

— LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ (PSRS)

Sommaire

1. Introduction
2. Les besoins de santé
3. Les priorités de santé
4. Les objectifs de santé
5. L'étude prospective de l'offre de santé
6. Principes généraux d'organisation de l'offre de santé
7. Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé
8. L'organisation de l'évaluation et du suivi de la mise en œuvre du projet régional de santé

1. Introduction

Le Projet Régional de Santé, instrument de pilotage régional de la santé.

Par la loi HPST le législateur a voulu mettre en place un véritable pilotage régional de la santé qu'il a concrétisé par la création des ARS. Ce pilotage régional s'exerce en application d'une politique nationale de santé adaptée aux spécificités locales.

Le niveau national a fixé trois grandes missions aux ARS :

- **améliorer l'espérance de vie en bonne santé** : cette amélioration passe principalement par la prévention, c'est-à-dire l'action sur les déterminants de santé. Il a été montré que la prévention pouvait contribuer à hauteur de 85 % à la réduction de la mortalité prématurée contre 15 % pour le soin,
- **promouvoir l'égalité devant la santé** : l'ambition est de réduire les inégalités entre territoires, entre hommes et femmes et entre groupes sociaux.
- **développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient**. Il s'agit de viser à préserver voire améliorer le niveau global de santé et la qualité du système de santé français dans sa double composante préventive et curative. Cette ambition sera conjuguée avec le respect de l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Il appartient à l'ARS de Basse Normandie de définir les actions qui permettront d'améliorer la santé dans notre région sur ces trois axes. C'est la vocation du Projet Régional de Santé .

Une approche nouvelle de la santé

Ce projet est élaboré sur la base de principes novateurs :

La transversalité

L'usager est pris en compte dans son intégralité, alors qu'il était d'usage d'organiser séparément les aspects de prévention, de soins et médicosociaux. C'est le parcours de santé qui est réétudié pour l'améliorer.

L'étude des besoins de santé

Les réflexions partent des besoins de santé et pas seulement d'une étude de l'offre, ce qui permet d'organiser l'offre en fonction des besoins, notamment sur le plan qualitatif.

Une démarche participative

Les travaux d'élaboration du projet régional de santé s'inscrivent dans une démarche participative associant les professionnels et les usagers tant au stade de l'évaluation des besoins de santé, qu'à celui de l'élaboration des solutions proposées. Elle se traduit par des procédures de consultation des populations, des élus, et des instances représentatives (CRSA)

La territorialisation

Le Projet est conçu dans une logique territoriale. Des priorités régionales ont été définies après consultation des territoires. Les programmes d'action pour ces priorités seront territoriaux et mise en œuvre dans le cadre de contrats locaux.

Le contenu du PRS

Le Projet Régional de Santé **définit pour les 5 ans à venir** :



- la **ligne stratégique** et les objectifs que se fixe l'ARS (le **Plan Stratégique Régional de Santé**)
- les **modalités d'organisation** des services de santé pour atteindre ces objectifs (les 3 **schémas** d'organisation : prévention, soins, médico-sociale)
- les **plans d'actions** et de financement (les plans et **programmes**, les contrats d'objectifs et de moyens...)

Le Plan Stratégique Régional de santé

Il comprend :

- Un **diagnostic** sous la forme d'une étude des besoins (Atlas de la santé, consultation de la population) et d'une **étude prévisionnelle** de l'offre de santé.
- La définition de **priorités de santé** régionales et des objectifs associés. Elles sont réparties entre 5 domaines Handicap et Vieillesse, Périnatalité, Santé mentale, Maladies chroniques, Risques sanitaires et déclinées en objectifs. Un sixième domaine porte sur l'organisation de l'offre de services de santé et définit les principes qui doivent guider les schémas et programmes dans ce domaine.

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

« Art. R. 1434-2. – Le plan stratégique régional de santé comporte :

- « 1 • Une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, tenant compte :
 - « a) De la situation démographique ;
 - « b) De l'état de santé de la population et des données sur les risques sanitaires ;
 - « c) Des inégalités sociales et territoriales de santé ;
 - « d) Des données régionales en matière de santé et de handicap ;
- « 2 • Une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie ;
- « 3 • Les objectifs fixés en matière :
 - « a) De prévention ;
 - « b) D'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
 - « c) De réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;
 - « d) De qualité et d'efficacité des prises en charge ;
 - « e) De respect des droits des usagers ;
- « 4 • Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ;
- « 5 • L'organisation de l'évaluation et du suivi de la mise en œuvre du projet régional de santé.

2. Les principaux résultats de l'analyse des besoins de santé

L'objectivation d'un besoin de santé est un exercice difficile : en effet, le besoin peut être défini comme l'écart entre un état présent et un état souhaité. Cette définition met en évidence la difficulté à, d'une part, mesurer un état de santé de manière objective, et d'autre part, exprimer l'état de santé souhaité et souhaitable.

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

- 1 une approche théorique et scientifique, fondée sur l'observation et l'exploitation des données et enquêtes disponibles : l'ATLAS de la santé en Basse-Normandie
- 2 une approche directe par l'interrogation des populations et des acteurs de santé. Son objectif est d'évaluer les besoins de santé ressentis qu'ils soient ou non diagnostiqués, qu'ils fassent ou non l'objet d'une demande de prise en charge.

L'ATLAS

A la lumière du diagnostic régional réalisé, notre région présente les caractéristiques principales suivantes :

1 Un vieillissement supérieur à la moyenne nationale

Cet élément se caractérise par une population de personnes âgées supérieure à la moyenne nationale et par une tendance à un renforcement de cette proportion résultant à la fois d'un départ des classes jeunes et d'une arrivée de retraités dans la région.

2 Des caractéristiques socio démographiques "meilleures" que la moyenne nationale

Certains indicateurs (taux de personnes isolées, proportion de bénéficiaires de RMI ...) situent la région à un niveau plus favorable que la moyenne nationale.

3 Une surmortalité et mortalité prématurée supérieure chez les hommes

Si la majorité des indicateurs de mortalité ne présente pas de différence significative avec le reste du territoire national. Toutefois, l'indicateur de mortalité prématurée est sensiblement supérieur pour les hommes.

4 Le rôle majeur de l'alcool comme déterminant de santé

Cette caractéristique se traduit notamment par un taux de mortalité due à une consommation excessive d'alcool très significativement supérieur à la moyenne nationale. Ce déterminant aggrave ou contribue très probablement aux taux élevés en matière de suicide et de mortalité par accidents de la circulation.

5 Des variations importantes selon les territoires

La comparaison entre les territoires infra régionaux laisse apparaître des différences importantes. Elle amène à s'intéresser plus particulièrement à certains territoires présentant des taux de mortalité élevés et de fortes inégalités socio démographiques.

Afin d'identifier d'éventuelles inégalités de santé infrarégionales, l'observation des données s'est faite au travers des 19 territoires intermédiaires identifiés dans le cadre de la définition des territoires de santé (Cf. site internet de l'ARS, rubrique votre ARS > Le Projet Régional de Santé > Le Plan Stratégique Régional de Santé > Les territoires de santé). A noter que ces territoires intermédiaires ont été construits à partir de l'observation de données populationnelles (organisation des flux autour d'un panier de services élémentaires, flux domicile / travail)

Avec l'aide de



Quatre types de territoires peuvent être distingués suivant leurs caractéristiques sociodémographiques ou de mortalité. Ce regroupement permet potentiellement d'identifier les territoires en fonction de leur situation et des priorités qui pourraient être mises en œuvre de manière graduée.

