT EN TERMES DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ : les cancers, les maladies cardiovasculaires, et le diabète sont ici concernés en priorité compte tenu du poids que ces maladies représentent en termes de mortalité (notamment prématurée) et de morbidité.



2 PRIORITÉS DANS LE DOMAINE DES CONDUITES À RISQUES

Ce domaine intègre les conduites à risques liées aux conduites addictives, avec ou sans substance, les accidents de la route et les accidents de la vie courante.

PRÉVENIR LES CONDUITES À RISQUES : il s'agira d'intervenir majoritairement en prévention pour éviter ou retarder l'apparition des premières conduites addictives, et contribuer à la diminution de la mortalité par accidents de la route dont on sait qu'une part non négligeable est encore liée à la conduite sous l'influence de substances psychoactives.

RÉDUIRE LES CONSÉQUENCES DES CONDUITES À RISQUES : il s'agira de dépister au plus tôt les conduites addictives afin d'en réduire les conséquences sanitaires et sociales. En outre, l'organisation et la coordination des acteurs de la filière de prise en charge dédiée à ces situations spécifiques constituent également un objectif à part entière.



Le Schéma régional de prévention (SRP)

Au sein du PRS, le schéma de prévention organise les réponses de l'ARS dans les domaines de la veille et de la sécurité sanitaires, ainsi que dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

LE VOLET VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES (VAGUSAN)

La **veille sanitaire** vise à détecter précocement la survenue d'un événement ou un phénomène inhabituel ou anormal pouvant représenter un risque pour la santé humaine afin de prendre des mesures de protection de la population. Cette mission est partagée entre l'ARS et l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS), qui apporte son expertise indépendante.

Le champ de cette veille comprend entre autres :

- les maladies transmissibles, notamment celles relevant du dispositif de déclaration obligatoire ou de signalement à l'autorité sanitaire, et toute situation ayant un impact sur la santé des populations,
- le domaine de la santé environnementale, qui recouvre la surveillance des milieux de vie : eaux et aliments, espaces clos (habitats, établissements recevant du public, transports) et environnement extérieur (air, pollutions atmosphériques, activités industrielles, urbanisme...).

L'**alerte** sanitaire résulte de l'évaluation et des investigations conduites dans le cadre du système de veille décrit ci-dessus, qui font apparaître une menace pour la santé publique.

Le rôle de l'ARS

Dans le cadre de ses attributions et de ses compétences, l'ARS doit assurer une veille permanente permettant de détecter toute menace pour la santé publique.

En effet, conformément aux dispositions prévues dans le Code de la santé publique et reprises dans les protocoles organisant les modalités de coopération entre chaque Préfet de département et le DGARS, celui-ci doit informer le Préfet sans délai de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé des populations. L'ARS doit également informer de toute alerte ou événement significatif le ministère de la santé par l'intermédiaire du Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORUSS) ainsi que l'ARS de zone dont le siège est situé à Rennes.

Les six objectifs de l'ARS

Les objectifs de l'ARS dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires portent principalement sur l'optimisation du fonctionnement de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires :

1) OPTIMISER LES MODALITÉS DE RÉCEPTION ET DE TRAITEMENT DES SIGNAUX ET DE GESTION DES ALERTES : il est nécessaire de poursuivre le travail déjà entrepris en termes d'harmonisation des procédures et des outils. Dans ce cadre, le travail de coopération avec les partenaires institutionnels de l'ARS sera renforcé (retours d'expérience, journées d'échanges, mise en commun de procédures).

2) GARANTIR LA CONTINUITÉ DE LA VEILLE ET DE LA SÉCURITÉ SANITAIRES À L'ÉCHELLE RÉGIONALE : la plateforme de veille régionale fonctionne 24 heures sur 24 tout au long de l'année. En dehors des heures ouvrables de l'ARS, un dispositif d'astreinte a été mis en place pour en garantir la continuité. Dans ce cadre, il sera nécessaire de poursuivre la régionalisation des systèmes de surveillance et d'améliorer le partage de l'information entre les acteurs concernés (points hebdomadaires de la situation sanitaire, développement d'outils permettant d'évaluer l'activité de veille réalisée dans la région).

3) RENFORCER LA SURVEILLANCE ET LE SIGNALLEMENT DES ÉVÈNEMENTS SANITAIRES :

des progrès doivent être réalisés pour améliorer le taux de signalement en région. Pour ce faire, il s'agira de développer la culture du signalement par l'animation de réseaux de professionnels, de décloisonner le fonctionnement entre institutions, mais aussi de sécuriser les systèmes d'information. Le développement de systèmes de surveillance sanitaire spécifiques et syndromiques s'avèrera également nécessaire, notamment pour la tuberculose, les intoxications au monoxyde de carbone, les événements sanitaires tels que les épidémies en EHPAD, etc.

4) RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS ET LES BACTÉRIES MULTI RÉSISTANTES (BMR), ET FAVORISER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES :

il convient d'étendre au secteur médico-social et ambulatoire la politique de prévention, de lutte et de gestion des Infections associées aux soins (IAS) mise en place dans les établissements de santé mais également de favoriser le bon usage des antibiotiques. Cela nécessite, notamment, de mettre en place des systèmes de surveillance et de signalement de ces événements, en développant les approches de prévention et en évaluant les actions conduites dans ce domaine, des dispositifs de suivi de l'évolution des résistances bactériennes, ainsi que des formations/informations sur le bon usage et le mésusage des antibiotiques.

5) AMÉLIORER LE DISPOSITIF ORGANISATIONNEL ET LES PLANS DE PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES À FORT IMPACT SANITAIRE :

la prise en charge des situations exceptionnelles implique l'élaboration de plans par rapport aux risques considérés comme importants, plans dont l'élaboration et la mise en œuvre relèvent de la responsabilité des Préfets de département. Dans ce cadre, il conviendra notamment de poursuivre la révision des volets sanitaires des plans et des procédures. Ce travail de révision qui vient d'être effectué sur les volets sanitaires des Plans "canicule" va porter plus spécifiquement sur ceux des Plans pandémie grippale, iode, Nucléaire-radiologique-bactériologique-chimique (NRBC), en fonction des orientations émanant du ministère chargé de la santé, des Préfets de zone et de département.

L'ARS s'attachera également à renforcer la préparation des établissements de santé à faire face à des situations de catastrophes dans le cadre de démarches d'inspection et de contrôle spécifiques et d'un suivi de l'élaboration des plans blancs d'établissement ainsi que des exercices destinés à les tester.

6) DÉVELOPPER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION SUR LA VEILLE ET LA SÉCURITÉ SANITAIRES :

la communication et l'information occupent une place primordiale dans la préparation et la gestion de crise. Des efforts doivent être entrepris pour développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires, la communication avec les partenaires externes et le grand public.



LE VOLET PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ (PPS)

La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

La prévention comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à réduire les conséquences.

Le volet "prévention et promotion de la santé" du schéma régional de prévention définit les priorités d'actions pour l'ARS du Centre au regard des faits marquants de l'état de santé mis en évidence par le diagnostic régional.

Les objectifs et les actions prévus par ce volet participent activement à la réduction des inégalités sociales et territoriales, et répondent également à l'important défi qui est celui de l'augmentation des maladies chroniques.

Les six objectifs de l'ARS

1) RENFORCER LES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE

Le dépistage permet, grâce à un diagnostic précoce, d'avoir accès à un traitement au premier stade des maladies et d'avoir ainsi de plus grandes chances de guérison, ou de bénéficier de solutions de compensation adaptées permettant de limiter les conséquences ou les complications associées.

En matière de dépistage, l'objectif de l'ARS est d'augmenter le nombre de dépistages :

- du cancer du sein et du cancer colorectal dans le cadre du dépistage organisé,
- de la tuberculose,
- des infections sexuellement transmissibles,
- des troubles du développement de l'enfant,
- des maladies chroniques.

