

# PRS

---

PROJET RÉGIONAL  
DE SANTÉ



# Édito

---

*« La meilleure façon de prédire l'avenir c'est de le créer » Peter Drucker...*

Ce premier Projet régional de santé normand est le résultat d'un long processus de création. Ce processus a mobilisé depuis presque 2 ans les équipes de l'Agence et ses partenaires. Tous se sont largement investis dans un esprit contributif et constructif. Qu'ils en soient tous ici remerciés.

En octobre 2016, l'Agence prenait l'engagement devant les acteurs en santé de la région de faire de la transversalité et du décloisonnement les fondements du futur Projet régional de santé (PRS). Nous n'avions pas fait le choix de la facilité. Partir des besoins des personnes, de leurs parcours de santé et de vie, ces ambitions ont exigé de déborder des frontières qui séparent les secteurs d'intervention traditionnels de santé publique au profit d'une approche globale de la santé.

Notre deuxième défi était de ne pas faire de ce PRS le « plan d'actions » de l'Agence mais bien un cadre pour agir collectivement. J'insiste sur ce point, nous avons souhaité que ce PRS ne soit pas celui de l'ARS mais bien « notre » PRS : celui qui nous permettra à tous – nous, acteurs de la santé en Normandie – de contribuer à l'amélioration de la santé des Normands. Là aussi, cette ambition est fondée sur la conviction que la santé n'appartient pas à l'ARS : les territoires, les professionnels, les usagers, leurs familles et leurs représentants, les collectivités territoriales (dont certaines pilotent parfois des pans entiers de l'action en santé publique), les autres administrations, nous agissons ensemble dans un but commun. Je souhaite que ce PRS soit l'impulsion pour permettre les innovations et les expérimentations, les coopérations et les collaborations, la coordination et l'intégration.

J'en suis convaincue, pour garantir l'équité d'accès à la santé à tous en toute sécurité, et pour offrir à chaque Normand une prise en charge adaptée à ses besoins, il faut penser l'organisation de la santé au niveau des territoires. La mobilisation de tous les acteurs concernés doit être coordonnée. La clé du succès de ce projet résidera dans le « sur-mesure » des projets d'organisation adaptés aux territoires et leurs spécificités, et co-construits dans une logique de partenariat.

En s'attachant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité de notre système de santé, l'Agence régionale de santé est restée fidèle aux priorités fixées par la Stratégie nationale de santé 2018-2022 : promouvoir la santé, inclure la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ; lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ; innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

À l'heure où notre système de santé est appelé à se transformer, les acteurs de la santé en Normandie ont montré qu'ils étaient prêts à jouer le jeu de l'intelligence territoriale. Mon souhait : faire de 2018 le début d'une nouvelle aventure collective pour améliorer la santé des Normands.

Parce que la santé est l'affaire de tous.

**Madame Christine GARDEL**

Directrice générale  
Agence régionale de santé de Normandie

---

# LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ : PRS

Le PRS de deuxième génération répond à l'objectif de territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé.

Le PRS est désormais composé de trois documents :

- le Cadre d'orientation stratégique (COS),
- le Schéma régional de santé (SRS),
- le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

➔ Sa finalité : améliorer l'état de santé des Normands

## UNE APPROCHE GLOBALE ET TRANSVERSALE DE LA SANTÉ : LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

Sur la base du diagnostic régional, des diagnostics territoriaux, des enjeux de santé de la région, des moyens d'agir, de l'impact possible et de la concertation réalisée avec les partenaires normands par l'intermédiaire des représentants de la démocratie en santé, l'ARS de Normandie et ses partenaires ont fait le choix de faire des parcours de santé et de vie l'angle principal du PRS. Or, les parcours débordent par nature le cadre des activités et des secteurs traditionnels de la santé. Aussi, assurer la fluidité des parcours engage à adopter une ambition de transversalité. À ce titre, le PRS de Normandie intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) comme cadre général d'action.

C'est donc une approche globale de la santé qui a guidé l'élaboration de ce Projet régional de santé et ses constituants : COS, SRS et PRAPS. Prévention et promotion de la santé, offre de soins, offre médico-sociale, veille et sécurité sanitaire, performance des acteurs et des organisations : le PRS concerne ainsi l'ensemble des acteurs du domaine de la santé.

**Le parcours de santé et de vie articule le parcours de soins avec les actions de promotion de la santé et de prévention, d'accompagnement médico-social et social ; ils intègrent les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.**

Huit parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie ont été arrêtés collectivement :

|   |  |
|---|--|
| - Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant » | - Le parcours « psychiatrie et santé mentale »                 |
| - Le parcours « santé des enfants et des jeunes »           | - Le parcours « cancers »                                      |
| - Le parcours « personnes en situation de handicap »        | - Le parcours « maladies chroniques » - insuffisance cardiaque |
| - Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »      | - Le parcours « maladies chroniques » - asthme/BPCO            |

### En savoir plus :

Le PRS ... sous l'angle des parcours de santé et vie prioritaires  
La charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS)

## L'ACTION PRIORITAIRE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le PRS positionne les déterminants de santé au sein de l'ensemble des stratégies et des champs d'application relevant de l'Agence et de ses partenaires.

Les déterminants de la santé représentent l'ensemble des facteurs individuels et collectifs, socio-économiques et environnementaux qui vont influencer l'ensemble des conditions de santé et de bien-être de la population.

Le modèle de Dahlgreen et Whitehead, présenté ci-dessous, s'organise autour de trois catégories de déterminants : individuel, environnemental et sociétal.

Il illustre les facteurs liés au style de vie personnel, les réseaux sociaux et communautaires, les facteurs liés aux conditions de vie, de travail et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales qui ont un impact sur la santé.

Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres mais ils interagissent entre eux.



Cette action prioritaire sur les déterminants de santé rend la complémentarité et l'articulation entre les politiques publiques incontournables.

## LA COHÉRENCE AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ ET LES PLANS NATIONAUX

Le PRS définit, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'Agence régionale de santé dans ses domaines de compétences et les mesures pour les atteindre.

Le PRS s'attache également à décliner les plans nationaux de santé existants.

## UNE AMBITION COLLECTIVE CO-CONSTRUITE...

Le PRS n'est pas seulement l'outil de l'ARS mais également celui de l'ensemble des acteurs du territoire. Par les politiques publiques qu'ils pilotent et leur caractère représentatif, les Conseils départementaux, le Conseil régional et les collectivités locales sont des acteurs incontournables pour faire vivre la territorialisation des politiques de santé.

Les partenaires régionaux, professionnels, institutionnels et usagers, ont été très mobilisés dans l'élaboration du PRS par l'intermédiaire des instances de démocratie en santé (Conférence régionale de santé et de l'autonomie-CRSA et Conseils territoriaux de santé-CTS). Au-delà de séminaires de travail dédiés, toutes les instances existantes se sont largement investies et ont été force de propositions.

Le PRS constitue ainsi une ambition partagée, fruit d'un travail collectif et « un cadre pour agir collectivement ».

## ...ET TERRITORIALISÉE

Le PRS normand consolide résolument l'animation et la coordination au sein de l'ensemble des instances de démocratie sanitaire et la déclinaison territoriale de la stratégie régionale de santé.

Dès leur installation, les sept Conseils territoriaux de santé (CTS) se sont engagés dans la réalisation de diagnostics territoriaux partagés. À l'occasion de séances de travail dédiées aux parcours de santé prioritaires, les CTS ont pu contribuer à alimenter la construction du PRS.

La création des ARS et la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) ont conduit chacune des anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie à déterminer des territoires d'observation. Ainsi, chaque ancienne région a défini un peu moins d'une vingtaine de territoires basés sur les besoins en santé (population et pratiques) pour la première et sur l'offre pour la seconde.

Bien que construit selon des méthodologies différentes, ce découpage comparable a, dans un premier temps, été conservé par l'ARS de Normandie.

### **Quartiers politique de la ville et zones de revitalisation rurales, une attention particulière**

Les zones urbaines (quartiers « politique de la ville ») ainsi que les zones de revitalisation rurales sont très sensibles au caractère de défavorisation notamment en lien avec un phénomène d'isolement résidentiel d'une partie importante de la population (environ 10 %). Les zones de revitalisation rurales regroupent des territoires ruraux qui rencontrent des difficultés particulières : faible densité démographique, absence de services de santé de base, handicap structurel sur le plan socio-économique.

À ce titre, quartiers « politiques de la villes » et Zones de revitalisation rurales (ZRR) feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la déclinaison territoriale du PRS.

Il est indispensable de penser et d'organiser une stratégie d'attractivité des territoires pour les professionnels de santé. Celle-ci doit être définie sur la base de l'existant et des spécificités de chaque territoire.

## UNE GOUVERNANCE DÉDIÉE

La gouvernance du PRS elle-même reflète l'ambition d'élaborer collectivement la stratégie régionale de santé.

Le comité stratégique du PRS composé de la présidente de la CRSA, des quatre présidents de commissions spécialisées (usagers, prévention, offre de soins et offre médico-sociale), des sept présidents de CTS et des directeurs de l'Agence a validé les documents issus des travaux régionaux et territoriaux.

Il est chargé d'assurer la cohérence stratégique des travaux au regard notamment des enjeux de coordination des politiques publiques.

## LA PLACE CENTRALE DE L'ÉVALUATION

Au-delà de l'élaboration du PRS, le comité stratégique perdurera pour assurer le suivi de sa mise en œuvre et in fine, son évaluation en lien avec les CTS.

## LA NÉCESSAIRE COMPLÉMENTARITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES

La coordination des acteurs publics sur un même territoire et la cohérence des objectifs poursuivis sont les conditions indispensables d'une politique de santé lisible, complète et efficiente. Compte-tenu de la diversité des intervenants, la tâche est particulièrement difficile.

Le PRS vise ainsi également à renforcer :

- l'articulation et la complémentarité des politiques publiques à l'échelle régionale et territoriale,
- la cohérence des actions de toutes les institutions œuvrant à l'amélioration de la santé de la population ou agissant plus globalement sur les déterminants de santé.