Positionnement des territoires	Indicateurs de mortalité favorables ou non distinctifs	Indicateurs de mortalité préoccupants : mortalité prématurée et/ou la mortalité liée à des comportements à risques est importante
Déterminants sociodémographiques favorables ou non distinctifs	le territoire avranchinois le territoire coutançais le territoire flerien le territoire granvillais le territoire mortagnais le territoire mortainais le territoire saint-hilarien le territoire saint-lois le territoire virois	le territoire bajocasse le territoire de lessay
Déterminants sociodémographiques préoccupants	le territoire alençonnais le territoire argentanais le territoire caennais le territoire lexovien Le territoire caennais	Le territoire carentanais Le territoire cherbourgeois Le territoire deauvillais Le territoire aiglou



croisement indicateurs ATLAS

- déterminants sociodémographiques + sur-mortalité prématurée et/ou liée à des comportements à risques
- sur-mortalité prématurée et/ou liée à des comportements à risques
- déterminants sociodémographiques
- pas de déterminants significatifs

Octobre 2010

Retrouvez l'ensemble des résultats sur le site de l'ARS : <http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/L-analyse-des-besoins-de-sante.97918.0.html>

La consultation Pays

Parallèlement à ce diagnostic régional, l'ARS de Basse-Normandie a mené une consultation par l'entremise de 12 Pays pour recenser les besoins de santé ressentis par les bas-normands.

Le territoire régional est entièrement couvert par 13 Pays. Un Pays est une association de collectivités territoriales : communes, groupements, dans un territoire ayant vocation à être reconnu pour former un pays. Les acteurs économiques, sociaux, culturels et associatifs, y sont activement associés au sein d'un conseil de développement.

830 personnes ont été consultées en Basse-Normandie et se sont exprimées autour de 2 600 besoins de santé.

Ce qui en ressort :

- une préoccupation importante de la population au sujet du **vieillessement** en particulier pour le **maintien à domicile** des personnes en perte d'autonomie
 - 15% des besoins de santé exprimés concernent le vieillissement, dont plus de quatre sur dix sur le maintien à domicile
- Le mal-être** en général englobant les souffrances psychiques des jeunes et le stress des adultes
 - 12% des besoins de santé exprimés concernent le mal-être (à tous âges)
- Les addictions** se traduisant par des problèmes de santé des jeunes (comportements à risque)
 - 9% des besoins de santé touchent les addictions (en particulier l'alcool pour 1/3 d'entre eux)
- L'éducation à la santé**, notamment concernant la nutrition (1/3 du sujet)

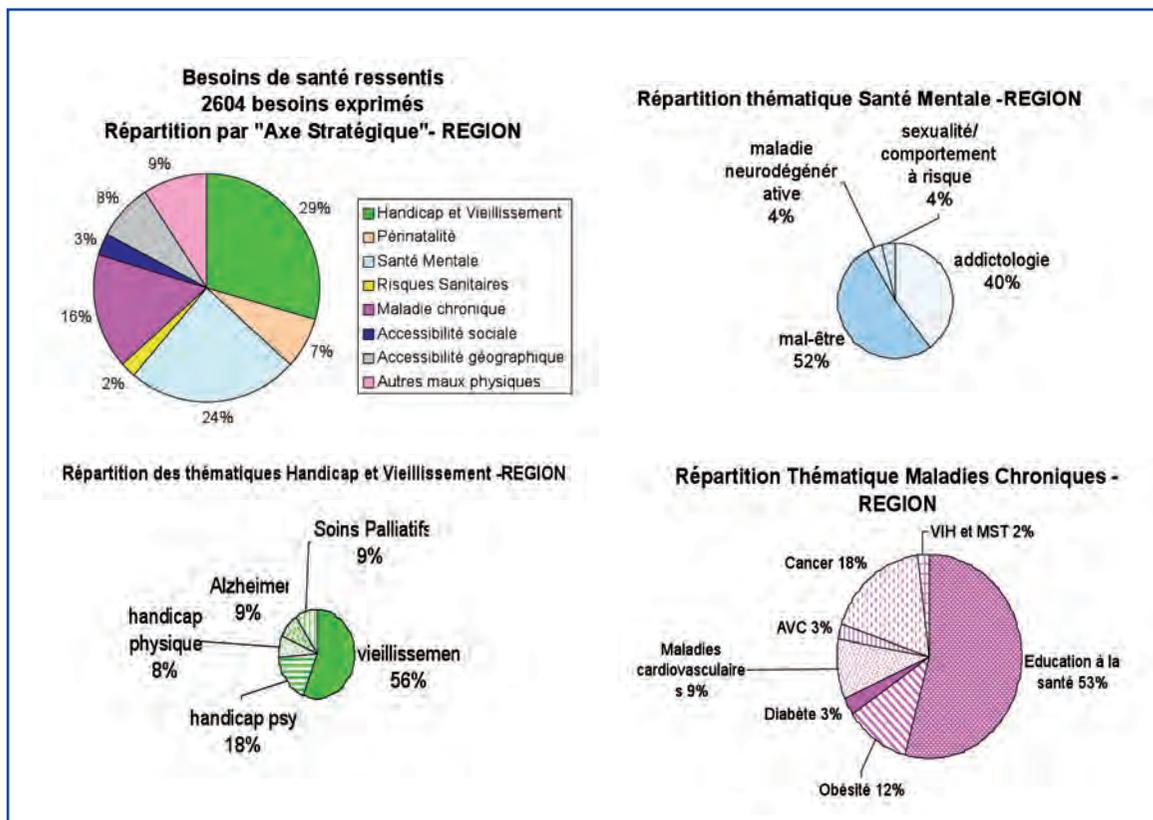
Entre les deux approches, des confirmations

- une préoccupation importante autour de la réponse aux besoins des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie
- des préoccupations posées par les problèmes d'alcoolisme et d'addictions
- des préoccupations concernant l'accessibilité sociale et territoriale à la santé

Des complémentarités

On ne « souffre pas uniquement » de ce dont on meurt

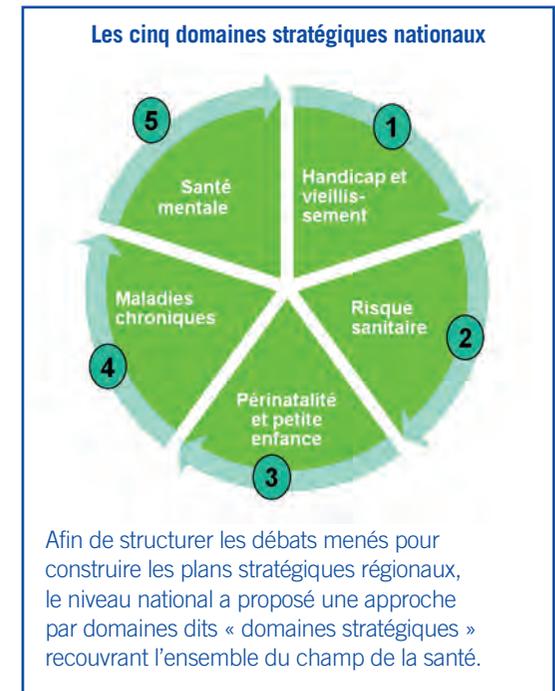
- une expression importante des souffrances psychiques (mal-être, stress, états dépressifs)
- une volonté de s'occuper de l'éducation à la santé : hygiène de vie en particulier autour de l'alimentation
- le souci exprimé concernant le dépistage des troubles et risques de handicap des enfants
- une demande de soutien à la parentalité



3. Les priorités de santé

Sur la base des travaux d'analyse des besoins de santé (atlas, consultations pays, bilans et états des lieux des schémas antérieurs), 16 priorités ont été retenues après avis favorable de la CRSA.