ZOOM SUR :

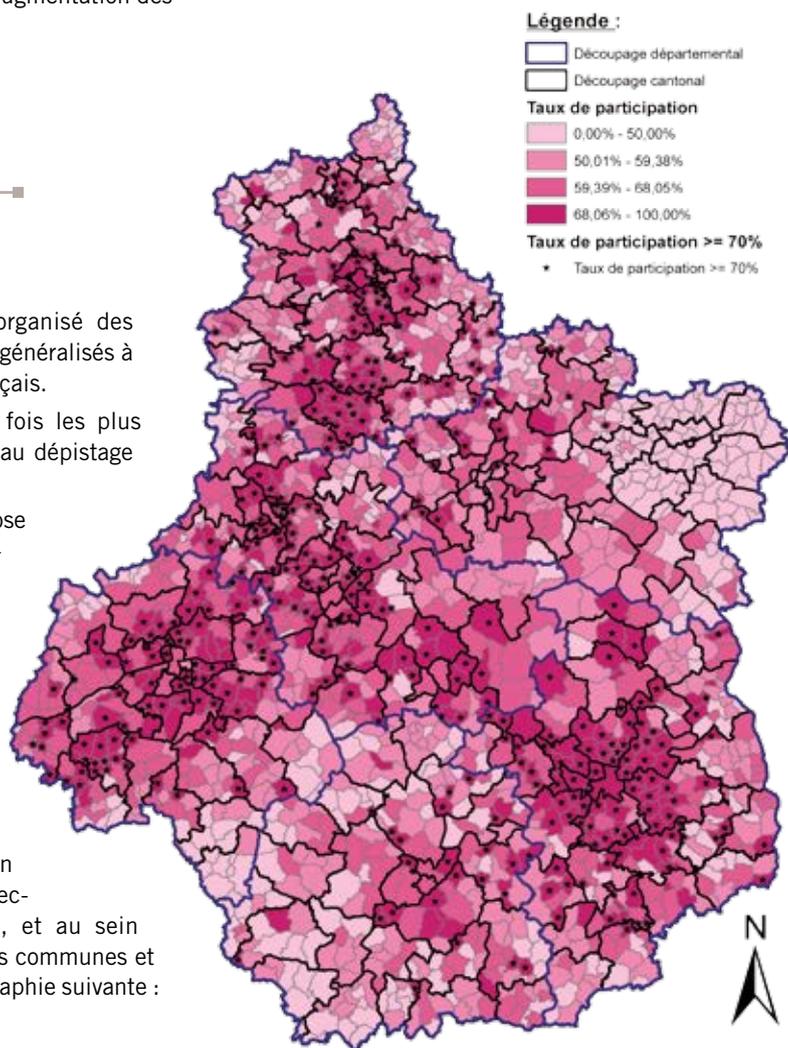
Le dépistage organisé du cancer du sein

Les programmes de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal sont généralisés à l'ensemble des départements français.

En effet, ces cancers sont à la fois les plus fréquents et les plus accessibles au dépistage en 2011.

L'efficacité de ces dépistages repose notamment sur un taux de participation le plus élevé possible. À l'issue de la campagne 2009/2010 de dépistage organisé du cancer du sein, le taux régional était de 59,5 % (contre 52,1 % France entière).

La situation de cet indicateur demeure différente selon les départements, notamment en raison de leur date d'entrée effective dans le dépistage organisé, et au sein même d'un département, selon les communes et cantons comme l'illustre la cartographie suivante :



Taux de participation communal au dépistage organisé du cancer du sein (2009-2010)

2) PROMOUVOIR LES VACCINATIONS

Le progrès de la vaccination et des traitements antibiotiques et antiviraux ont permis de faire reculer la mortalité et la morbidité des maladies infectieuses. Sur la période 2003-2007, les maladies infectieuses ont tué par an près de 10 000 personnes en France entière et environ 400 personnes en région Centre.

Elles constituent encore une importante cause de morbidité avec notamment des problématiques nouvelles et préoccupantes : l'émergence de nouvelles infections, les risques de pandémie, le risque de bioterrorisme, la résurgence d'infections connues, la résistance de certaines bactéries aux antibiotiques, les infections nosocomiales, etc.

L'objectif est donc d'améliorer la couverture vaccinale des populations, notamment en restaurant la confiance de la population envers la vaccination. Celle des enfants contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) sera particulièrement suivie.

3) AGIR SUR LES COMPORTEMENTS

En matière de prévention et de promotion de la santé, l'action sur les comportements est essentielle car ils constituent un des déterminants majeurs de l'état de santé des individus.

L'ARS du Centre souhaite mettre l'accent sur les comportements suivants :

- **Les addictions** : elles sont caractérisées par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement qui vise à procurer du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, en dépit de la connaissance des conséquences négatives dues à ce comportement. S'agissant des actions à conduire en prévention et en promotion de la santé dans le champ des addictions, l'ARS accordera une priorité à celles visant les déterminants tabac et alcool, considérant leur poids en termes d'impact sur les données de mortalité et de morbidité.
- **La promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique et sportive** : une alimentation inadéquate couplée à une insuffisance d'activité physique est un déterminant majeur des principales maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et l'obésité. Par ailleurs, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque reconnus de plusieurs cancers et sont également des facteurs de risque de survenue d'une récurrence ou d'un second cancer. L'action de l'ARS s'inscrira ici en cohérence avec les objectifs des Plans nationaux nutrition santé et obésité.
- **La santé sexuelle et reproductive** : sont traitées dans ce cadre l'ensemble des questions relatives à la planification familiale. Cette dernière recouvre l'ensemble des mesures de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des Interruptions volontaires de grossesse (IVG), en favorisant notamment l'accès à l'information et à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à la contraception d'urgence et à l'IVG.

Les actions conduites sur ces trois déterminants seront plus particulièrement dirigées vers les enfants et les jeunes, les personnes en situation de précarité, les femmes enceintes ou en âge de procréer.



4) AGIR SUR LES RISQUES SANITAIRES ENVIRONNEMENTAUX ET PROFESSIONNELS

Les effets de l'environnement sur la santé humaine sont nombreux. Les caractéristiques de l'environnement influent sur les comportements et les perceptions, ainsi que sur les niveaux d'exposition aux substances et aux situations dommageables pour la santé.

L'action de l'ARS du Centre s'inscrit principalement dans le cadre des objectifs définis par le **Plan régional santé environnement 2**, signé en décembre 2010. Au sein de ce plan, l'ARS s'investira tout particulièrement sur les six thèmes suivants :

- la réduction de l'exposition des enfants et des femmes enceintes ou en âge de procréer aux substances les plus dangereuses,
- l'habitat et l'air intérieur avec la protection de la santé et de l'environnement des enfants et des personnes vulnérables, la connaissance et l'amélioration de la qualité de l'air intérieur, la lutte contre l'habitat indigne, et la limitation de l'impact du bruit dans les bâtiments,
- le transport et les particules avec la réduction des émissions de particules du secteur domestique, et l'amélioration de la santé et du confort des usagers et des travailleurs du transport,
- l'eau et les légionelles avec l'amélioration de la qualité de l'eau potable, la protection de manière efficace de la ressource aux échelles des périmètres de protection et des aires d'alimentation de captage, et l'amélioration de la prévention de la survenue des cas de légionellose,
- la réduction des expositions environnementales,
- la formation et l'information en santé environnementale et sa promotion auprès des collectivités et du grand public, mais aussi la formation continue en santé environnement travail des professionnels de santé.

Dans un souci de cohérence des initiatives et de respect du champ de compétence des autres autorités, l'ARS s'associera également en tant que de besoin à la mise en œuvre du **Plan régional santé au travail 2010-2014** et du **Plan écofito** relevant de la responsabilité et de l'animation des services de l'Etat.

En complément, trois autres thèmes ont été choisis par l'ARS :

- les risques liés aux UV naturels ou artificiels qui sont à l'origine de cancers de la peau,
- l'exposition aux radiations ionisantes liée à l'utilisation médicale de ces radiations à visée

diagnostique et thérapeutique, mal documentée en particulier chez les enfants,

- les accidents de la vie courante qui sont particulièrement importants chez les enfants de 0 à 4 ans et chez les personnes de plus de 65 ans.



5) PROMOUVOIR LES ACTIONS DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE

Dans le domaine de la santé mentale, un focus particulier est fait en région Centre sur le développement de la prévention du risque suicidaire. Le plan d'action de l'ARS repose sur la nécessité d'agir le plus en amont possible de l'acte suicidaire au travers des actions suivantes :

- construire une étude régionale en santé mentale afin de mieux connaître les besoins de la population en la matière,
- développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge en renforçant les connaissances théoriques et pratiques des professionnels de l'éducation, de la petite enfance et du secteur médico-social,
- renforcer la prévention du risque suicidaire en poursuivant les formations des personnes ressources sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire,
- généraliser le repérage des troubles précoces de la relation mère-enfant,
- conforter les activités de repérage des jeunes en difficulté.

Le contenu des actions est susceptible d'évoluer sur la durée du PRS afin de prendre en compte les orientations et les objectifs du futur Plan national "Psychiatrie et santé mentale".

6) SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Son objectif est de rendre le malade chronique plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être conformes à un cahier des charges national et sont soumis à l'autorisation de l'ARS. Au 1^{er} septembre 2011, 107 programmes d'éducation thérapeutique du patient ont été autorisés en région Centre. Leur répartition, tant quantitative que qualitative (pathologie concernée) est hétérogène d'un territoire de santé à l'autre.

Ces programmes, principalement développés par des équipes hospitalières (78 % des programmes sont portés par des établissements de santé publics ou privés) restent centrés sur les grandes agglomérations et portent prioritairement sur :

- le diabète (35 % des programmes),
- les maladies cardio-neuro-vasculaires (18 %),
- les maladies respiratoires chroniques (16 %).

L'objectif de l'ARS est donc de développer une offre plus équitable, mieux répartie sur le plan des populations couvertes (géographiquement et socialement) et des pathologies prises en charge.



Le Schéma régional de l'organisation des soins (SROS)

Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

Il précise, dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé, les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé.