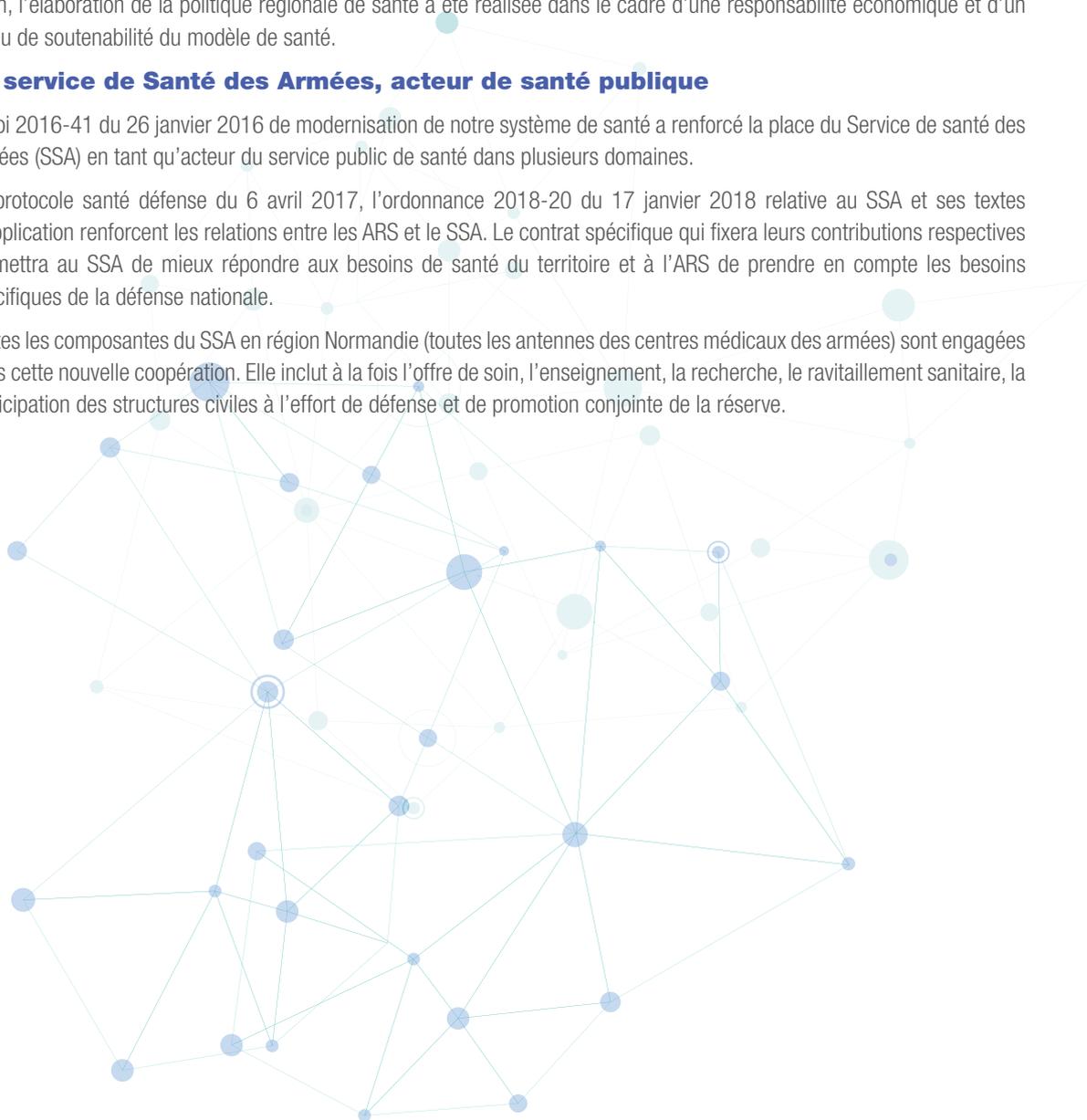
Enfin, l'élaboration de la politique régionale de santé a été réalisée dans le cadre d'une responsabilité économique et d'un enjeu de soutenabilité du modèle de santé.

### **Le service de Santé des Armées, acteur de santé publique**

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du Service de santé des armées (SSA) en tant qu'acteur du service public de santé dans plusieurs domaines.

Le protocole santé défense du 6 avril 2017, l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au SSA et ses textes d'application renforcent les relations entre les ARS et le SSA. Le contrat spécifique qui fixera leurs contributions respectives permettra au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.

Toutes les composantes du SSA en région Normandie (toutes les antennes des centres médicaux des armées) sont engagées dans cette nouvelle coopération. Elle inclut à la fois l'offre de soin, l'enseignement, la recherche, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et de promotion conjointe de la réserve.





Agence régionale de santé de Normandie  
Espace Claude Monet  
2 place Jean Nouzille – CS 55035  
14050 CAEN Cedex 4  
Tél. : 02 31 70 96 96  
Courriel : [ars-normandie-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-contact@ars.sante.fr)  
Site : [www.normandie.ars.sante.fr](http://www.normandie.ars.sante.fr)  
Compte twitter : @ars\_normandie

# COS

CADRE  
D'ORIENTATION  
STRATÉGIQUE

2018 ▶ 2028



# SOMMAIRE

---

1. **LE COS – DE QUOI PARLE-T-ON ?** ..... p. 4
  2. **LES ENJEUX DE SANTÉ EN NORMANDIE** ..... p. 6
    - Le contexte régional
      - Les caractéristiques économiques et sociodémographiques de la population
      - L'état de santé de la population : des besoins de santé et d'accompagnement croissants et d'une grande diversité
    - Des inégalités sociales et territoriales avérées
      - Les déterminants sociaux de santé
      - Des territoires contrastés : les territoires prioritaires dans notre région
      - Les inégalités territoriales de l'offre en santé
    - Les parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie
  3. **LES AMBITIONS EN NORMANDIE** ..... p. 14
    - La santé pour tous, une ambition collective
      - Objectif n°1. Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1<sup>er</sup> levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie
      - Objectif n°2. Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités
      - Objectif n°3. Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches
      - Objectif n°4. Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé
      - Objectif n°5. Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins
    - La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur
      - Objectif n°6. Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible
      - Objectif n°7. Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants
      - Objectif n°8. Mettre l'innovation au service du système de santé
      - Objectif n°9. Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la complémentarité et l'articulation de leurs politiques au service d'une action globale de santé
      - Objectif n°10. Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide
  4. **LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS** ..... p. 34
-

# LE COS – DE QUOI PARLE-T-ON ?

## DES TEXTES...\*

*\*Article R1434-3 du code la santé publique (CSP)*

**Le Cadre d'orientation stratégique (COS) détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à 10 ans en matière de santé pour :**

- améliorer l'état de santé de la population,
- lutter contre les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

**Ces objectifs portent notamment sur :**

- l'organisation des parcours de santé,
- le renforcement et la pertinence de la qualité, de la sécurité de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements,
- les effets sur les déterminants de santé,
- le respect et la promotion des droits des usagers.

Le Cadre d'orientation stratégique (COS) s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

| Il intègre les quatre axes prioritaires de la Stratégie nationale de santé (SNS)   | déclinés en Normandie au sein des objectifs stratégiques suivants   |
|--|---|
| 1. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie | <b>Objectif stratégique 1</b> : Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1 <sup>er</sup> levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie  |
| 2. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé   | <b>Objectif stratégique 2</b> : Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités<br><b>Objectif stratégique 5</b> : Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins |
| 3. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge  | <b>Objectif stratégique 7</b> : Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants   |
| 4. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens  | <b>Objectif stratégique 8</b> : Mettre l'innovation au service du système de santé<br><b>Objectif stratégique 4</b> : Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé   |

## ... À UNE DÉMARCHÉ PARTICIPATIVE ET CONCERTÉE

Sur la base de nombreux travaux engagés :

- évaluation des PRS 1,
- partage du diagnostic régional,
- séminaires de travail sur les priorités régionales,
- identification et construction des parcours de santé et de vie prioritaires,
- élaboration des Diagnostics territoriaux partagés (DTP),...

...l'ensemble des partenaires régionaux, par l'intermédiaire des instances de démocratie en santé (Commission régionale de santé et de l'autonomie - CRSA - et ses commissions spécialisées, commissions de coordination des politiques publiques, Conseils territoriaux de santé - CTS), a participé à la réflexion pour l'élaboration du COS.

## LE COS NORMAND

Le COS du PRS détermine les orientations stratégiques à 10 ans qui poursuivent deux ambitions en Normandie :

- 1. La santé pour tous, une ambition collective**
- 2. La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur**

La première ambition du COS normand vise à améliorer l'état de santé de la population et à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé à travers cinq objectifs stratégiques :

- Objectif n°1** : Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1<sup>er</sup> levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie
- Objectif n°2** : Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités
- Objectif n°3** : Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches
- Objectif n°4** : Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé
- Objectif n°5** : Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins

La seconde ambition du COS décline les cinq objectifs stratégiques qui constituent les leviers majeurs pour les atteindre :

- Objectif n°6** : Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible
- Objectif n°7** : Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants
- Objectif n°8** : Mettre l'innovation au service du système de santé
- Objectif n°9** : Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la complémentarité et l'articulation de leurs politiques au service d'une action globale de santé
- Objectif n°10** : Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide

## LES ENJEUX DE SANTÉ DES 10 PROCHAINES ANNÉES

Le présent Cadre d'orientation stratégique a été élaboré à la fois sur la base des résultats de l'évaluation des PRS de première génération déclinés dans les deux anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie, sur la réalisation d'un diagnostic régional et de Diagnostics territoriaux partagés (DTP) qui ont permis d'identifier collectivement les enjeux de santé basés sur :

- les spécificités de la population normande (caractéristiques économiques et sociodémographiques de la population, état de santé de la population, inégalités sociales et déterminants sociaux),
- l'identification des parcours de santé et de vie prioritaires,
- la nécessaire territorialisation de la politique régionale de santé (animation territoriale, territorialisation des actions).