Domaines	Priorités retenues
Handicap et Vieillessement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le respect du projet de vie de la personne en perte d'autonomie (incluant les troubles sensoriels de la PA) 2. Les maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer 3. La réponse aux besoins des populations vieillissantes en situation de handicap 4. La prise en charge des personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme
Risques Sanitaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le dispositif de la veille, de la sécurité et de l'information sanitaire 2. La qualité de l'environnement pour prévenir les risques sanitaires liés aux milieux de vie 3. La culture en santé environnement
Périnatalité et Petite Enfance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les troubles neuropsychiques et sensoriels des jeunes enfants 2. L'accès à la santé des enfants et notamment des populations fragilisées 3. Libre choix et accompagnement de la grossesse
Maladies Chroniques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le cancer 2. Les maladies neuro-cardiovasculaires 3. Les maladies du métabolisme
Santé Mentale et Mal-être	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le mal-être et les troubles psycho-sociaux des enfants et adolescents 2. Les consommations excessives d'alcool 3. Les souffrances psychiques



4. Les objectifs de santé

Pour chacune des seize priorités de santé, ont été définis en partenariat avec des professionnels de santé de chaque domaine stratégique des objectifs qui guideront l'action de l'ARS durant les cinq prochaines années.

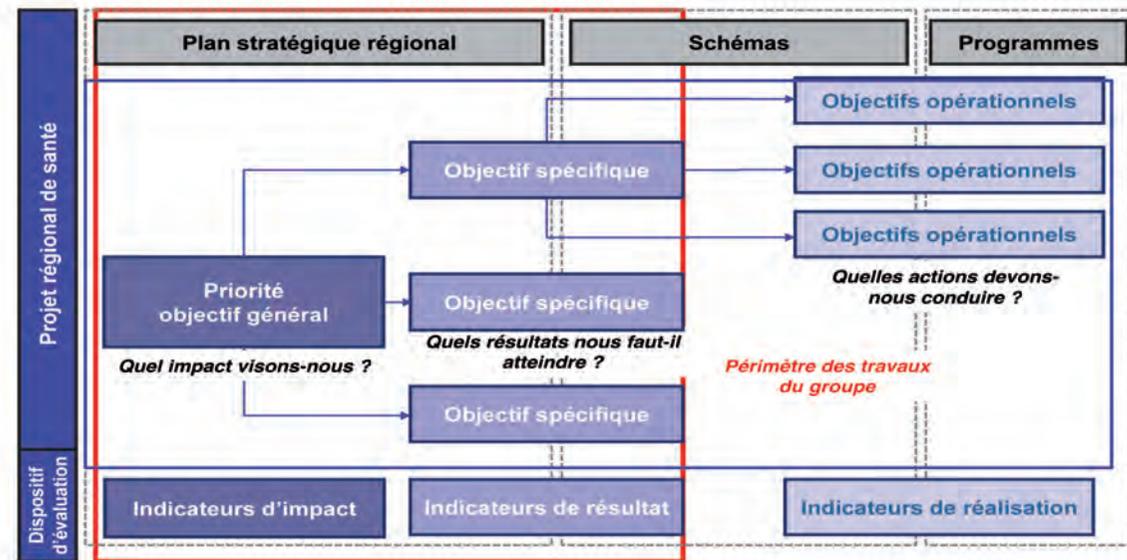
Les objectifs tiennent compte à la fois des orientations nationales et des spécificités de notre région. Ils permettent de traduire les impacts recherchés (objectifs généraux) pour la priorité et les résultats intermédiaires (objectifs spécifiques) qu'il faut atteindre pour aller vers les dits impacts.

45 objectifs généraux
128 objectifs spécifiques

Les objectifs généraux par domaines stratégiques

Handicap et vieillissement

1. Améliorer l'anticipation des besoins des d'attentes et /ou demandes d'accompagnement des plus de 75 ans en perte d'autonomie.
2. Améliorer l'implication des personnes en perte d'autonomie à la construction de leur projet de vie
3. Améliorer le respect du désir de maintien à domicile
4. Augmenter les possibilités d'accès à un établissement ou service social ou médico-social à proximité de son bassin de vie.
5. Améliorer l'articulation entre la ville et l'hôpital au moment d'une entrée ou d'une sortie d'hospitalisation
6. Améliorer la qualité de vie des patients malades d'Alzheimer et maladies apparentées (cf indicateurs plan Alzheimer)
7. Améliorer l'anticipation des besoins d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
8. Assurer une prise en charge et un accompagnement précoce des personnes handicapées psychiques
9. Assurer un accompagnement précoce des personnes autistes
10. Favoriser le maintien en milieu de vie ordinaire



Risques sanitaires

11. Améliorer la lutte contre les maladies en réduisant leurs impacts et les épidémies
12. Assurer une meilleure sécurité sanitaire de la population BN
13. Réduire les expositions aux pollens et substances végétales allergisantes
14. Mieux évaluer et suivre l'exposition de la population aux polluants atmosphériques
15. Réduire les émissions industrielles de substances toxiques à l'atmosphère
16. Garantir la disponibilité en eau par une gestion durable de la ressource et une démarche de sécurité renforcée
17. Préserver la ressource en eau
18. Améliorer la qualité de l'eau distribuée dans les réseaux publics
19. Lutter contre l'habitat indigne
20. Réduire les expositions des populations sensibles
21. Améliorer la qualité de l'air intérieur
22. Faciliter l'accès à l'information en santé environnement
23. Contribuer à l'éducation et à la culture en santé environnement (Cf. 1.2.2. et 1.2.4.)
24. Décliner au niveau local les priorités du PRSE

PRSE

Périnatalité et Petite Enfance

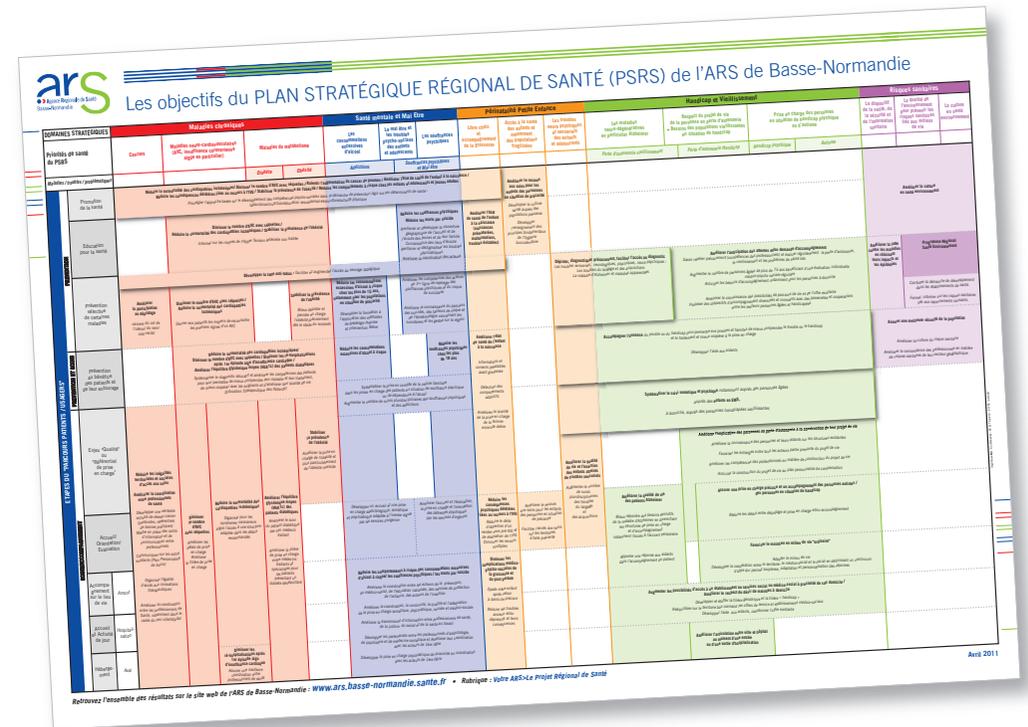
25. Améliorer la précocité des diagnostics des troubles neurologiques, psychiques, neuro-psychiques, et sensoriels chez l'enfant de moins de 5, 6 ans
26. Améliorer la qualité de vie et l'insertion des enfants atteints de troubles sensoriels ne relevant pas du handicap notamment les troubles du langage et des acquisitions
27. Améliorer le recours aux soins pour les enfants des personnes en situation de précarité
28. Faire en sorte que tous les enfants accueillis en structures sociales et médico-sociales bénéficient d'un bilan global de santé (à la fois somatique et psychique)
29. Réduire les conséquences psychiques délétères liées au recours à l'IVG
30. Améliorer l'état de santé de l'enfant en diminuant le nombre de naissances prématurées, les malformations et autres troubles évitables
31. Diminuer les complications médico-psycho-sociales de la grossesse et du post-partum