LE VOLET HOSPITALIER

Le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du précédent SROS 3 qui avait déjà engagé un nombre d'important de restructurations sur le territoire régional. La période 2012-2016 verra s'achever la réalisation des restructurations programmées antérieurement, les dernières d'entre elles étant le regroupement des cliniques sur le nord d'Orléans et le regroupement des activités du CHRO sur un seul site au sud d'Orléans.

Le volet hospitalier détermine la répartition et le dimensionnement de l'offre de soins, destinée à répondre aux besoins de santé de la population pour les cinq années à venir ; ces objectifs sont estimés au travers d'objectifs quantifiés en nombre d'implantations.

Les objectifs fixés par l'ARS tiennent compte des exigences de qualité et de sécurité des soins, ainsi que d'accessibilité. En certains endroits du territoire régional, la faible densité des professionnels de santé nécessite parfois de repenser les organisations territoriales pour consolider et maintenir une offre de soins de qualité et sécurisée. Dans ce contexte, la coopération inter établissements présente une dimension primordiale que l'ARS souhaite encourager notamment au travers des communautés hospitalières de territoire.

Ce schéma comporte deux volets :

- un volet hospitalier :

opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et aux services qui sollicitent de telles autorisations,

- un volet ambulatoire :

relatif à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Le volet hospitalier traite des matières suivantes :

LES ACTIVITÉS DE SOINS ET LES PLATEAUX TECHNIQUES SOUMIS À AUTORISATION, LABELISATION OU RECONNAISSANCE : médecine, chirurgie, périnatalité, médecine d'urgence, hospitalisation à domicile, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée, traitement du cancer, examen des caractéristiques génétiques, cardiologie interventionnelle, réanimation/soins intensifs/surveillance continue enfant et adulte, insuffisance rénale chronique, imagerie.

LES FILIÈRES DE SOINS À ORGANISER ET RENDRE LISIBLES POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT, EN ARTICULATION AVEC LES AUTRES SCHÉMAS DU PRS : prise en charge des personnes âgées et filière Alzheimer, traumatismes crânio-cérébraux, addictologie, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, accidents vasculaires cérébraux, soins aux détenus, prise en charge de l'obésité, prise en charge des maladies chroniques.

LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC : la recherche, le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale et le développement professionnel continu des sages femmes et du personnel paramédical, les actions d'éducation et de prévention pour la santé, les actions de santé publique,

les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté, l'aide médicale urgente, l'enseignement universitaire et postuniversitaire, la permanence des soins en établissements de santé, les soins palliatifs, la lutte contre l'exclusion sociale, la prise en charge

des personnes hospitalisées sans leur consentement, les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, et si nécessaire en milieu hospitalier, les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres de rétention administrative.

FOCUS SUR :

L'IMAGERIE

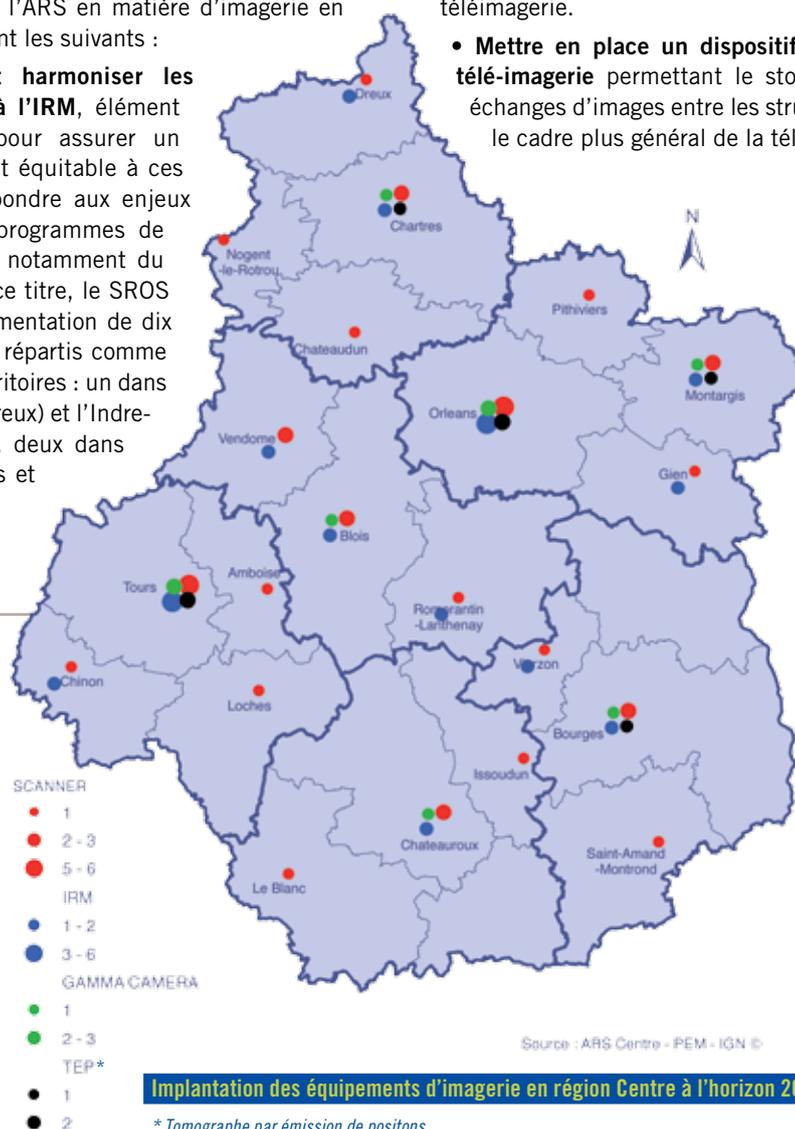
L'imagerie médicale, activité transversale, concerne l'ensemble des disciplines médicales ou chirurgicales et fait partie de la plupart des stratégies diagnostiques ou de suivi des états pathologiques. Elle s'inscrit particulièrement dans les priorités régionales relatives aux pathologies chroniques et notamment du cancer.

Les objectifs de l'ARS en matière d'imagerie en région Centre sont les suivants :

- **Diminuer et harmoniser les délais d'accès à l'IRM**, élément indispensable pour assurer un accès efficace et équitable à ces appareils et répondre aux enjeux nationaux des programmes de santé publique, notamment du Plan Cancer. À ce titre, le SROS prévoit une augmentation de dix appareils d'IRM répartis comme suit entre les territoires : un dans l'Eure-et-Loir (Dreux) et l'Indre-et-Loire (Tours), deux dans le Cher (Bourges et

Vierzon) et le Loir-et-Cher (Blois et Romorantin), quatre dans le Loiret (deux à Orléans, un à Gien et un à Montargis).

- Promouvoir l'installation d'**IRM plus efficaces** en compléments d'appareils classiques.
- **Mettre en place une permanence des soins en imagerie** en phase avec les besoins des établissements, notamment par le développement de la téléimagerie.
- **Mettre en place un dispositif régional de télé-imagerie** permettant le stockage et les échanges d'images entre les structures, dans le cadre plus général de la télémédecine.



FOCUS SUR : LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire permet d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à regagner son domicile le jour même, des interventions qui, dans le cadre d'une organisation plus classique des soins, auraient nécessité plusieurs jours d'hospitalisation.

L'évolution des techniques anesthésiques permettant une meilleure récupération des patients opérés et l'évolution des techniques chirurgicales moins invasives vont dans le sens d'un développement de la chirurgie ambulatoire.

Elle n'a d'ailleurs plus à convaincre de ses avantages :

- confort et satisfaction du patient (respect des horaires, hospitalisation écourtée),
- qualité et sécurité des soins (moindre exposition aux infections nosocomiales),
- optimisation et efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie,
- image de marque des établissements améliorée,
- satisfaction des personnels (amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie),
- optimisation des coûts.

La région Centre, initialement retardataire par rapport au niveau national, a vu son taux de pratique de la chirurgie ambulatoire fortement progresser et a désormais quasiment rattrapé son retard. Ainsi, entre 2007 et 2009, la région est passée de la 12^e à la 8^e place des régions françaises en termes de taux global de chirurgie ambulatoire (tous gestes chirurgicaux confondus) en atteignant un taux moyen de 35.9 % contre 36.2 % au national.

Malgré ces résultats encourageants, le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire reste encore insuffisant eu égard aux pratiques dans certains pays de l'OCDE. Il existe, en outre, d'importantes disparités intersectorielles (en faveur du privé), interrégionales, entre territoires de santé et entre établissements.

Des disparités persistent également entre les types de prises en charge chirurgicales. Il est donc nécessaire de poursuivre et de renforcer cette dynamique de progression. Il s'agit d'une priorité nationale qu'il convient de décliner au niveau régional.



FOCUS SUR : LA MÉDECINE D'URGENCE

Le recours par la population aux services des urgences des établissements de santé croit régulièrement (636 311 passages en 2010 soit + 7 % par rapport à l'année 2006). L'organisation du dispositif hospitalier doit permettre d'apporter la réponse la plus appropriée dans les meilleurs délais, afin d'optimiser le parcours médical du patient en situation d'urgence.