**En savoir plus** : Annexe 1 - Diagnostic régional sur les besoins de santé  
Annexe 2 - Étude de l'offre en santé et du recours aux soins en Normandie

# LES ENJEUX DE SANTÉ EN NORMANDIE

## LE CONTEXTE RÉGIONAL

### Les caractéristiques économiques et sociodémographiques de la population

- **Une croissance démographique ralentie** : la Normandie compte 3 334 660 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015 (devant la Bretagne, la Bourgogne-Franche-Comté, le Centre-Val-de-Loire et la Corse). L'augmentation de sa population résulte du seul excédent des naissances sur les décès. En progression de +0,30 % par an dans la période 2000-2010, la population normande croît trois fois moins vite qu'au niveau national (+0,48 %) avec + 0,15 % par an depuis 2010. Ceci s'explique par l'augmentation du déficit migratoire. **La croissance démographique de la Normandie est principalement portée par le Calvados et l'Eure**, qui cumulent soldes naturels et soldes migratoires positifs.
- **Une population vieillissante** : la Normandie est une région qui vieillit rapidement. Le nombre de jeunes de moins de 20 ans a diminué, aussi bien en nombre qu'en proportion, sur les 15 dernières années. En 2010, elle occupait le 4<sup>e</sup> rang parmi les régions métropolitaines, l'écart se resserrant avec la France. En 2015, la part des jeunes Normands (24,3 %) est sensiblement égale à celle que l'on constate en moyenne en France et situe la région au 5<sup>e</sup> rang. Son indice de vieillissement, rapport des 65 ans et plus sur les moins de 20 ans, s'est longtemps situé en-dessous du niveau national avant de le dépasser en 2010. Il se situe depuis dans la moyenne française (72,6 contre 71,8 en France), mais c'est celui qui a le plus progressé sur les cinq dernières années. Les 75 ans ou plus représentent 9,7 % de la population régionale au 1<sup>er</sup> janvier 2015, proportion proche du niveau de la France métropolitaine (9,3 %). **La Manche et l'Orne, ont une population plus âgée que les autres départements.**
- **Les populations âgées** sont aussi **plus nombreuses** en proportion à vivre seules ; **40,2 % contre 38,6 % en France.**
- **Le taux de natalité est de 11 ‰ en Normandie. Il est inférieur au taux France entière qui s'élève à 12 ‰.**
- **Une répartition géographique de la population hétérogène dans la région** et concentrée dans les grandes villes : Le Havre, Rouen, Caen, Evreux, Cherbourg et Dieppe.
- **Une économie tournée à la fois vers les secteurs agricoles et industriels** : région la plus industrielle de France et 66 % de la surface du territoire consacrée à l'agriculture.
- **De tradition agricole, la région reste fortement marquée par l'emploi industriel, regroupant des sites à fort risque industriel (classés Seveso) et majoritairement localisés en Seine-Maritime (76) :**
  - 46 sites présentant un risque industriel (explosion, incendie, émission de substance toxique) classés Seveso - seuil haut et répartis sur le territoire régional : deux dans le Calvados, cinq dans l'Eure, un dans la Manche, trois dans l'Orne et trente-cinq en Seine-Maritime,
  - 5 installations nucléaires présentant des risques spécifiques (incendie, rejets radioactifs) : trois dans la Manche et deux en Seine-Maritime.

• **Des caractéristiques économiques globalement plus défavorables comparées à la France :**

- la Normandie fait partie des régions qui ont perdu de l'emploi entre 2003 et 2014 (-0,9%),
- le recours à l'intérim est significativement plus important qu'au niveau national (3,3% de l'ensemble des heures travaillées / 2,4% en moyenne France métropolitaine),
- en termes de groupe sociaux professionnels, les ouvriers et employés sont surreprésentés avec 33% de la population active contre 30% en France, alors que les cadres sont sous représentés (6,2% contre 9%),
- entre 2013 et 2014, les actifs avec ou sans emploi ont davantage quitté la région qu'ils ne s'y sont installés,
- le déficit migratoire des actifs en emploi concerne uniquement le secteur tertiaire, surtout le commerce, l'information-communication et l'administration publique. Les cadres et professions intermédiaires du tertiaire sont particulièrement déficitaires,
- le revenu annuel médian est plus faible que la moyenne nationale (19 707 € - France métropolitaine : 20 184 €).

• **Une densité variable de 48 habitants/km<sup>2</sup> dans l'Orne à 200 habitants/km<sup>2</sup> en Seine-Maritime**

• **13,5% des ménages fiscaux vivent en dessous du seuil de pauvreté (France métropolitaine : 14,5%). Les territoires de l'Orne, du Havre et de Dieppe présentent un taux de pauvreté significativement supérieur à la région**

• **3 334 660 habitants (au 01/01/15)**  
• **1,96 enfant par femme, niveau proche de celui de la France métropolitaine (1,98) et en-dessous du seuil de renouvellement des générations (2,1 enfants par femmes)**

• **9,7% de la population normande âgée de 75 ans ou plus au 01/01/2015**  
• **En 2040, les plus de 60 ans représenteraient 33% de la population normande contre 22% aujourd'hui (Source INSEE)**

• **Une espérance de vie inférieure à la France : 77,8 ans (contre 79 ans) pour les hommes, 84,6 ans (contre 85,1 ans) pour les femmes**

**En savoir plus :** Annexe 1 - Diagnostic régional sur les besoins de santé  
Annexe 2 - Étude de l'offre en santé et du recours aux soins en Normandie

## L'état de santé de la population : des besoins de santé et d'accompagnement croissants et d'une grande diversité

### Des indicateurs d'état de santé régionaux (mortalité / morbidité) plus défavorables qu'en France métropolitaine et des spécificités infra régionales :

De manière générale, la région Normandie se caractérise par une surmortalité globale par rapport à la France en affichant un Indice comparatif de mortalité (ICM) de 108,5 chez les hommes et 103,6 chez les femmes.

Les principales causes de surmortalité en Normandie sont :

- selon les déterminants de santé :
  - la consommation excessive de tabac et d'alcool
- selon les pathologies :
  - les affections cardiaques
  - les cancers
- selon les causes de mortalité :
  - le suicide

La Normandie est la région où l'espérance de vie est la plus faible, après les Hauts-de-France. On observe une surmortalité prématurée (avant 65 ans) supérieure à la moyenne nationale tant chez les hommes (ICM = 115), que chez les femmes (ICM = 108).

Le taux de mortalité infantile normand de 3,3 décès de moins de 1 an pour 1000 naissances est en-deçà du taux français de 3,5. Le Calvados présente même un taux de 2,4, particulièrement bas. En revanche, le taux de l'Eure de 3,9 se situe au-dessus de la moyenne.

En termes de pathologies, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et les cancers sont sur-représentés par rapport aux moyennes nationales et territorialisées :

- les territoires du Calvados, de la Manche et de l'Orne particulièrement touchés par les maladies cardio-vasculaires,
- les maladies respiratoires plus importantes sur les territoires de Dieppe, Rouen, le nord de la Manche et le nord de l'Orne.

Les pathologies psychiatriques et les maladies neurodégénératives y sont également sur-représentées.

Le recours aux traitements psychotropes est plus fréquent en Normandie qu'ailleurs.

Les morts violentes sont plus fréquentes qu'en France métropolitaine : suicides et accidents de la circulation.

- taux de tentatives de suicides élevé notamment dans les territoires de Dieppe, Rouen, la Manche et l'Orne.

En Normandie, le taux de maladies professionnelles est plus élevé avec une augmentation significative chez les salariés agricoles.

## LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ (ISTS)

Les inégalités sociales de santé renvoient aux différences d'état de santé entre les groupes sociaux. Cela s'appelle le **gradient social**. Une catégorie sociale a une espérance de vie et une espérance de vie en bonne santé moins bonne que la catégorie sociale qui lui est immédiatement supérieure. Les inégalités sociales de santé sont considérées comme injustes et systématiques entre les différents groupes sociaux selon **un gradient social** (plus on est dans une situation socio-économique défavorable moins on est en bonne santé). Ces différences de santé ne concernent pas seulement les personnes en précarité, elles n'opposent pas non plus les personnes pauvres aux personnes riches, les inégalités sociales se retrouvent à tous les niveaux de la hiérarchie sociale.

Les caractères systématiques et injustes des ISTS, induisent que leur réduction est possible et que les interventions mises en œuvre pour y parvenir doivent s'adosser au principe d'équité.

### Le concept de « gradient social » (source OMS)

La notion d'inégalités sociales de santé renvoie au constat que les différences de santé, ne s'expliquent pas uniquement par la biologie et ne sont pas le fruit du hasard mais tirent leur origine dans la situation sociale des individus. Ce constat est illustré par le terme de « gradient social ». Ce terme décrit le phénomène selon lequel les individus qui sont en haut de la pyramide sociale (CSP) jouissent d'une meilleure santé que les autres.

Le concept de déterminants sociaux des inégalités de santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé. À côté de l'âge, le sexe et des facteurs héréditaires, les comportements individuels (consommation de tabac, d'alcool, alimentation, exercice physique...), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transport, accès aux services publics essentiels) et enfin les conditions économiques (offre des services en santé, protection sociale...), culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées.

Parmi les déterminants sur lesquels l'ARS interviendra, on compte les Déterminants sociaux de santé (DSS) et l'offre de santé.

### Les déterminants sociaux de santé

En Normandie, les déterminants individuels ou comportementaux ayant le plus d'impact sur la mortalité toutes causes confondues sont (par ordre d'importance) :

- le tabagisme,
- l'obésité,
- l'alcool,
- la faible participation au dépistage des cancers colorectal et du sein,
- la santé mentale dégradée.

Or, ces mêmes DSS sont non seulement tous impactés par la position sociale des individus (de par leur définition) mais présentent tous un gradient social linéaire et continu.

À ces déterminants sociaux de santé s'ajoutent des déterminants environnementaux (qualité de l'air, qualité de l'eau potable...) ainsi que des déterminants liés au milieu de vie : l'isolement social, les conditions de logement et de travail, le niveau de défavorisation des quartiers.

**En savoir plus : Annexe 1 - Diagnostic régional sur les besoins de santé**

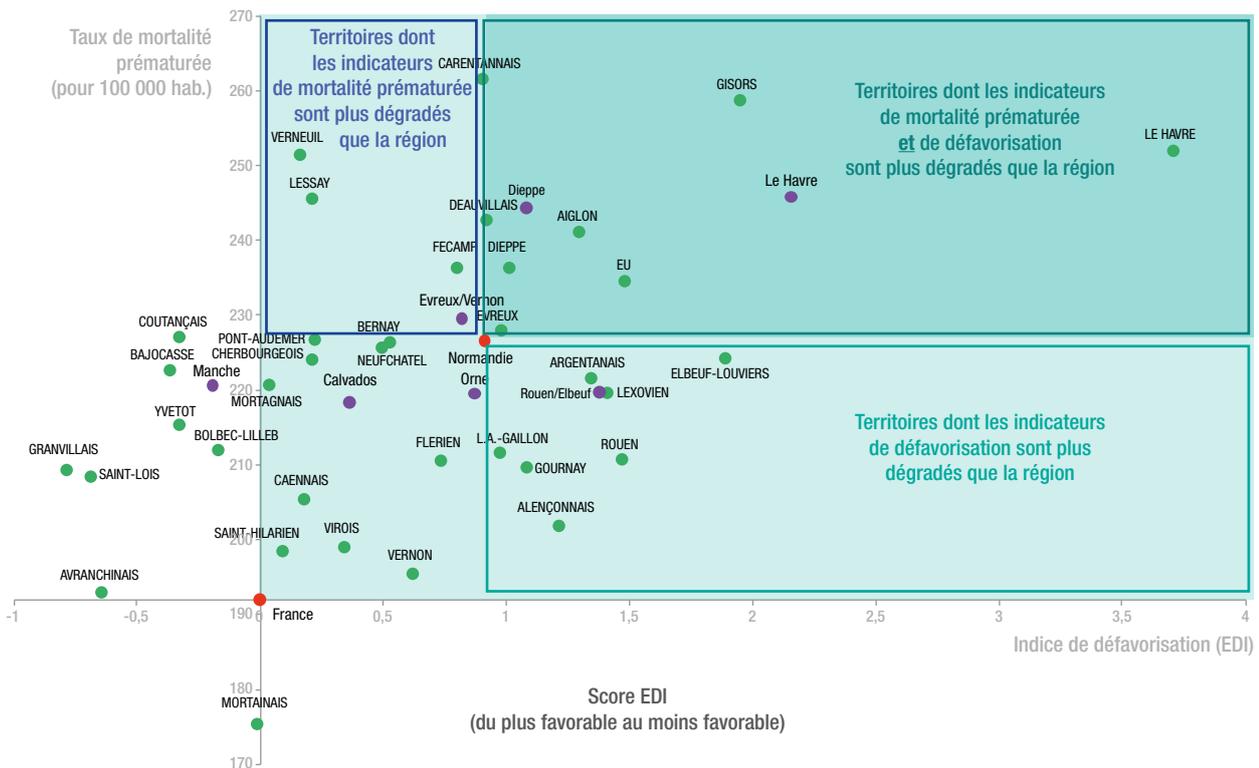
## Des territoires contrastés : les territoires prioritaires dans notre région

Au-delà du diagnostic régional, le territoire normand révèle des disparités infrarégionales fortes comme indiqué précédemment.