Maladies Chroniques

32. Augmenter la participation aux dépistages
33. Développer la lutte anti-tabac pour ralentir l'augmentation des cancers du poumon notamment chez la femme
34. Améliorer la coordination des professionnels de santé
35. Réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins
36. Réduire la surmortalité des cardiopathies ischémiques
37. Diminuer le nombre d'AVC avec séquelles
38. Diminuer le nombre de ré-hospitalisations après un premier épisode aigu d'insuffisance cardiaque
39. Améliorer l'équilibre glycémique moyen (HbA1C) des patients diabétiques conformément aux recommandations HAS
40. Stabiliser la prévalence de l'obésité

Santé mentale et Mal-être

41. Réduire les comportements à risque chez les enfants adolescents et jeunes adultes (6-25 ans)
42. Réduire les souffrances psychiques et les morts par suicide chez les enfants, adolescents et jeunes adultes (6-18 ans)
43. Réduire les consommations d'alcool à risque chez les plus de 15 ans notamment pour les populations en situation de précarité
44. Réduire les souffrances psychiques chez les plus de 18 ans
45. Réduire les morts par suicide chez les plus de 18 ans



LECTURE DU POSTER

Ce poster vous permet une lecture transversale et facilitée de l'ensemble des priorités et objectifs en croisant domaines stratégiques (en colonne) et étapes du parcours de vie ou de prise en charge des personnes de la promotion de la santé à la réponse sanitaire ou médico-sociale. Cette approche permet également de mettre en évidence les objectifs qui concernent plusieurs priorités ou domaines stratégiques. Exemple : l'objectif spécifique "Privilégier l'approche basée sur le développement des compétences psycho-sociales dans la démarche de prévention" participe aux domaines Santé mentale/ Maladie chronique et Périnatalité et Petite enfance

5. L'étude prospective de l'offre

- Une description fine et détaillée de l'offre de santé, des professionnels, des activités et des structures qui la constituent
 - Une notion de prospective tant en matière de besoins prévisionnels de consommation qu'en termes de démographie des professionnels assurant leur prise en charge
- Y sont abordés des éléments relatifs à l'offre ambulatoire, sanitaire, médico-sociale et de promotion de la santé. Seule une petite partie des résultats sont présentés dans cette brochure.

Elle permet d'identifier plusieurs points de fragilité dans la Région :

- inégalités territoriales en matière de répartition des professionnels
- isolement de certains territoires en termes de promotion de la santé,
- difficultés de renouvellement de certaines catégories de professionnels de santé,...

Liste des professions présentées dans l'EPO :

- **Les médecins spécialistes en médecine générale**
 - Les médecins généralistes libéraux
 - Les médecins généralistes salariés
 - Les médecins remplaçants
 - Les médecins généralistes de premier recours
- **Les médecins d'autres spécialités**
 - Spécialités chirurgicales
 - Spécialités médicales
 - Anesthésie-Réanimation
 - Biologie médicale
 - Les gynécologues
 - Les pédiatres
 - Les psychiatres
 - Les médecins du travail
- **Les pharmaciens**
- **Les Infirmiers**
 - Dont les infirmiers anesthésistes
 - Dont les infirmiers de bloc opératoire
- **Les Masseurs-kinésithérapeutes**
- **Les chirurgiens-dentistes**
- **Les sages-femmes**
- **Les orthophonistes**
- **Les orthoptistes**
- **Les psychomotriciens**
- **Les pédicures podologues**
- **Les ergothérapeutes**
- **Les audioprothésistes**
- **Les manipulateurs en électro-radiologie médicale**
- **Les diététiciens**
- **Effectifs de professionnels en formation au sein de la région.**

L'évolution de la plupart de ces professions est décrite sur les dix dernières années : répartition territoriale (région et trois départements), mode d'exercice, répartition par âge, sexe...

Quelques résultats marquants

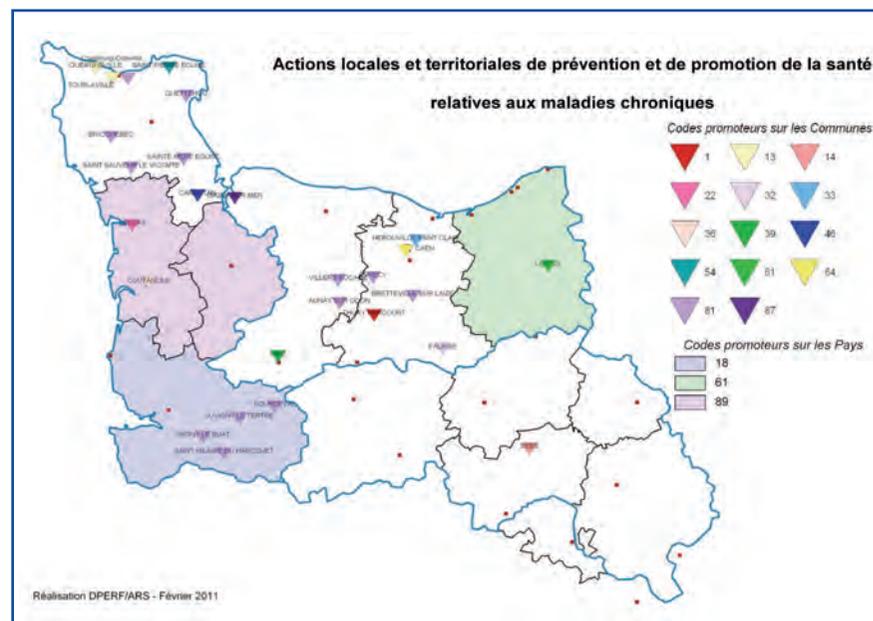
Une tentative d'évaluation à l'horizon 2020 du nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de démence

Evaluation des prévalences par classe d'âge aujourd'hui
Déformation de la pyramide des âges

	Alzheimer		Démence		Population étudiée		% dans la population	
	Nb cas	Evolution	Nb cas	Evolution	Effectif	Evolution	Alzheimer	Démence
2007	18 105	-	22 614	-	140 586	-	12.9 %	16.1 %
Estimation 2020	24 195	+ 34 %	30 037	+ 33 %	158 072	+ 12 %	15.3 %	19 %

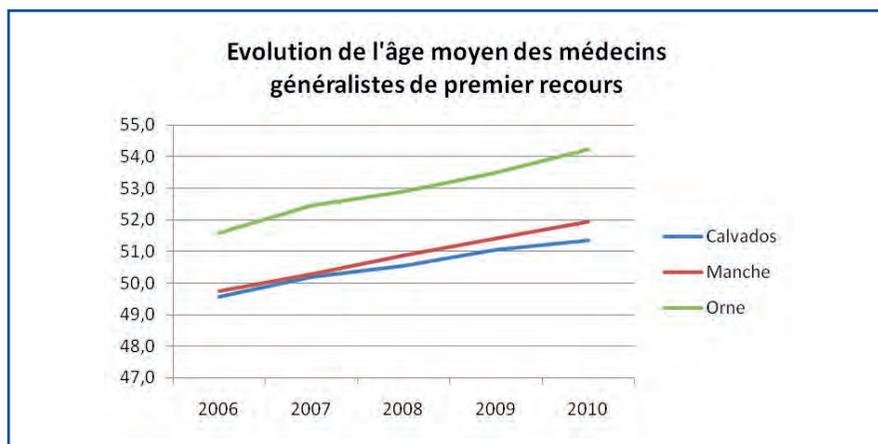
Prévention : des actions très localisées