Les objectifs de l'ARS en la matière pour la période 2012-2016 reposent sur trois axes :

- **Maintenir et conforter la répartition actuelle des services d'accueil des urgences** afin d'assurer l'accès aux soins de la population régionale, pour l'ensemble des besoins de soins non programmés et urgents. Ainsi, l'ensemble des Services d'accueil des urgences (SAU) actuellement autorisés sont confirmés. La coordination entre le secteur ambulatoire, les structures hospitalières et médico-sociales doit être formalisée afin d'optimiser en

amont l'orientation du patient et de réduire ainsi les hospitalisations injustifiées, organiser la sortie du patient et notamment le retour à domicile dans des délais "allégés", et éviter les réhospitalisations.

- **Garantir le rôle des Centres de réception et de régulation des appels (CRRA)** au sein des SAMU (centres 15) comme pivots de la régulation médicale pour assurer la couverture de l'ensemble du territoire.

- **Améliorer la cohérence et l'efficacité des transports sanitaires** : le réseau de transports sanitaires d'urgence par voie terrestre doit être étoffé, en particulier dans l'Indre (création d'une antenne SMUR du SAMU de Châteauroux sur Issoudun), et dans l'Indre-et-Loire (renforcement du SMUR terrestre sur Tours par l'implantation d'un dispositif mobile au nord de la Loire), afin de répondre à l'objectif cible de temps d'une intervention SMUR terrestre primaire limitée à 30 minutes.



DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

En France, les Accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité et l'une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources.

En région Centre, près de 1 600 décès sont observés annuellement pour les maladies neuro-vasculaires et environ 6 200 hospitalisations en court séjour par an sont directement liées à cette pathologie. Le vieillissement de la population laisse augurer un nombre croissant de patients atteints dans les prochaines années.

Les progrès récents en matière de traitement et de maîtrise des facteurs de risque vasculaires des AVC représentent une opportunité majeure pour agir sur l'épidémiologie et sur les répercussions fonctionnelles des accidents cardio-neuro-vasculaires. L'exigence de traitement précoce des AVC passe par une meilleure information des professionnels

santé et du public ainsi que par une optimisation des filières dès l'alerte.

Les objectifs de l'ARS en matière de prise en charge des AVC sont les suivants :

- Améliorer la rapidité de la prise en charge en systématisant le recours au centre 15 dans les meilleurs délais. Les AVC représentent une urgence médicale diagnostique et thérapeutique. De la rapidité de la prise en charge dépendent le pronostic vital et l'importance des séquelles.
- Poursuivre la structuration de la filière de soins en fonction des différentes étapes du parcours du patient.
- Formaliser les coopérations entre les différents acteurs ou services de la prise en charge (urgences, imagerie, unité neuro-vasculaire [UNV], soins de suite et de réadaptation [SSR]).
- Organiser le suivi des patients après l'hospitalisation.



Filières accidents vasculaires cérébraux en région Centre

FOCUS SUR : LE TRAITEMENT DU CANCER

En région Centre, les cancers étaient la 2^e cause de décès après les maladies cardiovasculaires, avec 6 700 décès annuels pour la période 2000-2007, soit 28 % des décès. La majorité de ces décès concernent les hommes (61 %). L'analyse de la mortalité par territoire démontre des disparités importantes avec notamment une concentration de valeurs élevées sur le sud de la région, et plus particulièrement dans le Cher.

Les objectifs de l'ARS du Centre pour améliorer le traitement du cancer sont nombreux. Notons plus particulièrement les suivants :

- **Développer la prévention en établissement de santé** : la prévention doit porter sur les principaux déterminants que sont le tabac, la nutrition et l'obésité, les maladies infectieuses ou encore les maladies professionnelles.

- **Participer aux dépistages organisés et expérimentaux**, dont les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal, les expérimentations du dépistage du col de l'utérus ou des cancers buccaux.

- **Améliorer l'accessibilité de l'offre** : chaque territoire disposera désormais d'au moins un site de cancérologie (chirurgie + radiothérapie + chimiothérapie), sachant que l'Indre et le Cher sont réunis en un seul site du fait de l'absence de radiothérapie dans l'Indre. En outre, le développement de la chimiothérapie à domicile sera également encouragé dans les conditions d'un cahier des charges régional à établir.

- **Valoriser le pôle régional de cancérologie** dont le rôle est de prendre en charge les traitements lourds et complexes ainsi que l'enseignement, la recherche et les traitements innovants.



LE VOLET AMBULATOIRE

Le volet ambulatoire du SROS est une nouveauté importante qui a été introduite par la Loi HPST du 21 juillet 2009.

Non opposable, il a une valeur essentiellement indicative, dans le respect du principe de la liberté d'installation des professionnels de santé.

Il a vocation à mobiliser les professionnels de santé, afin de construire aujourd'hui et demain une organisation de **l'offre de soins de proximité**, reposant sur l'accessibilité, la permanence et la qualité des soins.

Compte tenu de la situation de la démographie des professionnels de santé en région Centre, notamment celle relative aux médecins, les objectifs et les actions de ce volet ambulatoire du SROS sont déterminants dans l'évolution de l'organisation des soins de proximité.

Ainsi, l'ARS du Centre s'est fixé **trois objectifs** pour ce volet ambulatoire :

IDENTIFIER DES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ À CONSOLIDER

La question des territoires de proximité est centrale dans le volet ambulatoire du schéma d'organisation des soins, son enjeu étant l'organisation des soins de premier recours en garantissant l'accessibilité en tout point du territoire de la région Centre. Les territoires de proximité, qui constituent le cadre géographique retenu pour la planification de l'offre de 1^{er} recours, sont les bassins de vie.

Une des mesures prévues pour consolider les territoires de proximité en difficulté d'accès aux soins de proximité est la définition de zones dites "fragiles" : l'article L.1434-7 du Code de la santé publique dispose en effet que le SROS ambulatoire détermine *les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.*

Cette définition conditionne l'attribution des aides financières de l'Assurance Maladie, des collectivités territoriales (article L.1511-8 du Code général des collectivités territoriales et article 151 ter du Code général des impôts) et de l'Etat.

Un arrêté ministériel du 21 décembre 2011 précise que la part de la population de la région Centre vivant en zones fragiles est de 14,2 %. L'ARS organisera la consultation relative à la définition de ces territoires en région Centre en recueillant l'avis du Préfet de région, de la CRSA et de l'ensemble des collectivités territoriales.

MAINTENIR ET ATTIRER DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR UN TERRITOIRE

Rendre attractive notre région pour les professionnels de santé est un des principaux enjeux de ce volet "ambulatoire" du SROS. Cela passera notamment par des actions à développer ou à mettre en place dès la phase de formation initiale des médecins et des autres professions :

- Sensibiliser à l'exercice libéral de la médecine et des autres professions : d'une manière générale, il conviendra de développer en lien avec les organismes de formation et les facultés, la promotion des professions médicales et paramédicales auprès des lycéens au moment des orientations scolaires.

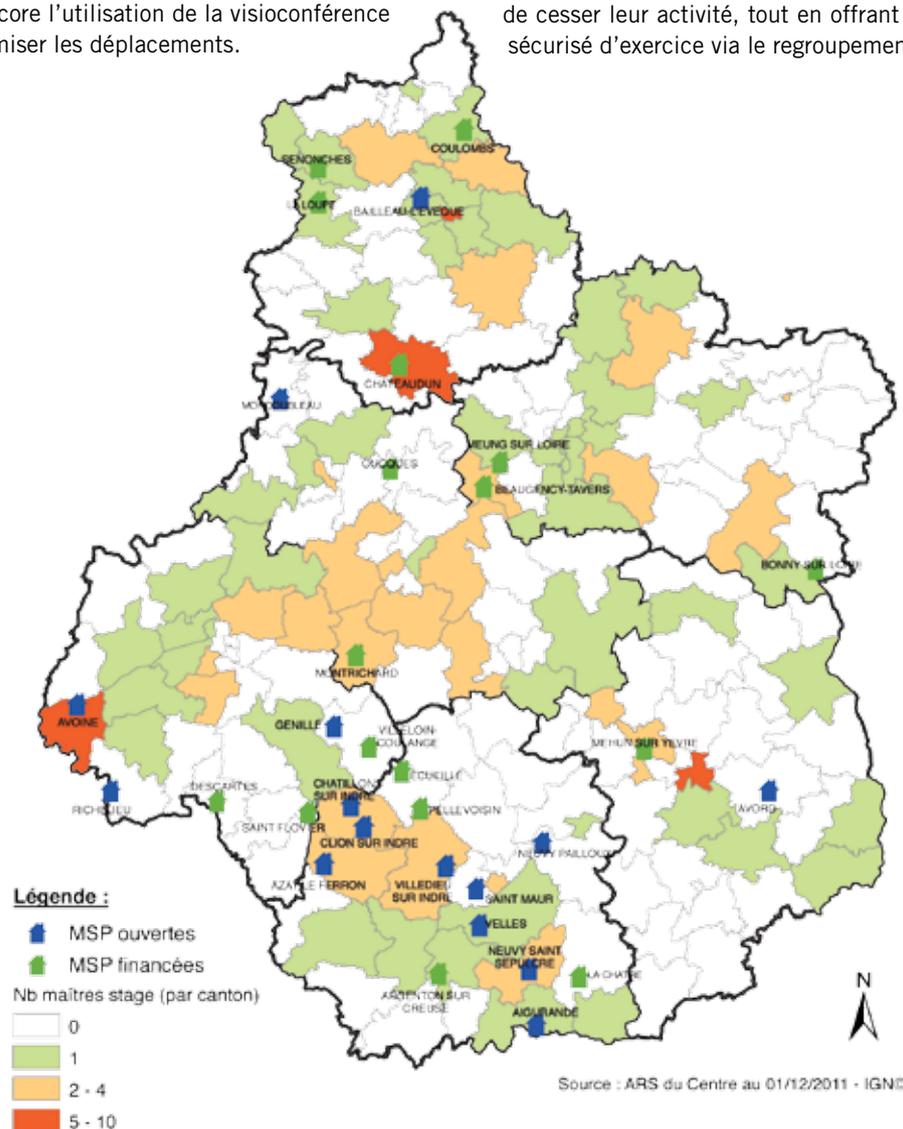
S'agissant de la médecine générale, des actions de sensibilisation des étudiants en médecine durant le deuxième cycle, conduites conjointement avec les représentants des internes de médecine générale, la faculté de médecine et l'URPS des médecins libéraux, doivent être développées pour redonner de l'attractivité à cette forme d'exercice en région Centre.