Compte tenu du poids des DSS, l'identification des territoires pour lesquels les besoins de santé sont les plus importants peut être réalisée en positionnant les territoires de proximité selon le taux standardisé de mortalité prématurée et la défavorisation sociale.

La représentation ci-dessous permet d'établir les territoires sur lesquels une action particulièrement volontariste de l'Agence et de ses partenaires devra intervenir au cours des prochaines années pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé :

|                |             |             |               |
|----------------|-------------|-------------|---------------|
| Carentan (50)  | Dieppe (76) | Evreux (27) | L'Aigle (61)  |
| Deauville (14) | Eu (76)     | Gisors (27) | Le Havre (76) |



## Les inégalités territoriales de l'offre en santé

Si les inégalités territoriales de santé sont principalement expliquées par les déterminants sociaux de santé et non dues aux disparités de l'offre de soins, l'accès des usagers aux services de santé (soins, prévention, médico-social, social,...) constitue toutefois un facteur d'inégalité de santé entre les territoires.

La réunification des deux anciennes régions a contribué à modifier le paysage normand en matière d'offre en santé en rapprochant des territoires hétérogènes :

- L'accès aux services de prévention : l'offre est inégalement répartie sur le territoire et les dynamiques d'acteurs différentes. Le développement d'une contractualisation pluriannuelle vise à mieux structurer l'offre et améliorer le maillage territorial,
- L'offre médico-sociale : un taux d'équipement médico-social supérieur à la France métropolitaine mais des disparités infrarégionales persistantes tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap selon le type d'équipement,
- L'offre de soins : un taux d'équipement sanitaire identique à la France métropolitaine avec :
  - des disparités territoriales fortes pour l'offre de 1<sup>er</sup> recours : une démographie des professions de santé en tension et des médecins inégalement répartis sur le territoire régional,
  - un maillage territorial hospitalier très dense et un nombre important de plateaux techniques, un taux d'équipement moyen important par rapport à la moyenne nationale qui masque des difficultés sur certains territoires de proximité,
  - une bonne couverture en équipement de scanners mais des zones blanches pour les IRM,
  - un maillage territorial régional pour l'hospitalisation à domicile.

**2 500 médecins  
généralistes libéraux**

**1 200 dentistes**

**97,6% de la population  
à moins de 30 minutes  
des urgences**

**4 200 infirmiers libéraux**

**250 foyers logements  
390 EHPAD**

*Établissements d'hébergement  
pour personnes âgées dépendantes*

**130 SSIAD et SPASAD**

*Services de soins infirmiers à domicile  
Service polyvalent d'aide et de soins à  
domicile*

**25 USLD**

*Unités de soins de longue durée*

**98,5% des femmes  
en âge de procréer  
à moins de 45 minutes  
d'une maternité**

**En savoir plus : Annexe 2 - Etude de l'offre en santé et du recours aux soins en Normandie**

## LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE PRIORITAIRES EN NORMANDIE

### De quoi parle-t-on ?

**Le parcours de santé et de vie articule le parcours de soins avec les actions de promotion de la santé et de prévention, d'accompagnement médico-social et social ; il intègre les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique et l'entourage familial.**

Sur la base du diagnostic régional, des diagnostics territoriaux, des enjeux de santé de la région, des moyens d'agir, de l'impact possible et de la concertation réalisée avec les partenaires normands par l'intermédiaire des représentants de la démocratie en santé, l'ARS de Normandie et ses partenaires ont fait le choix de faire des parcours de santé et de vie l'angle principal du PRS.

À ce titre, le PRS de Normandie intègre la charte du parcours de santé élaborée par la Conférence nationale de santé (CNS) comme cadre général d'action.

**Huit parcours de santé et de vie** ont été identifiés comme prioritaires en Normandie :

|   |  |
|---|--|
| - Le parcours « périnatalité et développement de l'enfant » | - Le parcours « psychiatrie et santé mentale »               |
| - Le parcours « santé des enfants et des jeunes »           | - Le parcours « cancers »                                    |
| - Le parcours « personnes en situation de handicap »        | - Le parcours « maladies chroniques » insuffisance cardiaque |
| - Le parcours « personnes âgées en perte d'autonomie »      | - Le parcours « maladies chroniques » asthme/BPCO            |

Ces huit parcours de santé et de vie prioritaires ont fait l'objet d'une modélisation théorique.

Dans une approche globale du parcours de vie et de santé (prévention et promotion de la santé, accompagnement médico-social, soin), l'objectif de cet exercice était de faire apparaître sur un seul schéma toutes les actions et dispositifs dont les personnes concernées étaient susceptibles d'avoir besoin au cours de leur parcours et d'identifier les ruptures potentielles entre les différents dispositifs.

Ces travaux ont permis de prendre en compte plusieurs éléments fondamentaux dans la réflexion parmi lesquels :

|   |   |
|---|---|
| - L'approche territorialisée : les sept Conseils territoriaux de santé (CTS) de la région ont été impliqués | - La précarité  |
| - Une réflexion sur l'accès   | - L'innovation  |
| - La coordination avec les autres politiques publiques  | - L'articulation et les coopérations entre les différents acteurs du parcours |
| - Une réflexion sur les compétences et la professionnalisation des acteurs                                  | - La notion d'efficience  |
| - Le concept « d'intégration »  | - L'identification des risques de rupture                                     |

**En savoir plus : Annexe 3 - Le PRS... sous l'angle des parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie**

Dans une logique d'association large des partenaires de l'Agence, ces modélisations théoriques de chacun des parcours et l'identification des points de rupture potentiels ont été soumises aux acteurs de la démocratie en santé (CRSA et ses commissions spécialisées, CTS).

Ceux-ci ont été amenés au cours d'un séminaire régional de travail et au sein de chacun des sept conseils territoriaux de santé à les amender, à s'exprimer sur la cohérence des points de rupture identifiés avec la réalité de terrain voire à déterminer de nouveaux points de rupture qui ne l'auraient pas été au niveau régional. Les pistes d'actions correctrices ont permis de nourrir à la fois les objectifs stratégiques du COS et la définition des objectifs spécifiques et opérationnels du Schéma régional de santé (SRS).

Naturellement, ces huit parcours prioritaires ne résument pas à eux seuls l'action de l'ARS de Normandie et de ses partenaires pour les dix prochaines années mais ils permettent d'identifier les axes de travail à surinvestir pour améliorer l'état de santé des Normands.

Les actions menées pour optimiser ces parcours permettront de mobiliser l'ensemble des leviers contribuant à moderniser le système de santé et faire évoluer l'offre de prévention, de soins et médico-sociale, pleinement centrée autour de l'utilisateur.

### Des enjeux aux ambitions...

L'ensemble de ces enjeux de santé ont permis de déterminer **deux grandes ambitions pour notre région en matière de santé** à horizon de 10 ans :

- **La santé pour tous, une ambition collective**
- **La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur**

Pour atteindre ces ambitions, la Normandie a déterminé un ensemble de 10 objectifs stratégiques.

Ces objectifs stratégiques ont été retenus car ils s'appliquent aux huit parcours de santé et de vie prioritaires en région. Ils traduisent, dans un premier temps, la finalité de la politique régionale de santé pour améliorer le service rendu à la population et dans un second temps, les principaux leviers à mobiliser pour y parvenir.

#### **La santé pour tous, une ambition collective**

**Objectif n°1** : Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1<sup>er</sup> levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie

**Objectif n°2** : Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités

**Objectif n°3** : Chaque usager doit pouvoir, tout au long de sa vie, agir pour sa santé ou celle de ses proches

**Objectif n°4** : Chaque usager doit pouvoir s'exprimer, être entendu et être partie prenante de la qualité du système de santé

**Objectif n°5** : Chaque usager doit avoir accès à une offre en santé adaptée à ses besoins

La seconde ambition du COS décline les cinq objectifs stratégiques qui constituent les leviers majeurs pour les atteindre.

#### **La santé pour tous, une ambition reposant sur un système de santé de qualité, soutenable et novateur**

**Objectif n°6** : Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible

**Objectif n°7** : Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants

**Objectif n°8** : Mettre l'innovation au service du système de santé

**Objectif n°9** : Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la complémentarité et l'articulation de leurs politiques au service d'une action globale de santé

**Objectif n°10** : Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

### LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N° 1

**FAIRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ LE 1<sup>ER</sup> LEVIER DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION EN AGISSANT SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE**

#### L'IDÉE C'EST ...

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications ou en favorisant la réinsertion des personnes atteintes. Elle se distingue de la promotion de la santé qui offre à la population les moyens d'assurer un contrôle sur sa propre santé et d'améliorer celle-ci.

Le diagnostic élaboré en Normandie sur l'estimation du poids attribuable aux déterminants sociaux de santé sur les décès confirme l'impact majeur de ces déterminants sur la santé et sur la mortalité. Les actions de prévention et de promotion de la santé permettent d'agir sur ceux-ci.

Une action résolue sur la prévention-promotion de la santé participe également à l'efficience du système de santé.

En cela, la prévention-promotion de la santé constitue un enjeu majeur pour assurer la soutenabilité de notre système de santé à long terme.