Les données relatives aux actions de prévention et de promotion de la santé, comme les réseaux, sont issues des dossiers de financement



Ambulatoire : des médecins de plus en plus âgés, une évolution prévisible défavorable

**hypothèses de projection : stabilité de l'âge moyen de départ en retraite (autour de 62-63 ans aujourd'hui), stabilité des comportements des départs (autres que les départs en retraite), stabilité des comportements observés des jeunes diplômés depuis cinq ans en matière d'installation, des comportements des arrivées (autres que les retraites) et les arrivées (autres que celles de jeunes professionnels)*

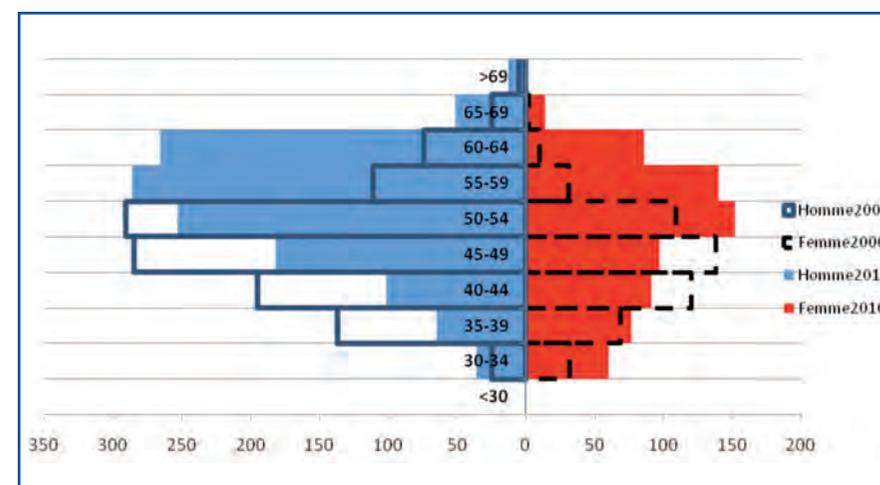


Evolution annuelle	2010-2015	2016-2020 *
Départs en retraite	-40	-50
Autres départs	-10	-10 ou -9
Arrivées de jeunes	+18	+20 à +22
Autres arrivées	+8 à +12	+8 à +12
Variation annuelle projetée	-20 à -24	-25 à -32

Des infirmiers de plus en plus nombreux, une augmentation compatible avec l'évolution prévisible des consommations de soins

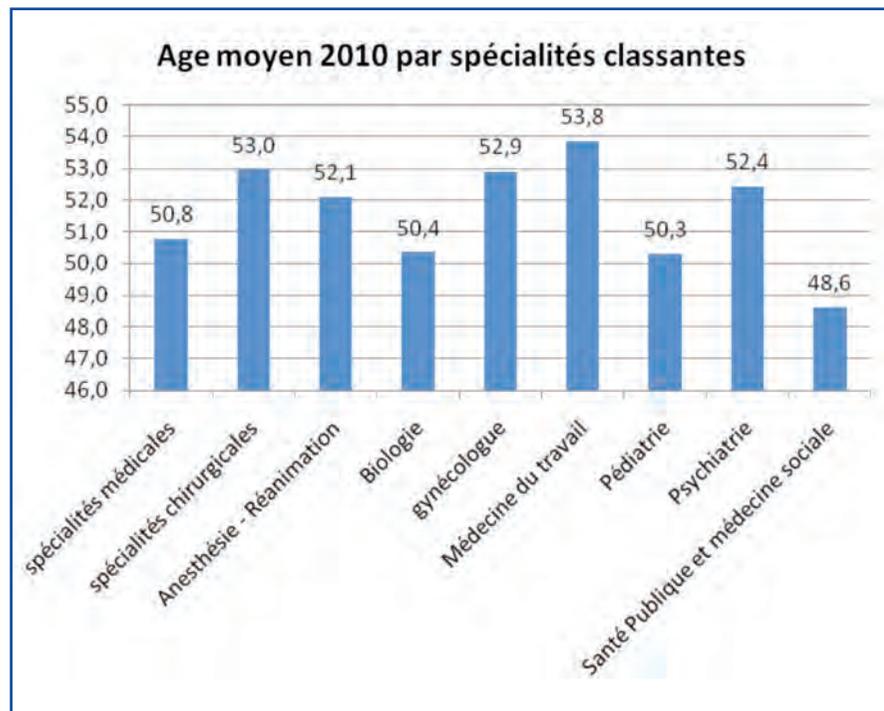
En 2009 : 2 009 infirmiers diplômés d'Etat de moins de 30 ans contre 1 745 de 55 ans et plus ; la hausse des quotas depuis plusieurs années devrait permettre le renouvellement de cette profession sans difficulté majeure (des diplômés en augmentation 702 places / an dans les écoles de la région) ; Une consommation de soins déformée par la structure par âge : +0,7% / an jusqu'en 2020

Un vieillissement important des médecins spécialistes depuis 10 ans, malgré un renouvellement en cours notamment dans le département du Calvados



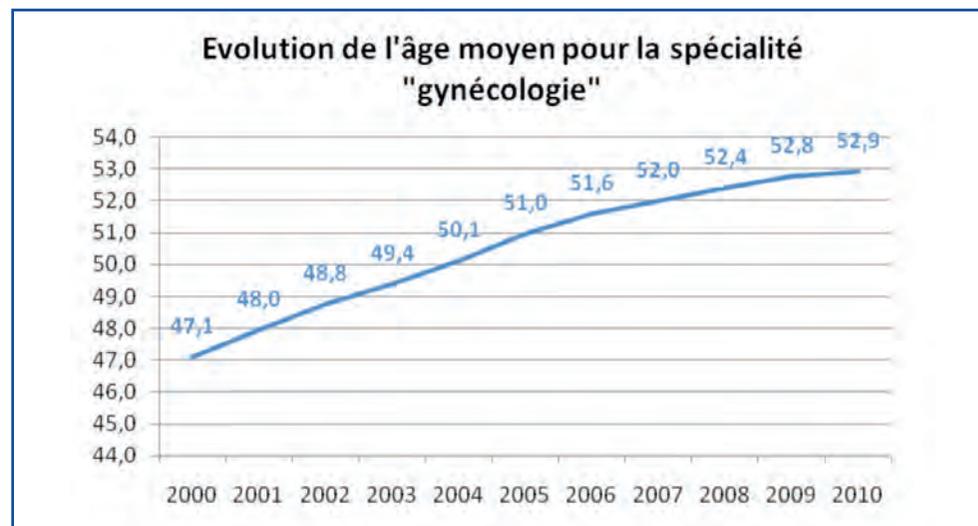
Plusieurs spécialités médicales sous tension démographique`

Des disparités suivant les spécialités sont à noter : les médecins du travail, les spécialités chirurgicales, les gynécologues et les psychiatres sont en moyenne plus âgés que les autres spécialités.