Il faut noter la volonté de l'ARS de voir augmenter le nombre de signature de **Contrats d'engagement de service public (CESP)**. Ces contrats, au nombre de 16 en 2012, ouvrent droit au versement d'une allocation mensuelle pendant les études de médecine, d'un montant de 1 200 euros brut, versée par le Centre national de gestion (CNG). En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral, salarié ou mixte, dans des zones de leur région identifiées par l'ARS où l'offre médicale est insuffisante.

- **Favoriser les stages en médecine générale et développer le réseau des maîtres de stage** : pour accueillir les stagiaires, la faculté de Tours dispose d'un réseau d'environ 200 maîtres de stages répartis sur le territoire régional. Afin d'éviter la saturation des professionnels et de diversifier l'offre de stage, le réseau des maîtres de stages doit être développé et renforcé. En outre, l'accueil et les déplacements des internes et des étudiants doivent être améliorés par l'intermédiaire d'aides au logement, l'implantation au sein d'exercices regroupés ou encore l'utilisation de la visioconférence pour optimiser les déplacements.

- **Développer les lieux de stage en milieu rural** : si l'accueil en milieu rural des futurs médecins nécessite d'être amélioré, il en est de même pour toutes les professions de santé. Dans ce domaine, un travail partenarial est donc indispensable entre l'ARS, les Conseils départementaux de l'Ordre, les URPS et la Fédération des URPS.

- **Favoriser les exercices regroupés** : ces nouvelles formes d'exercices répondent aux attentes et aux souhaits de nouvelles générations de professionnels qui veulent rompre avec l'isolement. Parmi les différentes formes d'exercice regroupé possibles, l'ARS accordera une importance particulière au développement de **Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)**. Les MSP constituent un cadre facilitateur pour une nouvelle façon d'exercer, fondée sur la pluridisciplinarité, la coordination, l'échange de pratiques, la coopération pour une prise en charge globale de la santé en offrant une articulation entre prévention et soins. Elles permettent de maintenir, voire de développer l'offre de soins, en facilitant la succession des professionnels cessant ou en voie de cesser leur activité, tout en offrant un cadre sécurisé d'exercice via le regroupement.



Implantation des MSP couplée avec les maîtres de stage

- **Développer la fonction d'information et de conseil** : mise en place depuis le 1^{er} juillet 2011, la Plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) représente un outil régional important pour favoriser l'installation et le maintien des professionnels en région Centre (www.centre.paps.sante.fr). Pilotée par l'ARS, la PAPS vise à informer et préparer l'installation des futurs professionnels, aider à leur installation, faire émerger et accompagner les projets d'exercice coordonné et suivre le développement des professionnels et de leurs projets.



MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUTOUR DE PROJETS LOCAUX DE SANTÉ

- **Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels** : les systèmes d'informations de santé et plus particulièrement les systèmes de télémédecine sont un des moyens de répondre à cette préoccupation en permettant le développement des échanges entre professionnels, le développement de nouvelles pratiques de collaboration et en contribuant à rompre leur isolement. En relativisant les distances géographiques, ces technologies permettent de limiter les inégalités territoriales d'accès aux services de santé au bénéfice des patients.



- **Accompagner des actions améliorant la qualité et la sécurité des soins** : dans ce cadre, il conviendra de poursuivre le développement de la coordination Ville/Hôpital au travers des réseaux de santé. La diffusion des bonnes pratiques professionnelles au moyen des "groupes qualité" devra également être encouragée.

- **Favoriser l'émergence de protocoles de coopération permettant le transfert d'activités** : prévue par l'article L4011-1 du Code de la santé publique, la coopération entre professionnels de santé permet à des professionnels de santé, par dérogation aux conditions légales d'exercice, de s'engager à leur initiative dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient.

Exemples de transfert d'activité

En soins primaires, des infirmiers(e)s clinicien(ne)s pourraient participer au sein de cabinets de groupe de médecine générale à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention, du suivi de traitements.

• *En gastro-entérologie : suivi des maladies chroniques (hépatite C, patients cirrhotiques, patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et de l'intestin, des patients atteints de cancers digestifs).*

• *En cardiologie : éducation, dépistage, coordination de réseaux de soins des pathologies cardiovasculaires notamment l'insuffisance cardiaque chronique.*

• *En néphrologie : suivi de paramètres cliniques et biologiques préalablement définis, dans l'insuffisance rénale chronique, éducation, information sur la dialyse, surveillance des paramètres cliniques et biologiques avec alerte aux médecins en cas d'anomalies préétablies.*

• *En cancérologie : surveillance post thérapeutique pour les patients en rémission complète selon un protocole clairement établi par le médecin spécialiste.*

LA BIOLOGIE MÉDICALE

L'article 69 de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 a permis de réformer par voie d'ordonnance, les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.

L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, relative à la biologie médicale, est une réforme qui d'une part renforce la médicalisation de la discipline, et, d'autre part, impose une garantie de qualité par une obligation d'accréditation pour tous les laboratoires de biologie médicale.

Les objectifs du volet biologie médicale du SROS sont les suivants :

- **Veiller au maillage territorial** (regroupements, ouverture de sites) dans le respect de la satisfaction des besoins de la population et de la continuité de l'offre tout en favorisant la mutualisation des moyens.
- **Suivre l'avancement de l'accréditation** des laboratoires de la région et mettre en place un système d'alerte. La mutualisation de moyens doit être envisagée pour favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation. Les laboratoires sont donc incités à se regrouper dans le respect des textes législatifs et réglementaires.

- **Mieux apprécier les besoins de la population** : actuellement on considère que l'activité réalisée constitue les besoins. Cette approximation est à dépasser : il est nécessaire d'obtenir un mécanisme plus fiable et des indicateurs plus adaptés (taux de recours par territoire) par la mise place d'un groupe de travail avec l'échelon régional/national et l'Assurance Maladie pour établir une cartographie des besoins.
- **Participer aux travaux impactant la démographie des biologistes**, notamment par le biais du CRONDPS ; l'ARS relatera le constat du déficit en biologistes exerçant dans la région et la demande d'augmentation du nombre d'internes en formation.
- **Promouvoir le Dossier médical personnel** afin d'améliorer l'interopérabilité des différents systèmes d'information des laboratoires.
- **Promouvoir l'efficacité** : améliorer les relations prescripteur/biologiste avec le concours de l'Assurance Maladie dans un souci d'améliorer la pertinence des examens réalisés (prise en charge des maladies chroniques...).
- **Créer un comité technique régional de biologie médicale, piloté par l'ARS.**



Le Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS)

Le schéma régional de l'organisation médico-sociale est un nouvel exercice introduit par la Loi HPST du 21 juillet 2009.

VOLET ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES HANDICAPÉS

Les 15 objectifs définis par l'ARS :

Ce schéma :

- apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables,
- détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels,
- précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

Il a tenu compte, dans son élaboration, des schémas départementaux de l'action sociale et médico-sociale établis par chaque Conseil général de la région.