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Un impact de l'action sur les déterminants de santé positif sur la santé des normands.*

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

1. Prévenir les pratiques addictives
2. Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité
3. Prévenir le mal-être et le suicide
4. Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
5. Prévenir la perte d'autonomie dans la stratégie de « bien vieillir »
6. Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
7. Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
8. Promouvoir un environnement favorable à la santé

En savoir plus : PRSE 3

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

### LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N°2

**RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ, QU'ELLES SOIENT SOCIALES OU TERRITORIALES, EN OFFRANT UNE RÉPONSE DE SANTÉ PROPORTIONNÉE AUX VULNÉRABILITÉS**

#### L'IDÉE C'EST ...

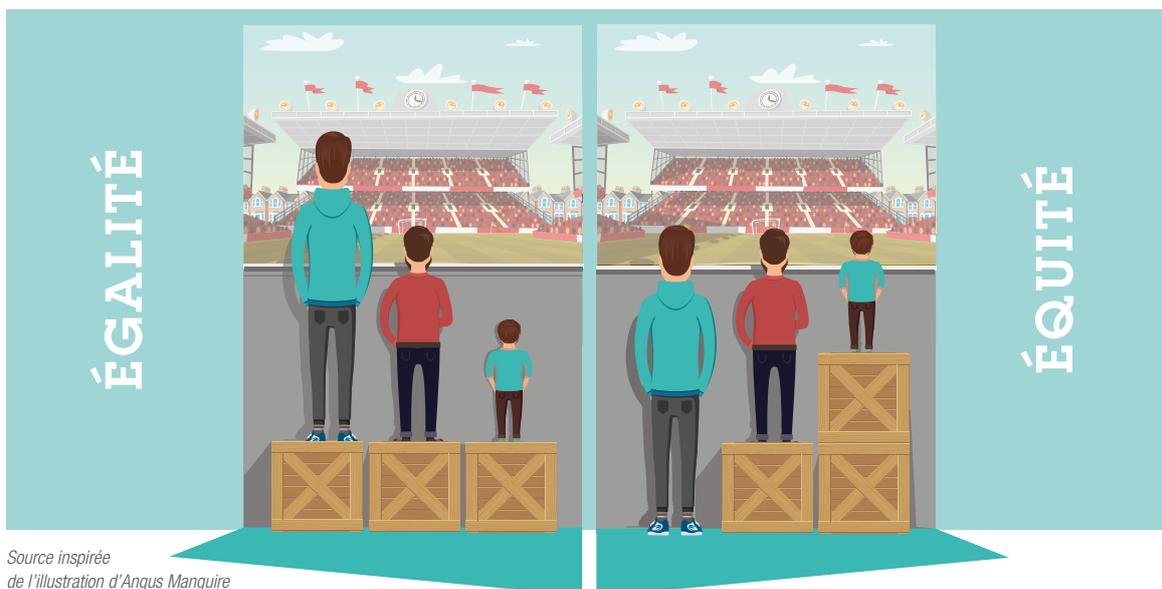
La part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé.

Une meilleure connaissance des besoins de la population, et du gradient social de santé en particulier, est nécessaire afin de conduire une politique efficace de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), les plus éloignées du système de santé, est un outil parmi d'autres, indispensable, mais insuffisant à lui-même pour réduire les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Ne mettre l'accent que sur le PRAPS risquerait de stigmatiser le public auquel il s'adresse et d'oublier des personnes qui sont « cachées dans les moyennes » (celles qui vivent dans des conditions défavorables ou issues de milieux défavorisés, mais pas assez pour être ciblées par le PRAPS).

Le principe de **l'équité des usagers devant la santé** vise à agir davantage en direction de ceux qui en ont le plus besoin pour leur permettre d'accéder, comme les autres, à la santé (le dessin ci-dessous permet d'illustrer ce principe).



Source inspirée  
de l'illustration d'Angus Manguire  
«interaction institute for social change»

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Une meilleure prise en compte des personnes en situation de fragilité par une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités.*

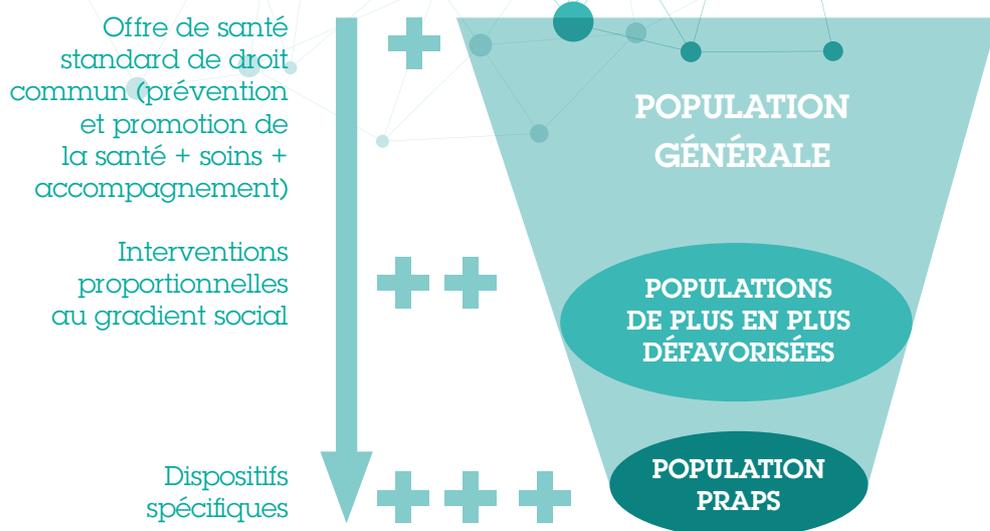
La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé va mécaniquement permettre l'amélioration de la santé des populations précaires ou vulnérables par une meilleure accessibilité au système de santé et par la mise en place de passerelles vers le droit commun en garantissant l'équité des usagers devant la santé.

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Combiner deux objectifs

9. Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné

10. Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables



En savoir plus : Le PRAPS

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

### LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N° 3

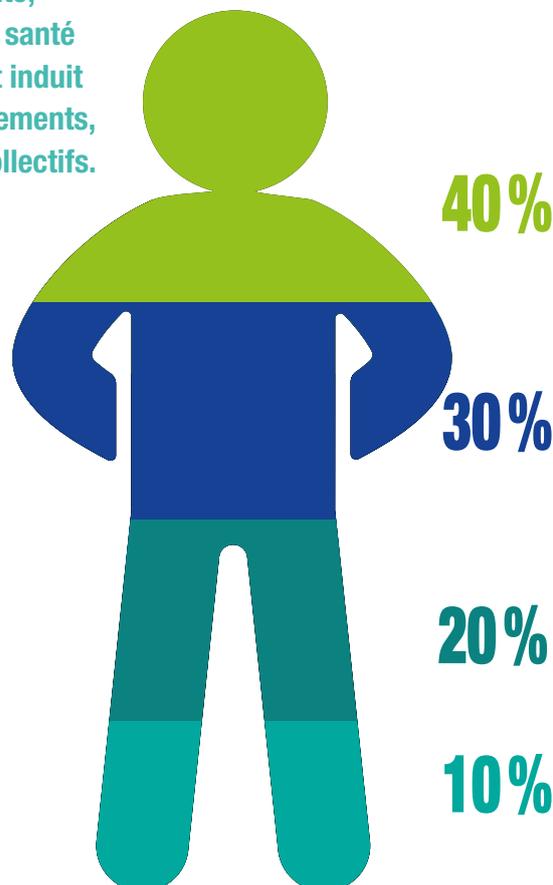
**CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR, TOUT AU LONG DE SA VIE, AGIR POUR SA SANTÉ OU CELLE DE SES PROCHES**

#### L'IDÉE C'EST ...

Les politiques de santé ont jusqu'ici peu investi le champ des comportements individuels et collectifs des usagers du système de santé. Or, ceux-ci font partie intégrante d'une action sur les déterminants de santé.

Agir en faveur d'une population actrice de sa santé consiste à développer des comportements bénéfiques pour la santé qui, d'une part contribuent à améliorer de façon directe la qualité de vie et le bien-être de la population, et d'autre part constituent un levier non négligeable de soutenabilité du système de santé.

**Dans une conception globale de la santé, 40% de l'état de santé des individus est induit par ses comportements, individuels ou collectifs. (Dever, 1976)**



#### LES QUATRE FACTEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Ceux liés aux comportements individuels et collectifs (alcool, tabac, nutrition, mobilité, activité physique, loisirs...), aux modes de vie

Ceux liés à la génétique humaine (génétique, physiologie, vieillissement)

Ceux liés à l'environnement physique (écologie, logement, salubrité, expositions professionnelles...) mais aussi psychologique, social, culturel dans lequel l'individu ou le groupe évolue

Ceux plus souvent mis en avant associés aux dispositifs de santé au sens large (de la prévention à la réhabilitation en passant par les soins curatifs)



---

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Des comportements individuels plus favorables à la santé et une diminution de la mortalité prématurée.*

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

11. Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
12. Accompagner les aidants

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

### LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N° 4

**CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR S'EXPRIMER,  
ÊTRE ENTENDU ET ÊTRE PARTIE PRENANTE DE LA  
QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ**