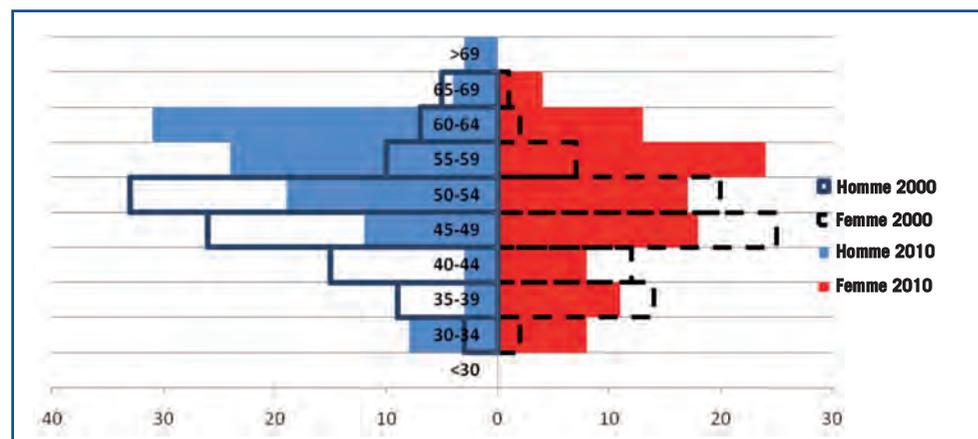
Gynécologues

Un âge moyen en constante augmentation (+5,8 ans en 10 ans)



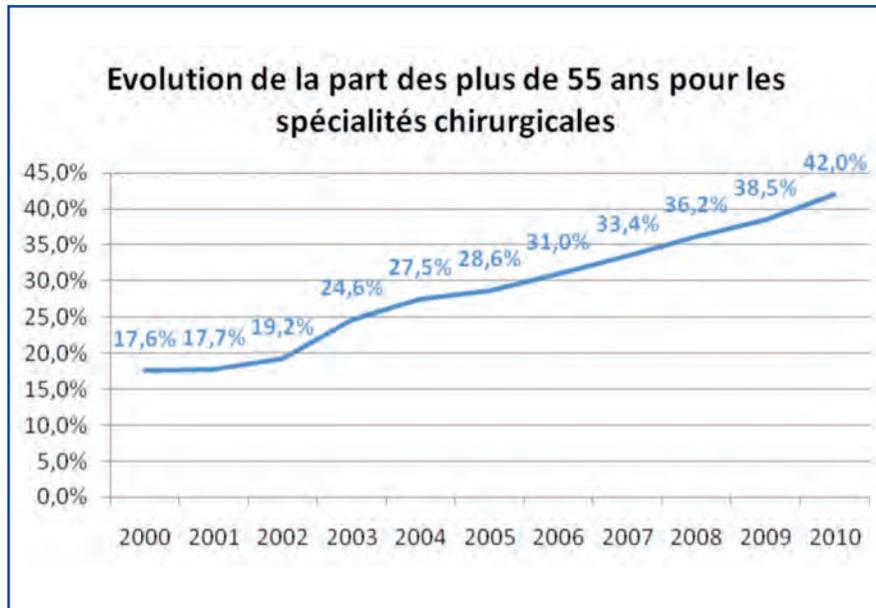
Psychiatres

La pyramide des âges des psychiatres montre un vieillissement des professionnels depuis 2000. Toutefois on observe un renouvellement des professionnels (en particulier féminin)



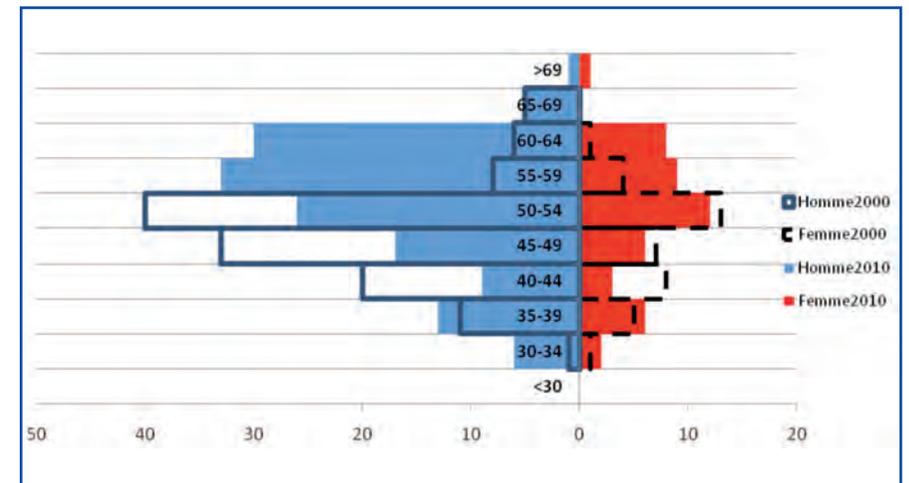
Chirurgiens

Un vieillissement important de cette spécialité surtout dans l'Orne
Un nombre de chirurgiens généraux en baisse (-31% depuis 10 ans)

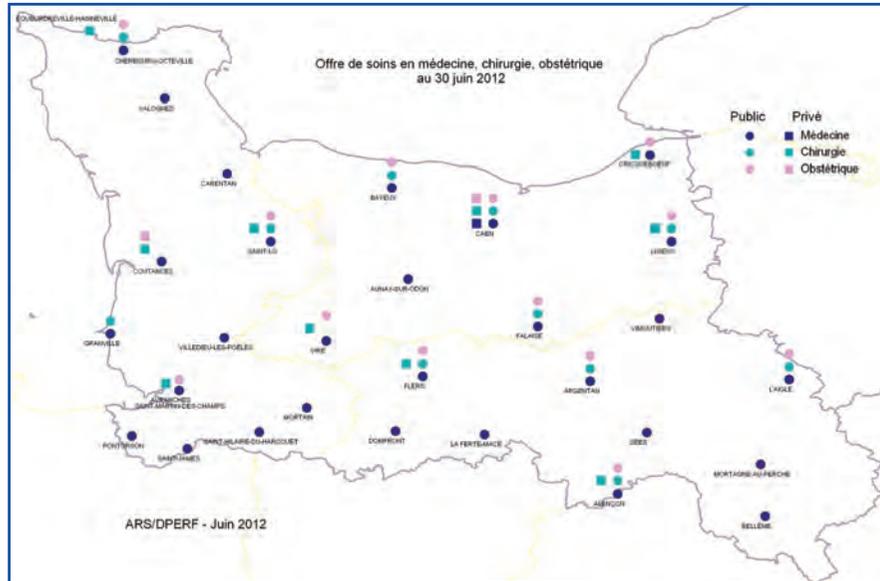


Anesthésistes

La pyramide témoigne d'un vieillissement des anesthésistes-réanimateurs entre 2000 et 2010 (déplacement de la pyramide vers le haut). Toutefois, la base plus large qu'en 2000 témoigne d'un renouvellement de la profession



Une offre hospitalière importante répartie sur de nombreux établissements de tailles très diverses



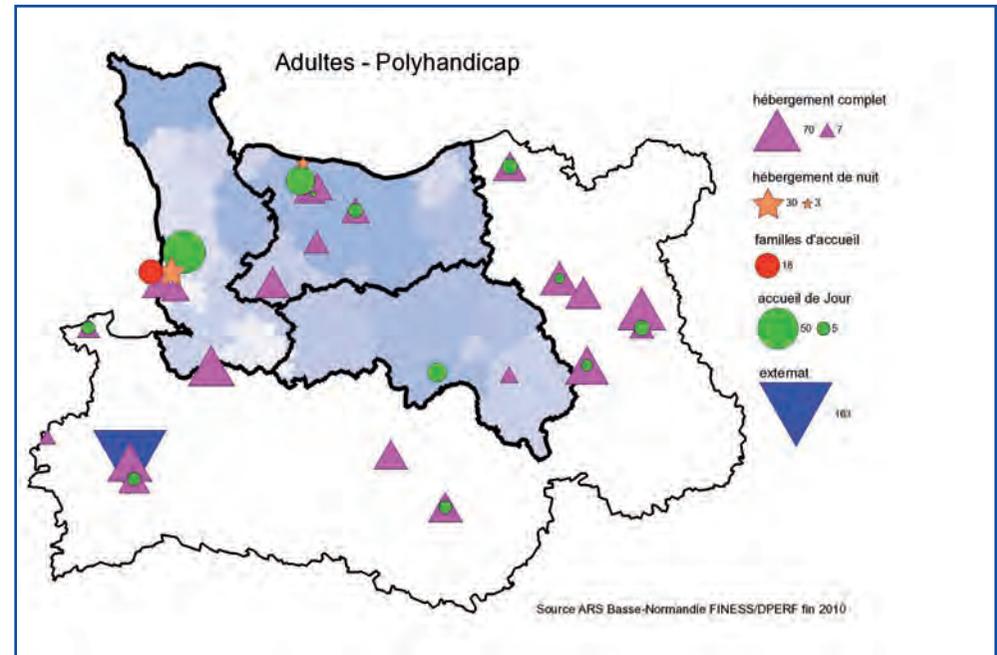
Des représentations encore imparfaites de l'offre médico-sociale

Précaution : La diversité et l'hétérogénéité du champ médico-social rend complexe son observation. Les données normées et fiables sur le plan national relatives à l'analyse de l'offre médico-sociale sont peu nombreuses. L'EPO a tenté d'exploiter l'ensemble des données disponibles, même si nous sommes conscients de leur imperfection et de leur incomplétude. La principale source d'informations pour représenter l'activité médico-sociale s'appuie sur le répertoire national FINESS.