- améliorer la connaissance des besoins,
- améliorer l'information des professionnels et des usagers,
- améliorer le dépistage précoce du handicap,
- améliorer l'accompagnement précoce,
- adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un trouble du spectre autistique,
- favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées,
- adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un handicap psychique (dont les troubles du comportement),
- adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, un plurihandicap et des situations complexes de handicap,
- adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap,
- contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels,
- renforcer la prévention de complications liées au handicap,
- améliorer l'accès aux soins des usagers pris en charge en ESMS et à domicile,
- soutenir les aidants des personnes en situation de handicap par le développement de dispositifs de répit,
- développer l'information et la formation des aidants naturels des personnes en situation de handicap,
- renforcer l'offre médico-sociale destinée à la prise en charge des personnes en situation de handicap à domicile.

Sur ces 15 objectifs, l'ARS du Centre accordera une priorité de mise en œuvre aux objectifs suivants :

- AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP :

le constat a été posé dans le cadre des travaux préparatoires d'une absence de vision globale et prospective des besoins des personnes handicapées, par défaut de l'existence d'un système d'informations partagé et exhaustif entre ARS, MDPH, Education nationale, Conseils généraux et établissements et services médico-sociaux. Cette carence retentit inévitablement sur la planification de l'offre. La création d'un système d'information partagé au niveau régional constituera un chantier prioritaire de l'ARS, et ce dès 2012.

- AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DU HANDICAP :

le repérage précoce d'un handicap est fondamental et conditionne la qualité et la nature de l'accompagnement à proposer. Or, actuellement, le dépistage et donc le diagnostic sont portés trop tardivement en raison de plusieurs facteurs : délais d'attente importants pour un premier rendez-vous, mauvaise orientation de la personne ou de son entourage, mauvaise connaissance réciproque des professionnels composant la filière de prise en charge, etc.

Le retard de diagnostic et de mise en œuvre d'une prise en charge adaptée contribue à aggraver les situations voire à les enkyster. Considérant ces éléments, l'ARS souhaite renforcer les services spécialisés existants (Centre d'action médico-sociale précoce, Centre médico-psycho-pédagogique) mais aussi mieux organiser la complémentarité entre tous les acteurs d'une même prise en charge (pédopsychiatrie, libéraux, Education nationale, petite enfance, etc). Dans ce cadre, le cas particulier de l'autisme sera notamment pris en compte compte-tenu de l'hétérogénéité des organisations et des pratiques de dépistage et de diagnostic constatées en la matière.

- SOUTENIR LA SCOLARISATION DES JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP :

la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté. Les actions à mener dans ce domaine demanderont une vraie collaboration entre les différentes institutions concernées : ARS, maisons départementales

des personnes handicapées, Conseils généraux, Education nationale. Dans ce cadre, l'accent sera mis prioritairement sur le développement des Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

- AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS :

la santé doit être accessible pour tous. Or, dans le cadre des travaux préparatoires au SROMS, des difficultés dans l'accès aux soins des personnes handicapées prises en charge dans les établissements ou à domicile ont souvent été relevées. Les causes sont multiples : impréparation des médecins, inaccessibilité des locaux et des installations, difficultés d'expression des personnes handicapées, méconnaissance du handicap. L'enjeu est donc de permettre l'accès au droit commun.

- ADAPTER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE AUX BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AVEC PRINCIPALEMENT LA PRISE EN COMPTE DU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP :

la population française et de la région Centre vieillit. Ce vieillissement touche particulièrement les personnes en situation de handicap qui bénéficient de progrès médicaux récents. La part de la population concernée n'est pas recensée régionalement. Aussi, une des premières actions de l'ARS sera de mener une étude spécifique pour mieux cerner la problématique et construire des réponses adaptées. La mise en œuvre de cette priorité sur l'adaptation de l'offre aux besoins privilégiera la restructuration et le redéploiement de l'offre existante. Cet objectif a pour finalité de réduire le nombre de jeunes en situation d'amendement Creton.

- FAVORISER LE CHOIX DE VIE À DOMICILE :

pour être maintenues à domicile, les personnes en situation de handicap 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. Ce développement pourra se réaliser par restructuration, création de structures ou expérimentations de nouvelles formes d'accompagnement.

VOLET PERSONNES ÂGÉES

Le maintien à domicile des personnes âgées a été largement encouragé ces dernières années, induisant de fait une évolution des services consacrés à leur accompagnement à domicile.

Ce maintien à domicile renforcé a également engendré une entrée plus tardive en établissement avec des besoins de soins croissants, une dépendance qui augmente, et une proportion grandissante de patients présentant des troubles cognitifs et des troubles du comportement.

Les six objectifs définis par l'ARS :

- améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité,
- améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du Plan Alzheimer,
- contribuer à éviter les hospitalisations évitables aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD,
- améliorer l'accès aux soins et identifier les besoins d'accompagnement de la population migrante vieillissante,
- développer les mesures de répit au bénéfice des aidants,
- adapter l'offre en Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) au sein des territoires en tenant compte des spécificités.

Parmi ces objectifs, l'ARS du Centre accordera une priorité de mise en œuvre aux objectifs suivants :

- **Améliorer le dépistage précoce des facteurs de fragilité** : plus particulièrement les actions porteront sur l'amélioration de l'accès aux consultations mémoire, la poursuite du développement des dispositifs de la filière gériatrique et la mise à disposition d'un numéro d'appel auprès des médecins généralistes pour disposer d'un avis gériatrique. Les actions de prévention primaire (prévention des chutes, de la dénutrition) ont également ici toute leur importance.

- **Améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre du plan Alzheimer** : les différentes mesures déjà engagées en région Centre devront se poursuivre dans le souci d'un maillage territorial équitable.

Ces mesures sont les suivantes :

- développer et diversifier les structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, plateforme d'accompagnement et de répit),
- développer des formations pour les aidants,
- labelliser des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA),
- renforcer le soutien à domicile au moyen de Services de soins infirmiers à domicile spécialisés (SSIAD ESA),
- renforcer les consultations mémoire,
- créer ou identifier au sein des établissements de santé ou médico-sociaux des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux : Unité d'hébergement renforcé (UHR) ou Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ou Unité cognitivo-comportementales (UCC).



Des objectifs cibles ont été définis pour certaines de ces mesures pour la mise en œuvre du Plan

national Alzheimer en région Centre d'ici la fin de l'année 2012 :

DÉPARTEMENT	UHR LABELLISÉES		PASA LABELLISÉS	SSIAD ESA	UCC	CONSULTATIONS MÉMOIRE LABELLISÉES (EXISTANT 2011)
	MÉDICO-SOCIAL	SANITAIRE				
Cher	1	2	10	3	1	3
Eure-et-Loir	1	1	12	4	1	2
Indre	1	1	8	3	0	1
Indre-et-Loire	1	1	18	4	1	3
Loir-et-Cher	1	2	10	3	1	2
Loiret	1	2	16	4	1	2
Objectif régional 2012	15		74 à 75	21	5	1 pour 15 000 hab. de plus de 75 ans

- **Contribuer à éviter les hospitalisations évitables, notamment aux urgences, des personnes âgées à domicile et en EHPAD** : on constate une augmentation du nombre de personnes âgées aux urgences provenant du domicile, mais également des EHPAD, avec pour certaines hospitalisations l'identification de facteurs ou de causes évitables (défaut d'anticipation, épuisement des aidants, sorties très précoces du court séjour, situations fragiles connues non prises en compte, etc).

Plusieurs actions sont envisagées par l'ARS pour remédier à cette situation insatisfaisante et dommageable, dont la mise en place d'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière, ou d'un dossier de liaison entre établissements, ou d'un télédiagnostic.

- **Adapter l'offre en Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** au sein des territoires en tenant compte des spécificités locales pour contribuer au choix d'une vie à domicile : plus particulièrement, les actions porteront sur le développement de l'offre et sur la clarification des rôles et des articulations entre les différents intervenants à domicile.



VOLET PERSONNES EN DIFFICULTÉ SPÉCIFIQUE

Sont regroupés dans ce volet du PRS, les objectifs de l'ARS en direction :

- des personnes en difficulté avec les addictions,
- des personnes en situation de vulnérabilité/précarité ayant besoin de soins.

POUR LES PERSONNES EN DIFFICULTÉ avec les addictions, les objectifs de l'ARS sont notamment de :

- favoriser le repérage précoce et l'intervention brève destinés à modifier les comportements,
- mettre en place des consultations de proximité sur les territoires par l'intermédiaire des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- développer l'articulation entre les secteurs médico-sociaux, hospitaliers, ambulatoires et associatifs,
- favoriser la sensibilisation en milieu carcéral,
- renforcer l'observation, la formation et la recherche.

POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET DE VULNÉRABILITÉ ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social, les problématiques sont complexes, car ces personnes combinent des situations liées à des difficultés sociales, médicales et/ou psychologiques. L'offre médico-sociale adaptée à ces publics comprend les Lits halte soins santé (LHSS) et les Appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Les objectifs de l'ARS dans ce domaine sont de :

- renforcer l'observation pour une meilleure analyse des besoins de la population potentiellement concernée,
- structurer l'offre en recherchant l'adéquation entre les besoins identifiés et la typologie de structure,
- organiser la complémentarité des acteurs par territoires.