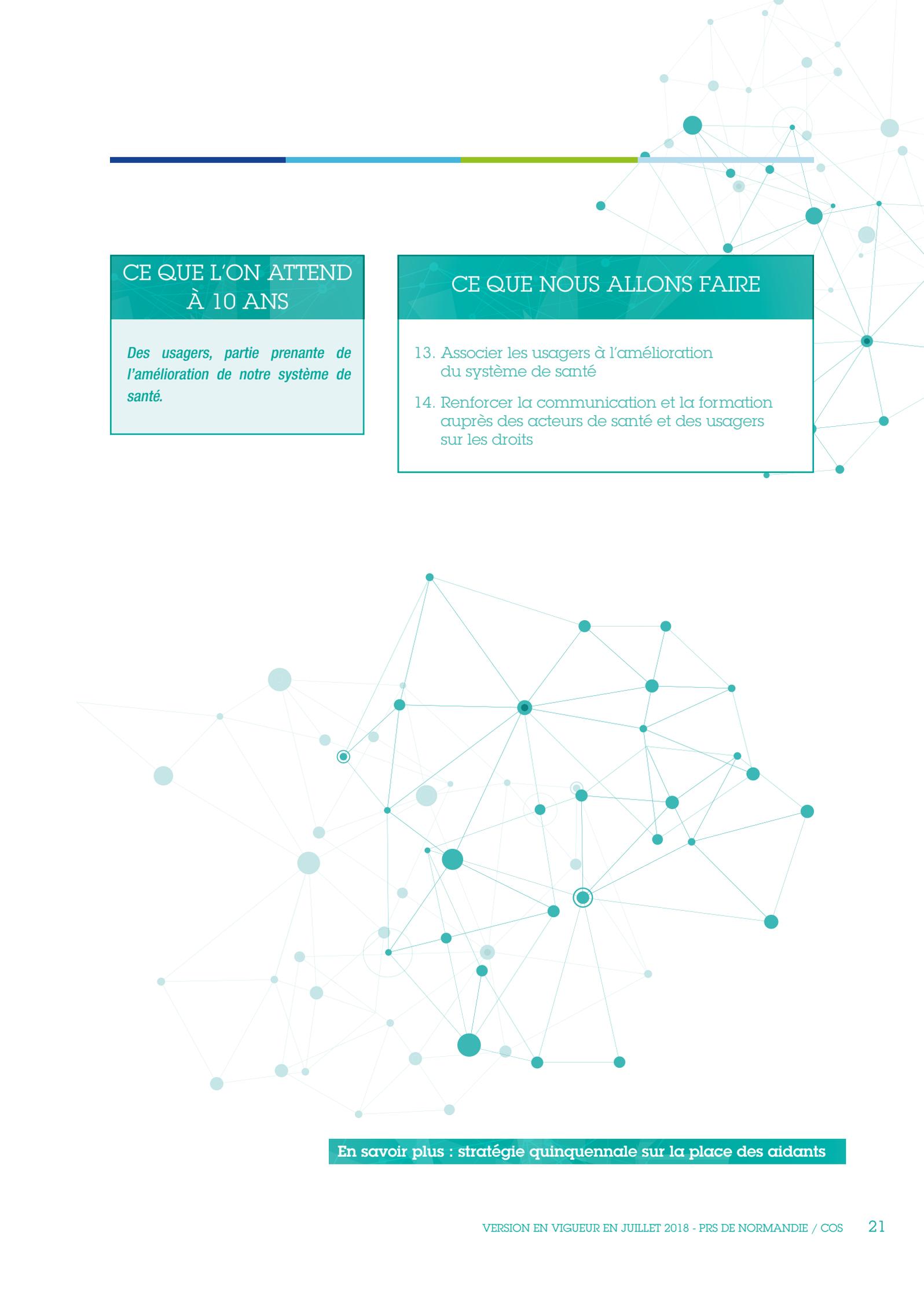
#### L'IDÉE C'EST ...

L'évolution de notre système de santé place l'utilisateur au cœur du système dans lequel il doit pouvoir exprimer ses besoins mais également comprendre que sa qualité de patient l'oblige à être proactif, à comprendre et à agir sur son parcours de santé. Il s'agit pour l'utilisateur, de sortir du prisme de l'offre disponible pour aller vers le prisme des besoins de santé.

Notre système de santé est à l'aune de grandes transformations : la place de l'utilisateur dans ces évolutions à venir est donc capitale, que cela soit dans les instances légales de démocratie en santé (CRSA et ses commissions spécialisées, commission d'information et de sélection des appels à projets médico-sociaux, Conseil territorial de santé - CTS, Conseil local de santé mentale - CLSM...), ou encore par son expression citoyenne au cours de débats publics sur les problématiques de santé ou d'éthique que la CRSA de Normandie a toujours eu à cœur d'organiser ou de soutenir.

L'amélioration du système de santé doit se faire avec l'utilisateur dans :

- un enjeu d'efficacité et de qualité : mieux les utilisateurs sont informés plus ils sont parties prenantes et plus il est possible d'adapter le système de santé à leurs besoins,
- un enjeu de démocratie sanitaire : le citoyen doit pouvoir apporter des propositions,
- un enjeu de développement de la connaissance des droits des utilisateurs auprès des professionnels et du grand public.



---

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Des usagers, partie prenante de l'amélioration de notre système de santé.*

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

13. Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
14. Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits

**En savoir plus : stratégie quinquennale sur la place des aidants**

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

### LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION COLLECTIVE

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N° 5

**CHAQUE USAGER DOIT AVOIR ACCÈS À UNE OFFRE EN SANTÉ ADAPTÉE À SES BESOINS**

#### L'IDÉE C'EST ...

Conséquence naturelle de la démographie défavorable des professionnels de santé, le diagnostic régional établit un accès contrasté à l'offre en santé sur le territoire.

Une offre adaptée aux besoins de la population est également un enjeu de soutenabilité du système de santé. Le rapport coût / service rendu doit permettre, pour ce qui concerne l'organisation de l'offre en santé d'adapter la réponse aux besoins évolutifs de la population tout en préservant l'équité d'accès aux droits.

En outre, les besoins de la population évoluent. Les politiques publiques doivent donc accompagner les mutations permanentes du système de santé. L'enjeu autour des parcours et de la coordination des acteurs ou encore le développement d'une culture de la prévention et de la promotion de la santé intégrant l'action précoce en sont des axes forts.

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Organiser l'attractivité des territoires pour relever notamment le défi de la démographie défavorable des professionnels de santé tout en conciliant sécurité/qualité/efficience et proximité.*

L'engagement en faveur de l'attractivité du territoire doit articuler les différents niveaux pertinents d'action. Il s'agit de pérenniser l'offre en santé et de parvenir à une gradation territoriale de l'offre à la fois :

- en prévention et promotion de la santé,
- en soins ambulatoires et hospitaliers,
- en matière d'accompagnement médico-social.

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

ORGANISER LES NIVEAUX D'INTERVENTION  
DANS LE NOUVEAU PÉRIMÈTRE RÉGIONAL

15. Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé
16. Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours, tout en conciliant qualité et sécurité
17. Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N° 6

**CHAQUE USAGER ET CHAQUE PROFESSIONNEL  
DOIT DISPOSER D'UNE INFORMATION LISIBLE**

### L'IDÉE C'EST ...

Chaque individu est un usager potentiel du système de santé. Il s'agit donc d'améliorer la compréhension de l'organisation du système de santé, et notamment de la prise en charge des soins. En ce sens, les campagnes grand public axées sur cette compréhension sont sources de meilleures orientations des usagers et de prises en charge plus précoces.

Les représentants des usagers mettent en avant une exigence de lisibilité du système de santé afin de garantir une plus grande opérationnalité des actions conduites.

Quand une pathologie se déclare, l'information du malade et de ses proches passe par une plus grande compréhension entre les professionnels de santé et les patients (et leur famille), affaiblis par la pathologie et parfois en difficulté face aux termes cliniques et médicaux. Le respect des droits des usagers vise alors à ce que les échanges entre soignant et patient soient compris par tous.

Les représentants des professionnels au sein de la démocratie en santé pointent la qualité des dispositifs existants tout en regrettant qu'ils restent méconnus sur le terrain. Ils font état de la difficulté à se repérer, à la fois pour les usagers et les professionnels, dans des dispositifs multiples et évolutifs.

Les acteurs de santé constatent le non-recours aux droits, à la protection sociale et à la santé. Le caractère souvent illisible du système de santé est un des éléments qui contribuent à ce non-recours, ce qui en fait l'un des principaux enjeux du PRAPS.

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Des Normands et des professionnels de santé mieux informés pour :*

- des choix éclairés de santé,
- diminuer le renoncement aux soins et le non recours aux droits et à la santé,
- des parcours de vie et de santé rendus plus fluides.

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

18. Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale
19. Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé

En savoir plus : Le PRAPS

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N° 7

**CHAQUE USAGER DOIT BÉNÉFICIER DE SERVICES ET INTERVENTIONS EN SANTÉ PERFORMANTS**

### L'IDÉE C'EST ...

Les démarches d'amélioration continue de la qualité ont pour objectif de garantir que les soins, les prises en charge en établissements ou en structures soient les plus sécurisés et les plus optimisés possibles.

Il va donc s'agir d'inscrire les actions nécessaires à l'atteinte de cet objectif dans une démarche managériale et organisationnelle, inscrite dans la durée, il s'agit là d'une des priorités en établissement comme en structure.

L'amélioration de notre système de santé implique des établissements adaptés aux besoins et efficaces, la principale difficulté tient au contexte de nécessaire maîtrise de la dépense publique.

Les politiques et les actions mises en œuvre pour garantir la sécurité, la qualité des soins et des prises en charge ont été définies comme priorités nationales et déclinées dans différents plans nationaux (dispositifs d'installation IFAQ (Incitation financière à l'amélioration de la qualité), la coordination des acteurs au travers du Réseau régional des vigilances et d'appui...).

L'évolution des exigences de la certification HAS (V2014) d'une part et des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux, d'autre part, a pour ambition de renforcer les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des prises en charge et des accompagnements.

Dans la perspective d'une pénurie de certaines catégories de professionnels de santé, la restructuration de l'offre hospitalière organisée au sein des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) permettra une organisation en processus et parcours « patients » plus à même de répondre aux besoins des usagers de notre système de santé.

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Garantir la sécurité et la qualité des interventions en santé.  
Réduire les écarts de pratiques professionnelles et notamment de prescriptions.*

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

20. Organiser la veille, l'alerte et la réponse aux événements graves et Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)
21. Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé
22. Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
23. Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnel

**En savoir plus : Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail**

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

**LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR**

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE

N° 8

### METTRE L'INNOVATION AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

#### L'IDÉE C'EST ...

Les innovations, qu'elles soient thérapeutiques, techniques ou organisationnelles, sont indispensables pour assurer dans le temps une médecine et un système de santé de qualité. Le système de santé actuel résulte des innovations d'hier ; il s'agit aujourd'hui de soutenir les innovations qui construiront l'avenir.

Le soutien aux innovations organisationnelles portées par les acteurs du système de santé est indispensable dans le contexte des profondes transformations du système de santé en cours. Les « virages » – inclusif ou ambulatoire – nécessitent un appui à des nouvelles formes de travailler ensemble pour le bien-être des usagers du système de santé. En cela, les innovations participent à la simplification et à l'efficacité du système de santé.



## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Un système de santé ayant intégré l'innovation pour proposer les meilleurs soins et accompagnements.*

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

24. Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé
25. Promouvoir et développer la recherche clinique (thérapeutique) et interventionnelle (participative)
26. Favoriser l'innovation en termes d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et partage de compétence

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR

OBJECTIF STRATEGIQUE

N° 9

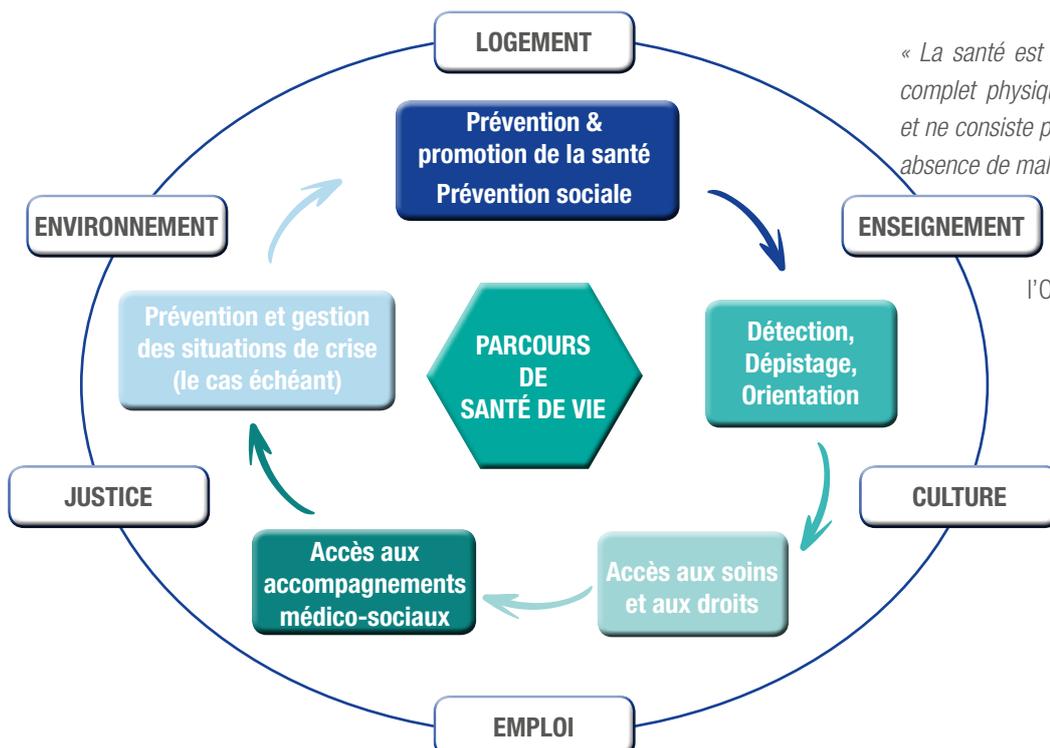
**DÉVELOPPER ET PÉRENNISER LES SYNERGIES AVEC LES INSTITUTIONS PUBLIQUES ET LA COMPLÉMENTARITÉ ET L'ARTICULATION DE LEURS POLITIQUES AU SERVICE D'UNE ACTION GLOBALE DE SANTÉ**

### L'IDÉE C'EST ...

Le Projet régional de santé doit être le trait d'union de la coordination des politiques publiques sur le champ de la santé, celle-ci revêt plusieurs aspects et son champ d'application est en interface avec de nombreux plans et programmes nationaux dont la mise en œuvre relève de la responsabilité d'opérateurs nombreux et variés (ex : Projet régional santé environnement - PRSE 3 ou encore le Plan régional santé au travail - PRST).

La cohérence de l'action publique en matière de santé vise à relever les grands défis sanitaires et à améliorer la santé des populations et notamment des plus vulnérables. Elle est financée par de nombreux instruments qui se trouvent entre les mains d'une multitude d'acteurs (ARS, conseils départementaux, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, services déconcentrés de l'État, Assurance maladie, conseil régional, collectivités territoriales, Éducation nationale, Service de santé des armées, etc.)

### Une indispensable coordination des politiques publiques



« La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Préambule 1946 à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Une action globale de santé améliorée par la coordination et la territorialisation des politiques publiques.*

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

27. Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
28. Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions
29. Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire
30. Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive

## LES AMBITIONS EN NORMANDIE

**LA SANTÉ POUR TOUS, UNE AMBITION REPOSANT SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, SOUTENABLE ET NOVATEUR**

OBJECTIF  
STRATÉGIQUE  
N° 10

**CHAQUE USAGER DOIT POUVOIR BÉNÉFICIER  
D'UN PARCOURS FLUIDE**

### L'IDÉE C'EST ...

Les membres de la CRSA et des CTS sont unanimes : malgré quelques améliorations, le cloisonnement reste encore marqué entre les secteurs de la prévention et promotion de la santé, des soins de 1<sup>er</sup> recours, hospitalier, médico-social et social. Les bilans des différents schémas adossés aux PRS des anciennes régions de Basse-Normandie et de Haute-Normandie laissent percevoir les mêmes défauts de coordination persistants.

L'ensemble des modélisations des parcours de santé et de vie prioritaires en Normandie démontre qu'une partie importante des ruptures identifiées dans les parcours est due à une problématique de coordination entre les différents acteurs. Il s'agit donc là d'un levier majeur de fluidification des parcours.

Cet objectif stratégique est sous-tendu tant par un impératif de qualité que par un impératif de compétence.

L'enjeu de coordination est également un enjeu d'efficience. En effet, les surcoûts liés aux retards des actions de santé, au manque d'articulation des actions de santé voire à leur redondance est un facteur important à prendre en compte, en plus d'être défavorable à la santé des personnes.

## CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Une coordination optimale entre les acteurs de santé (de la prévention, du soin et du médico-social) mais également plus largement entre l'ensemble des acteurs du parcours de vie et de santé d'une personne : acteurs du social, de l'Éducation nationale, du travail, de l'insertion... dans le cadre d'une approche globale de la santé.*

→ *Des parcours sécurisés et de qualité pour les personnes et leurs aidants.*

→ *Des prises en charge coordonnées et communicantes.*

## CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

31. Garantir la fluidité des parcours par la transformation

32. Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs



## LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS

Pour atteindre les ambitions de ce Cadre d'orientation stratégique (COS), il est fondamental de penser le suivi et l'évaluation de ce dernier dès la construction du PRS car ils permettront de mesurer son déploiement et ses effets. C'est donc un processus qui se pense de sa construction jusqu'à la validation de ses résultats.

Le suivi peut être considéré comme un temps zéro de l'évaluation, dans la mesure où les données qui en sont issues fournissent des éléments utiles pour l'évaluation. Pour autant, l'évaluation peut être réalisée de façon déconnectée du suivi périodique. Si le suivi du PRS a lieu tout au long de son déploiement, l'évaluation s'inscrit, elle, dans une temporalité plus ponctuelle.

Le suivi et l'évaluation des objectifs stratégiques du COS doivent être réalisés en cohérence avec le suivi et l'évaluation des objectifs à la fois du SRS et du PRAPS dans la mesure où ceux-ci constituent les déclinaisons opérationnelles du COS. L'évaluation et le suivi du COS et plus largement du PRS sont deux activités différentes mais complémentaires qui n'ont ni les mêmes objectifs ni la même temporalité.

### Le suivi du COS

### L'IDÉE C'EST...

Le suivi consiste à apprécier périodiquement le degré de déploiement ou de réalisation des actions contribuant à atteindre les objectifs fixés et à décrire les écarts observés.

Afin d'apprécier le degré de déploiement et de réalisation des actions du PRS, son suivi est fondamental puisqu'il permet de vérifier la bonne exécution des plans d'actions associés et d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées.

#### CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*Ce suivi permettra d'informer régulièrement le comité stratégique PRS ainsi que les instances régionales et territoriales de démocratie en santé (CRSA et ses commissions spécialisées, commissions de coordination des politiques publiques, CTS), des actions entreprises par l'ARS et ses partenaires dans une volonté de transparence et de partage sur l'avancement de la mise en œuvre de la politique régionale.*

*Le suivi du COS permettra de prendre en compte la réalité du terrain et de réviser le PRS en cas de nécessité.*

#### CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

A la fois instrument de pilotage et de visibilité de la mise en œuvre de la stratégie régionale, le suivi sera permanent et en cohérence avec celui du CPOM État/ARS sur la base d'un tableau de bord.

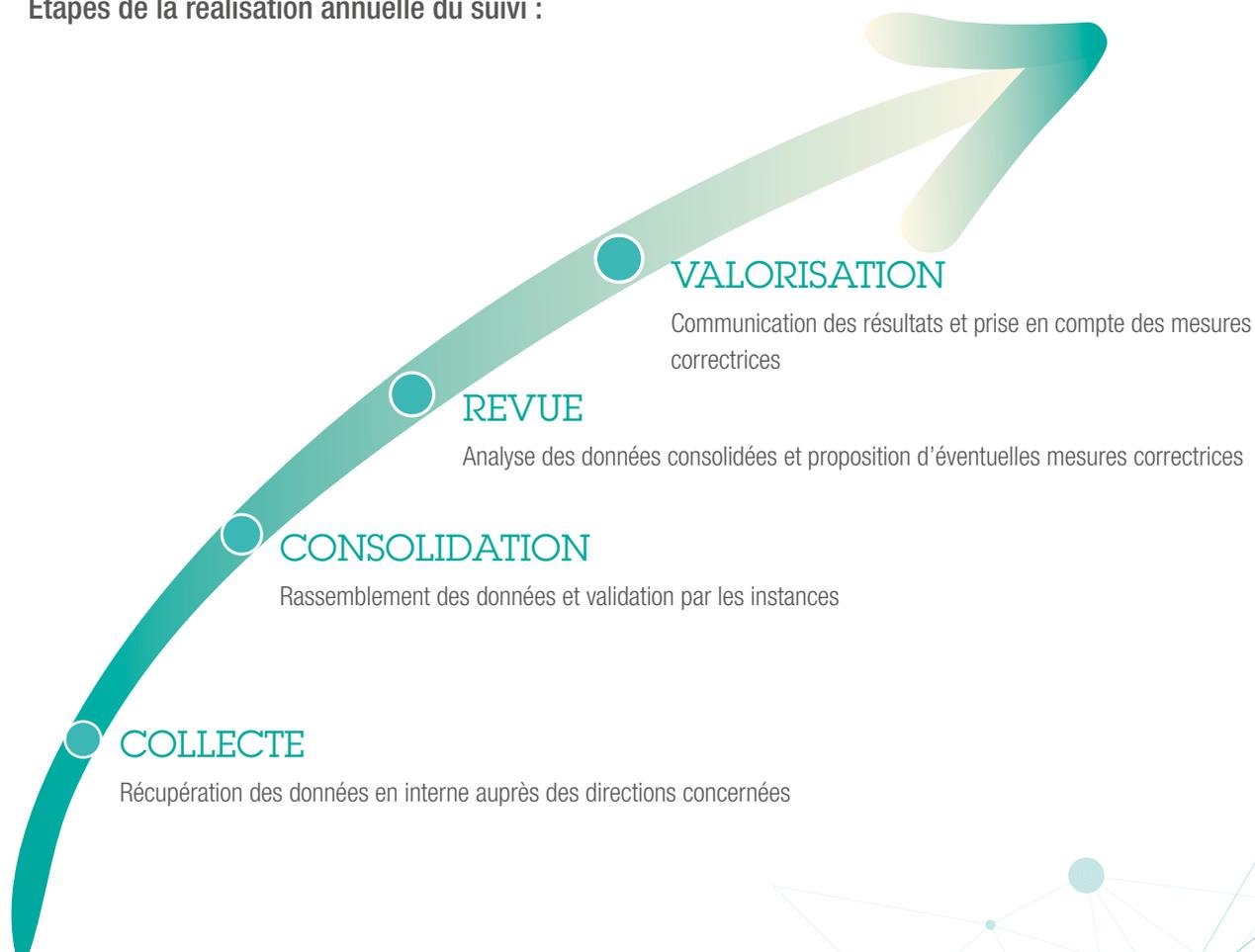
Ce tableau de bord intégrant les indicateurs retenus lors de la construction du PRS permettra de mesurer l'atteinte, ou non, des résultats espérés en réalisant un suivi fin de l'ensemble des plans d'actions qui déclineront le PRS.