La représentation cartographique de l'offre médico-sociale privilégiée dans cette étude, s'appuie en premier lieu sur la nature des déficiences et/ou handicaps des personnes accueillies, puis ensuite selon le type d'activité réalisé.

Les établissements ont été sélectionnés selon leur catégorie agrégée :

- Etablissements pour adultes handicapés (ESAT, entreprise adaptée, foyer de vie, ...)
- Etablissements pour enfants handicapés (IME, ITEP, instituts pour déficients auditifs...)
- Etablissements pour personnes âgées (maison de retraite, logement foyer, ...)



6. Principes généraux d'organisation de l'offre de santé

Nous avons
4 grands défis
à relever concernant l'offre de santé



- 1 • Une démographie des professionnels de santé préoccupante :**
La situation actuelle n'est pas favorable et les perspectives d'évolution ne permettent pas d'envisager une amélioration.
- 2 • Des exigences de qualité et de sécurité accrues**
Les attentes des usagers, les normes réglementaires imposent de garantir la sécurité et la qualité dans toutes les prestations de santé.
- 3 • La nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses**
Les dépenses publiques sont limitées par le niveau de ressources et par l'ampleur des déficits et le transfert partiel de ces charges sur les personnes privées accroîtrait les inégalités en matière de santé.
- 4 • Défis d'autant plus importants face à une population vieillissante** qui aura des besoins croissants.

Ces défis imposent de repenser
l'offre de santé selon
4 axes stratégiques



- 1 • Décloisonner les prises en charge**
Cela suppose de réviser les modes de prise en charge actuels et les rôles respectifs de chaque acteur. Il s'agit de développer les coopérations entre tous les secteurs de la santé et de mutualiser les moyens. Les transferts de compétence devront également être encouragés.
- 2 • Maintenir un accès de proximité**
Si un service de santé ne peut être implanté auprès de chaque habitant, chacun a droit à accéder aux services qui lui sont nécessaires. Il faut donc aménager l'accès aux services et aux suites de soins ce qui suppose une coopération active entre les acteurs.
- 3 • Rechercher l'efficience**
Des finances limitées, des ressources médicales réduites conduisent à innover et à optimiser leur usage. Dans tous les domaines la l'optimisation des moyens doit être recherchée pour garantir à tous un service de qualité.
- 4 • Reconfigurer l'offre de soins**
Le projet de reconstruction du CHU est une opportunité unique en Basse-Normandie. Il se traduira par la conception d'un nouveau projet médical, occasion d'améliorer l'organisation des soins entre tous les établissements sanitaires et médico-sociaux et les soins de ville.

L'application de ces axes stratégiques : 13 impératifs pour les schémas d'organisation



QUALITE et SECURITE

1 • Principe de prise en charge globale

Chaque schéma sera élaboré avec le souci d'une prise en charge globale et coordonnée des personnes, en prenant en compte l'ensemble de leurs besoins et toutes les composantes de leurs parcours.

2 • Principe d'homogénéité de la qualité

Chaque schéma s'attachera à définir un socle ou un contenu minimal et opposable en termes de qualité, propre à chaque type de services et de prestations selon les recommandations nationales et scientifiques, ainsi que les modalités d'évaluation. La qualité et la sécurité de soins sont également liées à l'activité et notamment au nombre d'actes réalisés collectivement par une équipe donnée : c'est la notion de masse critique qui permet d'introduire des seuils (nombre minimal d'actes à réaliser) dans certains volets de SROS. Les procédures d'accréditation et/ou de labellisation des structures pour la démarche qualité relèvent du même principe.

3 • Principe d'innovation

Chaque schéma veillera à intégrer des expérimentations et des expériences innovantes afin de concourir à l'évolution et l'amélioration de la qualité des prises en charge.

4 • Principe de permanence des soins

Chaque schéma s'assurera qu'il garantit une réponse aux besoins urgents 24h/24

ACCESSIBILITÉ

5 • Principe de proximité

Chaque schéma s'inscrira dans une démarche favorisant une meilleure répartition de l'offre sur le territoire en réduisant les différences de niveau d'équipement infrarégionales afin de garantir une accessibilité équivalente aux services de base sur l'ensemble du territoire, veiller à la réduction des disparités d'accès aux soins entre les territoires, notamment en terme de délais.

6 • Principe de subsidiarité :

Si le territoire de proximité est la dimension recherchée, certaines activités ou prises en charge, compte tenu d'une file active restreinte, d'un besoin en ressources rares (professionnels qualifiés insuffisamment nombreux) ou d'un besoin de sécurité spécifique (nombre d'actes suffisant) pourront s'exercer à un niveau régional, départemental ou intersectoriel en recherchant les mutualisations et modalités d'organisation nécessaires. Il s'agira notamment d'utiliser tous les leviers disponibles tels que les regroupements, coopérations, mutualisations.

7 • Principe d'accessibilité financière

Chaque schéma s'attachera à garantir l'accessibilité financière aux différents services et prestations et notamment veillera à réduire les inégalités géographiques et sociales en la matière.

CONTINUITÉ ET COHÉRENCE DES PRISES EN CHARGE

8 • Principe de continuité

Chaque schéma prendra en compte la transversalité et proposera une organisation permettant de concourir à la fluidité des parcours de prise en charge et d'accompagnements des usagers. L'approche coordonnée du système de soins sera privilégiée afin d'assurer la continuité des prises en charge entre les soins en établissements de santé et les soins en ville, à domicile ou dans les institutions sociales, médico-sociales. Il s'agira notamment de décloisonner les pratiques en définissant précisément les logiques de prise en charge des filières assurant ainsi une compréhension commune des acteurs concernant les prises en charge hospitalières, ambulatoires, les accompagnements sociaux, et médico-sociaux.

9 • Principe de cohérence et de lisibilité (protocolisation)

Chaque schéma veillera à définir les responsabilités et missions respectives des divers acteurs en fonction de leurs compétences et ainsi garantira une organisation plus lisible.

EFFICIENCE

10 • Principe de « taille » critique

Chaque schéma veillera à estimer systématiquement par type de service la file active concernée et sa probable évolution afin de définir une taille critique ou une zone d'intervention suffisante des structures prenant en charge ces services pour garantir une optimisation de l'équilibre budgétaire.

11 • Principe d'adéquation

De même, grâce à la définition claire et précise des différents services (contenu, critères de qualité, rôle des acteurs), les schémas veilleront à éviter le plus possible les inadéquations et risques de doublons dans la réponse aux besoins des populations. Il s'agit de prioriser les besoins du patient plutôt que la garantie des financements actuellement attribués aux structures ou aux établissements.