LES OBJECTIFS TRANSVERSAUX DU SROMS

Compte tenu de la vulnérabilité du public auquel s'adresse le SROMS, ce schéma se doit d'être porteur d'un certain nombre d'objectifs qualitatifs dédiés à l'amélioration de l'accompagnement dans le respect du droit des usagers :

- **Le déploiement des bonnes pratiques professionnelles** : l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESMS), ou encore la Haute autorité de santé (HAS) ont édité un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques que l'ARS envisage de promouvoir auprès des professionnels de ce secteur.

- **L'efficacité et la qualité des soins en EHPAD** : depuis le 1^{er} avril 2010, les ARS sont compétentes en matière de gestion du risque qui porte sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Certaines actions prévues concernent directement les EHPAD sur les sujets suivants : prévention de la dénutrition de la personne âgée, arrêt des prescriptions de benzodiazépines chez les résidents en EHPAD, prévention des troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

- **La promotion de la bientraitance** : la diffusion des bonnes pratiques professionnelles, les démarches d'inspection et de contrôle menées par l'ARS, ou encore l'évaluation interne et externe des établissements et services font partie des actions programmées sur les cinq ans du schéma.

- **La professionnalisation et la gestion des ressources humaines** : les activités médico-sociales sont majoritairement soutenues par des moyens humains pluridisciplinaires composés de métiers médicaux, paramédicaux et sociaux qualifiés.

Or, en région Centre des tensions sont identifiées sur plusieurs de ces métiers et se pose également la question de la formation continue et de l'adaptation des professionnels.

L'action de l'ARS portera donc sur le soutien d'actions de professionnalisation pour les personnels des établissements mais aussi des intervenants au domicile, ainsi que sur le développement d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences.



Les programmes spécifiques

LE PROGRAMME INTERDÉPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale.

Le champ d'intervention du PRIAC concerne les prestations délivrées auprès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, c'est-à-dire les établissements et services médico-sociaux financés par l'Etat et l'Assurance Maladie, seuls ou conjointement avec les Conseils généraux.

Le PRIAC a vocation à donner une visibilité pluriannuelle. Il est actualisé chaque année de manière glissante afin de s'adapter en continu au degré de réalisation des objectifs prioritaires, à la réalité des moyens notifiés par la Caisse nationale de solidarité autonomie et de la capacité à faire des promoteurs.

La version 2011-2013 du PRIAC doit être considérée comme un programme transitoire qui garde, compte tenu de l'absence de lisibilité globale des moyens nouveaux 2012-2016 attribués à la région Centre par la CNSA, son rôle d'expression ascendante et d'identification des besoins de services collectifs au niveau régional.

L'actualisation 2012 du PRIAC (post-SROMS) déclinera une programmation intégralement cadrée en fonction des moyens ci-dessus cités et des objectifs opérationnels et actions du SROMS.

La programmation des mesures du PRIAC concernant le secteur des personnes en situation de handicap

L'année 2011 a vu le financement de 120 places nouvelles en direction des personnes en situation de handicap dont :

- 41 places d'instituts médico-éducatifs,
- 4 places d'instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques,

- 8 places de service d'éducation spéciale et de soins à domicile,
- 3 places de jardins d'enfants spécialisés,
- 54 places de maisons d'accueil spécialisées,
- 10 places de foyers d'accueil médicalisés.

Pour les années 2012 et 2013, la programmation recouvre 455 places dédiées aux enfants et 476 places dédiées aux adultes handicapés. Cette programmation devra être ajustée en fonction des autorisations d'engagement et des crédits de paiement réellement attribués à la région Centre sur la durée du schéma régional.

La programmation des mesures du PRIAC concernant le secteur des personnes âgées

L'enveloppe de crédits de paiement 2011 a permis de financer 659 places en faveur des personnes âgées dont :

- 330 places d'EHPAD,
- 148 places de SSIAD,
- 82 places d'hébergement temporaire,
- 99 places d'accueils de jour.

Pour les années 2012 à 2013, 1 595 places sont programmées en faveur des personnes âgées.

La programmation prévoit également le déploiement sur trois ans du plan Alzheimer : 21 équipes spécialisées SSIAD Alzheimer, 74 Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et 14 Unités d'hébergement renforcées (UHR) dont 5 dans des EHPAD.

Cette programmation représente l'état des projets répondant aux orientations définies pour la région. Des priorités devront également être définies en fonction des autorisations d'engagement et des crédits de paiement délégués sur la durée du schéma et de la fin du Plan solidarité grand âge.

LE PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE

Le déploiement de la télémédecine constitue un **FACTEUR CLÉ D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ** en termes de réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national et régional) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

Le développement de la télémédecine répond à **trois finalités** :

- améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé,
- améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux,
- améliorer le parcours de soins des patients.

Les sept priorités régionales du développement de la télémédecine

- LA TÉLÉCONSULTATION DE PROXIMITÉ : le développement des activités de télémédecine à une échelle régionale nécessite une phase initiale de déploiement dont l'objectif principal est de "roder" les conditions organisationnelles du déploiement.

Pour atteindre cet objectif, trois cibles ont été retenues :

- l'équipement des neuf sites composant les structures de soins aux détenus (unités de consultation et de soins ambulatoires, unité hospitalière spécialement aménagée),
- l'équipement de cinq maisons de santé pluri-professionnelles et le réseau Arpèges Telemed,
- l'équipement de 33 EHPAD en lien avec les filières gériatriques labellisées.

- LA PERMANENCE DES SOINS EN RADIOLOGIE

la télé imagerie est caractérisée par la transmission d'images entre deux sites distants dans un but d'interprétation et de consultation. Elle concerne la radiologie conventionnelle, l'imagerie en coupe (scanner et IRM) et l'échographie pour tout ou partie de ces activités et de nombreuses images non radiologiques mais dont l'usage est de plus en plus fréquent dans de nombreuses disciplines cliniques. Les organisations fonctionnelles puis les solutions techniques seront mises en place pour assurer, prioritairement, la permanence des soins pour tous les territoires. En effet, la diminution du nombre de radiologues met en difficulté de nombreux secteurs de la région pour assurer la permanence des soins en radiologie.

- LA TÉLÉCONSULTATION DE CARDIOLOGIE

la répartition hétérogène des cardiologues sur le territoire de la région a pour conséquence une inégalité d'accès aux avis spécialisés et aux soins selon les populations.

Dans ce domaine comme dans d'autres, l'équipement et l'organisation des sites demandeurs conditionnent la faisabilité du déploiement. Les objectifs en la matière seront de deux ordres :

- organiser des revues de dossiers à distance,
- organiser des téléconsultations de cardiologie.



- LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉNEUROLOGIE :

la prise en charge des patients victimes de traumatismes crânio-cérébraux nécessite une graduation de la prise en charge et une coordination des acteurs selon le degré de gravité des lésions de chaque patient. Les échanges entre professionnels sont rendus complexes (particulièrement dans le Loiret) du fait de l'éloignement géographique des structures.

- LA TÉLÉ-ÉCHOGRAPHIE ROBOTISÉE :

un robot maintenu par un bras articulé permet de placer la sonde de l'échographe ; l'échographiste à distance peut ensuite piloter ce robot pour orienter la sonde et réaliser l'examen. Le patient est accompagné d'un professionnel de santé dûment formé. La validation opérationnelle de l'usage du robot permettra d'évaluer le potentiel et les limites de cette technique avant d'en envisager une diffusion plus large.

- LA TÉLÉDIALYSE : la mise en œuvre d'unités de dialyse médicalisées de proximité dont le développement est souhaité dans le SROS hospitalier se heurte à une pénurie relative de néphrologue. La possibilité d'avis néphrologique distant qu'offre la télémédecine permettra de pallier cet inconvénient.

- LA TÉLÉSURVEILLANCE DES PATIENTS ATTEINTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE :

les patients qui souffrent d'insuffisance cardiaque et qui ont suivi une période de soins de rééducation après un épisode aigu (éducation thérapeutique) nécessitent à leur retour à domicile un suivi particulier et une adaptation de leur mode de vie. La surveillance régulière de paramètres, leur remontée vers un système central et leur analyse par une équipe soignante permettent de déclencher des actions correctives ou préventives ayant pour finalité d'éviter ou retarder les rechutes nécessitant des réhospitalisations.

LE PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Le principal enjeu du PRAPS est celui de la **RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES de santé**. Cet enjeu rejoint une des trois ambitions portées par le PRS : la **promotion de l'égalité devant la santé**.