Il sera réalisé de façon rigoureuse afin de permettre une évaluation du COS efficiente. Le suivi se déroulera en quatre étapes : collecte, consolidation, revue et valorisation.

Ces différentes phases seront réalisées en continu durant le déploiement du COS et formalisées au sein de bilans annuels.

---

## Étapes de la réalisation annuelle du suivi :



## LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS

L'évaluation du COS

### L'IDÉE C'EST...

L'évaluation des politiques publiques est un outil de modernisation de l'action publique indéniable puisqu'il permet de discuter des résultats d'une politique de façon objective. Il permet aussi de formuler un jugement sur les modalités et/ou les résultats de la mise en œuvre du PRS sur la base du recueil et de l'analyse des informations quantitatives et qualitatives.

#### CE QUE L'ON ATTEND À 10 ANS

*L'objectif de l'évaluation est de réorienter si besoin le PRS en cours et/ou d'anticiper les orientations pour le prochain exercice d'élaboration de la stratégie régionale de santé.*

*Par ailleurs, l'évaluation, en formulant un jugement objectif sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre du COS, permettra de créer un débat transparent et démocratique sur l'action publique qui est menée.*

*Le comité stratégique PRS se chargera du suivi et de l'évaluation du PRS.*

#### CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

L'ARS de Normandie souhaite réaliser pleinement l'exercice d'évaluation de l'action publique qu'elle mène. Dans ce cadre, des premières questions évaluatives ont été formulées dès la construction du PRS ce qui démontre la volonté de l'ARS de Normandie de mener une politique de santé ambitieuse.

La problématique centrale à laquelle devra répondre l'évaluation du COS est la suivante :

*« Dans quelle mesure le Cadre d'orientation stratégique (COS) a-t-il permis d'améliorer la santé de la population normande et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ? »*

Pour y parvenir, le COS sera questionné selon sept axes :

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>La qualité de mise en œuvre</b> | Les modalités de mise en œuvre permettent-elles un suivi performant de la politique régionale de santé ?<br>Contribuent-elles à l'atteinte des effets attendus ?<br>Les processus peuvent-ils être optimisés ?  |
| <b>La cohérence interne</b>        | Le COS et sa mise en œuvre opérationnelle sont-ils clairement définis ?<br>Ses objectifs sont-ils suffisamment précis et correctement hiérarchisés ?<br>Les résultats et impacts attendus sont-ils précisés et quantifiés ?<br>Les moyens sont-ils orientés sur les mesures prioritaires ou les plus pertinentes ?  |
| <b>La cohérence externe</b>        | Le COS et sa mise en œuvre opérationnelle sont-ils déployés en synergie avec les actions des autres politiques publiques comportant une dimension santé ?   |
| <b>La pertinence</b>               | Les objectifs du COS et ses déclinaisons inscrites dans le SRS et le PRAPS permettent-ils de répondre aux besoins ?<br>Les besoins ont-ils évolué ?   |
| <b>L'efficacité</b>                | Le PRS a-t-il contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population ?<br>Le PRS a-t-il contribué à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?<br>Le PRS a-t-il contribué à rendre l'information davantage lisible pour les usagers et les professionnels ?<br>Le PRS a-t-il contribué à améliorer l'accès à la santé des populations ?<br>Le PRS a-t-il contribué à agir sur les déterminants de santé et à rendre l'utilisateur acteur de sa santé ?<br>Le PRS a-t-il favorisé l'expression de l'utilisateur et le fait de l'amener à être partie prenante de la qualité du système de santé ?<br>La prévention et la promotion de la santé constituent-elles le 1 <sup>er</sup> levier du bien-être de la population ?<br>La qualité du système de santé a-t-elle été maintenue ou s'est-elle améliorée ?<br>L'innovation a-t-elle été mise au service du système de santé ?<br>Les synergies, la complémentarité et l'articulation des politiques publiques se sont-elles confortées ?<br>Le PRS a-t-il contribué à améliorer la fluidité des parcours de santé et de vie en renforçant la coordination et les coopérations entre les différents acteurs du parcours dans les territoires ?<br>Le PRS a-t-il pris en compte les spécificités territoriales ?<br>Le PRS a-t-il permis de mettre en place un système de veille et de sécurité sanitaire adapté et performant ? |
| <b>L'efficience</b>                | Les réalisations et résultats sont-ils obtenus au meilleur coût ?<br>D'autres actions peuvent-elles être envisagées pour renforcer les effets escomptés ?   |
| <b>La durabilité</b>               | Dans quelle mesure les effets apportent-ils une réponse durable aux besoins ?   |

Tout au long du déploiement du PRS, deux évaluations du COS et de la stratégie régionale de santé seront réalisées :

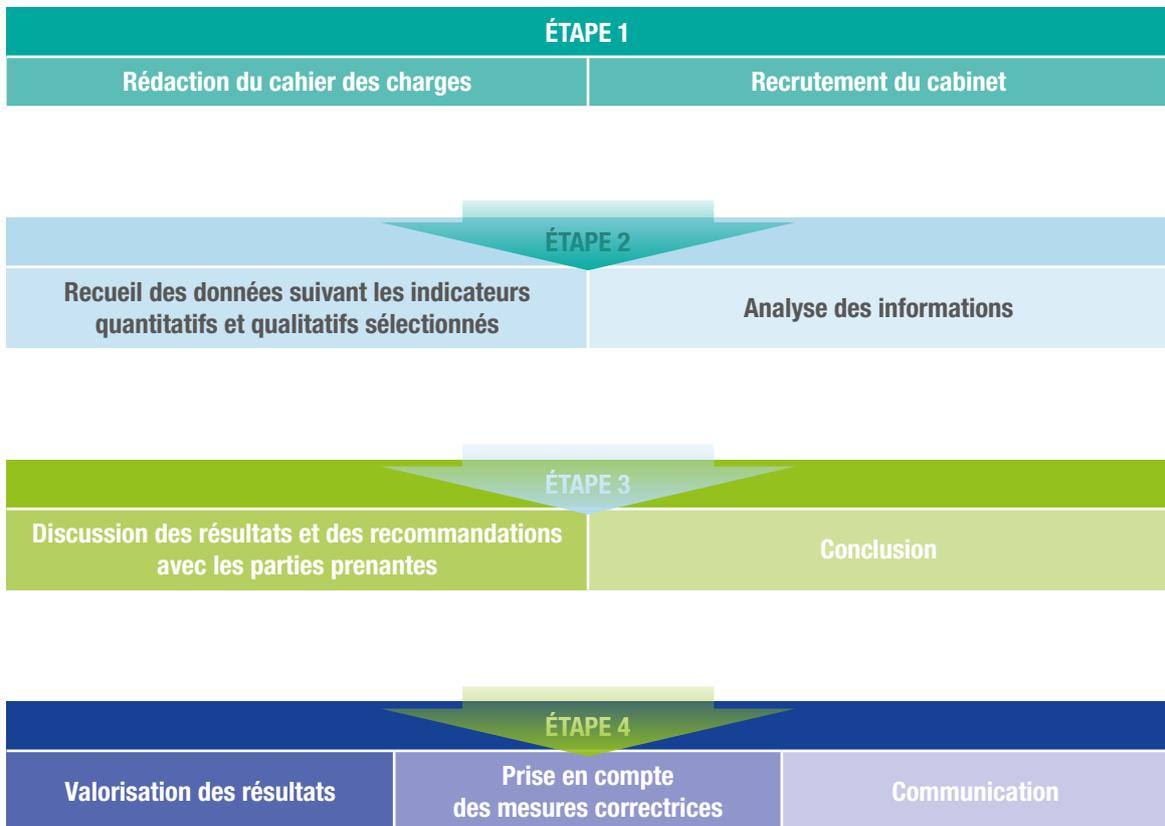
- Une évaluation intermédiaire à 5 ans :  
Une évaluation externe à la fin du premier Schéma régional de santé en 2023 qui permettra de dresser un premier bilan et de préparer le SRS 2
- Une évaluation externe finale à 10 ans :  
Cette évaluation permettra de tirer les enseignements pour l'élaboration d'une nouvelle stratégie régionale de santé.

## LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU COS

Des indicateurs d'état de santé à suivre pour mesurer l'impact de la stratégie régionale de santé sur les déterminants individuels ou comportementaux ayant le plus d'impact sur la mortalité en Normandie

| INDICATEUR   | CIBLE À 10 ANS  |
|--|---|
| Tabagisme  | Passer de 33 % de jeunes âgés de 17 ans fumeurs quotidiens à 20 % (cible Programme national de réduction du tabagisme - PNRT)                       |
| Usage d'alcool                                     | Passer de 12 % d'usage régulier d'alcool des jeunes de 17 ans à 7 % (prévalence la plus basse en région en 2014)                                    |
| Obésité  | Passer de 4,5 % (27-76) et 3,1 % (14-50-61) à une valeur cible de 3,1 % chez les enfants âgés de 5 ans (prévalence la plus basse en région en 2014) |
| Participation aux dépistages organisés des cancers | Atteindre au moins 45 % pour le cancer colorectal et 70 % pour le cancer du sein (cibles du plan cancer 3)  |
| Suicide  | Atteindre les taux nationaux, soit 25/100 000 pour les hommes et 7,2 pour les femmes  |

### ÉTAPES DE LA MISSION D'ÉVALUATION EXTERNE DU PRS







Agence régionale de santé de Normandie  
Espace Claude Monet  
2 place Jean Nouzille – CS 55035  
14050 CAEN Cedex 4  
Tél. : 02 31 70 96 96  
Courriel : [ars-normandie-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-contact@ars.sante.fr)  
Site : [www.normandie.ars.sante.fr](http://www.normandie.ars.sante.fr)  
Compte twitter : @ars\_normandie