12 • Principe d'adaptation des compétences

Afin de permettre les évolutions organisationnelles nécessaires aux précédents principes, il conviendra d'étudier les éventuels besoins en formation

13 • Principe d'optimisation

Chaque schéma devra s'assurer de l'optimisation des ressources humaines et notamment médicales lorsque des acteurs sanitaires et médico-sociaux sont réunis dans un même lieu ou même secteur

Des pistes et outils à développer

Toutes les formes de coopérations (GCS, GCSMS, Communautés hospitalières de territoire, contrats locaux de santé, pôle de santé...)
La formation
La télésanté : Dossier Médical Partagé...
Une réflexion sur les modalités de transport vers les lieux de santé

7. Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé



Deux commissions de coordination des politiques publiques dans le champ de la **prévention** pour l'une ; et dans le domaine de la **prise en charge et des accompagnements médico-sociaux** pour l'autre, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale sont mises en place.

Elles ont pour objectif d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres.

Les modalités de coopération opérationnelles sont envisagées sous forme

- de groupes de travail spécifiques (prévention du suicide, promotion de la vaccination par le ROR, nutrition-santé, insertion scolaire, observatoire régional des données médico-sociales) devant déboucher sur des actions conjointes
- de conventions bilatérales ou pluripartennaires sur des thématiques ciblées faisant l'objet de priorités communes (scolarisation des enfants en situation de handicap).

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

L'évaluation et le suivi du PRS sont deux activités différentes qui n'ont ni les mêmes objectifs ni la même temporalité.

L'évaluation du PRS

Objectifs

L'évaluation consiste à formuler un jugement sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre du PRS sur la base du recueil et de l'analyse d'informations quantitatives et qualitatives. L'objectif est en premier lieu de mesurer les effets de la politique mise en œuvre au regard des objectifs initiaux. L'évaluation du PRS permettra également de réorienter si besoin la stratégie régionale, de maintenir ou modifier les objectifs et actions du PRS pour les années ultérieures.

Les étapes de la démarche d'évaluation



La démarche évaluative vise à questionner le PRS selon 7 axes pré-identifiés

- La cohérence interne : stratégie claire, objectifs précis moyens adaptés
- La cohérence externe : stratégie cohérente avec les autres politiques publiques
- La pertinence : la stratégie régionale et les actions permettent de répondre aux besoins
- L'efficacité : réalisations conformes aux objectifs, résultats obtenus, impacts
- L'efficience : réalisations obtenues à moindre coût
- La durabilité : effets qui s'inscrivent dans la durée
- La qualité de la mise en œuvre : modalités de mise en œuvre performantes

Modalités et échéances

A l'issue des 5 années du PRS, la direction de la performance assurera le pilotage de l'évaluation du PRS sous l'égide d'un comité d'experts constitué à cette fin.

Association des instances à l'évaluation du PRS

L'évaluation répond à une exigence de transparence de l'action conduite, au souci de l'intérêt général et du bon usage des ressources collectives.

L'agence présentera et partagera cette évaluation finale avec ses instances : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), Commissions spécialisées de la CRSA, Commissions de Coordination des politiques publiques, Commission Régionale de Gestion du Risque, instances de pilotage des programmes thématiques, et conférences de territoire.

Le suivi de la réalisation du PRS

Objectifs

Le dispositif de suivi du Projet Régional de Santé (PRS) permet le suivi synthétique de l'ensemble de la stratégie régionale, mais aussi le suivi plus détaillé de la **réalisation** de chaque schéma et programme ainsi que des thématiques transverses du PSRS.

Le suivi en interne à l'ARS contribue à mesurer si les actions prévues dans le cadre du PRS ont été réalisées, si elles respectent les modalités de mise en œuvre envisagées, et notamment l'implication des acteurs, les échéances fixées, les moyens engagés, etc. Il permet d'envisager, en fonction des résultats, une révision du PRS.

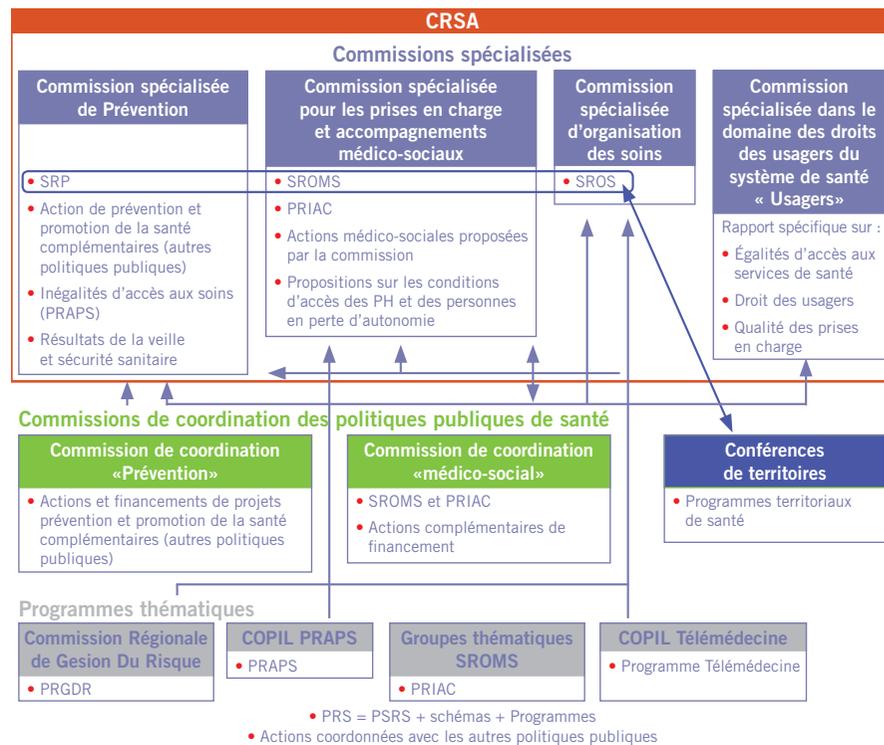
Le suivi permet également d'informer tant en interne qu'en externe, notamment au sein des instances de démocratie sanitaire, sur les actions entreprises par l'ARS dans une démarche de transparence et de partage de la connaissance sur l'avancement de la mise en œuvre de la politique régionale.

Modalités et échéances

A la fois instrument de pilotage et de visibilité de la mise en œuvre de la stratégie régionale, le suivi sera, a minima, réalisé annuellement par schéma et programme.

Le suivi incombe aux directions métiers de l'ARS chargées du pilotage du schéma ou du programme concerné : Direction de l'Offre de Santé et de l'Autonomie, Direction de la Santé Publique et Direction de la Performance selon les cas que ce soit au niveau des directions métier ou des Délégations Territoriales. A cet effet, sera élaboré un tableau de reporting unique au regard des objectifs poursuivis pour chaque schéma ou programme et des indicateurs de réalisation associés.

Association des instances de la démocratie sanitaire au suivi du PRS



Le siège régional

ARS de Basse-Normandie

Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille
CS 55035
14050 CAEN Cedex 4

T. 02 31 70 96 96

Courriel : ars-bnormandie-contact@ars.sante.fr

Les délégations territoriales

ARS de Basse-Normandie

Délégation territoriale du Calvados

Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille
CS 55035
14050 CAEN Cedex 4

T. 02 31 70 96 96

F. 02 31 70 95 17

courriel : ars-dt14-direction@ars.sante.fr

ARS de Basse-Normandie

Délégation territoriale de la Manche

Place de la préfecture
50008 SAINT-LÔ

T. 02 33 06 56 56

F. 02 33 06 56 03

courriel : ars-dt50-direction@ars.sante.fr

ARS de Basse-Normandie

Délégation territoriale de l'Orne

Cité administrative
Place Bonet
BP 539
61016 ALENCON Cedex

T. 02 33 80 83 00

F. 02 33 27 43 70

courriel : ars-dt61-direction@ars.sante.fr

www.ars.basse-normandie.sante.fr

Retrouvez l'intégralité du PSRS sur le site web de l'ARS, www.ars.basse-normandie.sante.fr,
rubrique : le Projet Régional de Santé