Au sein du PRS, le PRAPS vise à décliner de manière opérationnelle les différentes mesures destinées aux **publics les plus démunis** en raison des spécificités auxquelles sont confrontées ces personnes :

- souvent en état de précarité financière, ces publics cumulent aussi des situations aggravantes comme la rupture de lien social, l'isolement familial, l'environnement de vie défavorable, la perte de repères, la présence de pathologie(s) invalidante(s),
- ces publics rencontrent également de nombreux obstacles d'accès à la santé qui, le plus souvent, résultent à la fois de leur propre vécu (habitudes et comportements), des freins économiques, mais également des pratiques de certains professionnels et de la complexité des institutions qui composent l'offre. La complexité des démarches à entreprendre et le manque de lisibilité des dispositifs peuvent être dissuasifs et diffèrent souvent le recours aux soins,

- ces personnes peuvent rencontrer des obstacles liés à la compréhension des messages et des recommandations (barrière de l'écrit, barrière linguistique...), à la gestion du temps (non respect des horaires), à l'instabilité de logement, à l'absence de mobilité entravant l'accessibilité aux établissements et aux structures de prévention ou de soin. Cette accessibilité peut être aggravée en milieu rural où l'éloignement géographique est sensible.

Il résulte de ces différents obstacles :

- des situations de renoncement aux soins,
- des droits d'accès insuffisamment reconnus et mis en œuvre,
- des retards dommageables dans le diagnostic, le dépistage et la prise en charge des problèmes de santé posés,
- une moindre appropriation des messages de prévention.

À partir de ce constat, le PRAPS propose les **trois objectifs** suivants :

- **AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DES DISPOSITIFS EN DIRECTION DES PLUS DÉMUNIS** : il s'agira ici de mieux identifier et faire connaître les dispositifs existants dans le domaine de la santé ou de l'accompagnement social en direction des plus démunis. L'analyse des besoins devra également être approfondie pour proposer le cas échéant une évolution de l'offre en direction de ces publics dans les territoires de la région. L'activité des dispositifs financés par l'ARS dans ce domaine sera analysée à partir d'un plan de contrôle établi sur la durée du programme. Enfin, la question de l'observation des populations démunies sera également à consolider en particulier concernant les jeunes en errance et les sans domicile fixe.
- **AMÉLIORER LA COORDINATION DES ACTEURS** : le repérage, l'orientation et l'accompagnement des personnes les plus démunies sollicitent l'intervention de multiples acteurs représentant différents métiers et secteurs d'intervention,

souvent à la croisée du social et de la santé. Une meilleure connaissance réciproque de ces acteurs devrait donc améliorer le parcours et l'orientation des personnes vers la réponse la plus appropriée. Les démarches de territorialisation telles que les Contrats locaux de santé (CLS) sont à promouvoir en ce sens.

- **DÉVELOPPER LE REPÉRAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ DES PUBLICS LES PLUS DÉMUNIS** : pour atteindre cet objectif, il conviendra d'agir en direction des professionnels spécialistes des plus démunis afin d'augmenter leur connaissance de ces publics qui demandent souvent une réponse spécifique. Il conviendra également d'agir en direction des publics eux-mêmes notamment en matière de prévention de la santé afin d'améliorer leur possibilité d'agir sur leur propre santé. Des thèmes spécifiques seront ciblés en raison de la prévalence de certains problèmes de santé ou comportements : addiction, nutrition, santé mentale et prévention du suicide, vaccination, maladies transmissibles et orthogénie.



Les conditions de réussite de la mise en œuvre

LE NÉCESSAIRE PARTENARIAT ET LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

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, au cœur du PRS, 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, directement ou indirectement, 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.

La loi "Hôpital, patients, santé et territoires" 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. Animées par l'ARS, ces commissions réunissent les principaux financeurs et les décideurs des domaines visés et favorisent la complémentarité des actions menées par leurs membres respectifs.
- **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 de l'ARS dans les collèges des chefs de service départementaux.

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation du PRS sont des dimensions incontournables de sa mise en œuvre.

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

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.

L'ARS rendra compte, a minima annuellement, du suivi du PRS dans les conditions fixées par le Code de la santé publique à savoir :

- au moins deux fois par an, devant le conseil de surveillance de l'ARS,
- au moins une fois par an, devant la CRSA.

L'évaluation consiste quant à elle à formuler un jugement 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.

Tel qu'indiqué dans le Plan stratégique régional de santé, l'ARS souhaite que l'évaluation du PRS soit menée avec le concours de plusieurs parties prenantes afin d'en garantir la neutralité. Une instance évaluative sera constituée pour ce faire. Les membres de la CRSA y seront notamment associés.

Deux temps d'évaluation sont envisagés :

- une évaluation intermédiaire (à mi-parcours) portant sur la bonne mise en marche du projet,
- une évaluation finale portant sur l'impact des actions engagées.



LES LEVIERS DE LA MISE EN ŒUVRE

L'ARS dispose de plusieurs leviers permettant, dès 2012, la mise en œuvre des objectifs et actions inscrits dans toutes les composantes du PRS.

• LA CONTRACTUALISATION :

- la négociation de **Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** (CPOM) entre l'ARS et les professionnels ou réseaux de santé, les établissements de santé ou les services médico-sociaux permettra de relayer les objectifs du PRS auprès des opérateurs des différents secteurs,
- le PRS peut également prendre la forme de **Contrats locaux de santé** (CLS) signés entre l'ARS et une collectivité territoriale ou leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Le CLS a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de projets locaux de santé, notamment portés par les élus locaux, en veillant à leur articulation et leur cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Quatre CLS ont été signés en 2011, sept autres sont en projet pour les années 2012 et 2013.

• **LE RÉGIME DES AUTORISATIONS** : la délivrance d'autorisation pour la création, transformation ou extension d'établissement ou service permet de faire évoluer l'offre dans les territoires en fonction des besoins repérés et inscrits aux schémas du PRS.

• **LES PROCÉDURES D'APPEL À PROJET** : à partir d'un cahier des charges conforme aux orientations du PRS, les appels à projet sont une des modalités à la disposition de l'ARS pour faire évoluer l'offre ou les actions, principalement dans le secteur médico-social et de la prévention, mais aussi dans l'attribution des missions de service public hospitalier.

• **L'INSPECTION ET LE CONTRÔLE** : ces deux modes d'intervention sont exercés par l'ARS au titre du contrôle des conditions techniques de fonctionnement, des conditions de la sûreté ou de la délivrance des prestations d'accompagnement, ou encore de la prévention et de la lutte contre la maltraitance.

• **L'ANIMATION TERRITORIALE** : conduite par les délégations territoriales de l'ARS, l'animation territoriale participera à la déclinaison des objectifs du PRS, en suscitant, en accompagnant et en coordonnant les actions de plusieurs partenaires au sein du territoire de santé.

• **LES CRÉDITS DE L'ÉTAT ET DE L'ASSURANCE MALADIE** : globalisés à partir de 2012/2013 au sein d'un Fonds d'intervention régional, en fonction du vote annuel de la Loi de finances initiale et de la Loi de financement de la Sécurité sociale.



- ACT** : appartement de coordination thérapeutique
- ARS** : agence régionale de santé
- AVC** : accident vasculaire cérébral
- CESER** : conseil économique social environnemental régional
- CESP** : contrat d'engagement de service public
- CISS** : collectif interassociatif sur la santé
- CLS** : contrat local de santé
- CNG** : centre national de gestion
- CORRUSS** : centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
- CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRONDPS** : comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé
- CRRRA** : centre de réception et de régulation des appels
- 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
- DMP** : dossier médical personnel
- EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- HPST** : hôpital, patients, santé et territoires
- IAS** : infections associées aux soins
- INVS** : institut national de veille sanitaire
- IRM** : imagerie par résonance magnétique
- IVG** : interruption volontaire de grossesse
- LHSS** : lits halte soins santé
- MAIA** : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- MDPH** : maison départementale des personnes handicapées
- MSP** : maison de santé pluridisciplinaire
- NRBC** : nucléaire, radiologique, bactériologique, chimique
- OCDE** : organisation de coopération et développement économique
- OMS** : organisation mondiale de la santé
- PAPS** : plateforme d'appui aux professionnels de santé

Glossaire

- PASA** : pôle d'activités et de soins adaptés
- PMI** : protection maternelle et infantile
- PPS** : prévention et promotion de la santé
- PRAPS** : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- PRIAC** : programme interdépartemental d'accompagnement à la perte d'autonomie
- PRS** : projet régional de santé
- PRSE** : plan régional santé environnement
- PSRS** : plan stratégique régional de santé
- PRST** : plan régional santé travail
- ROR** : rougeole, oreillons, rubéole
- SAMU** : service d'aide médicale urgente
- SAU** : service d'accueil des urgences
- SMUR** : service mobile d'urgence et de réanimation
- 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 à domicile
- SSR** : soins de suite et de réadaptation
- TEP** : tomographe par émission de positons
- UHR** : unité d'hébergement renforcé
- UCC** : unité cognitivo-comportementale
- UNV** : unité neuro-vasculaire
- URPS** : union régionale des professionnels de santé
- VAGUSAN** : veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

Retrouvez le contenu de ce document en ligne sur :
www.ars-centre.fr/projetregionaldesante



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

Tél. : 02 38 77 32 32
Fax : 02 38 54 46 03

www.ars.centre.sante.fr