

PSRS

ars
Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)



juin 2011

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 4
DIAGNOSTIC GÉNÉRAL	p. 7
1. DÉMOGRAPHIE ET TERRITOIRE :	
une homogénéité d'ensemble qui masque de forts contrastes	p. 7
1.1. Une structure territoriale homogène	p. 7
1.2. Des indicateurs socio-économiques défavorables	p. 7
1.3. Une démographie dynamique mais un vieillissement inéluctable	p. 8
1.4. Les "trois" Haute-Normandie	p. 8
2. SANTÉ ET MORBIDITÉ :	
des déterminants qui restent défavorables	p. 8
2.1. Une surmortalité préoccupante	p. 8
2.2. La question du handicap	p. 9
2.3. Une situation critique s'agissant des addictions	p. 9
2.4. Le cas particulier de l'obésité	p. 9
2.5. Une exposition particulière aux risques industriels et d'environnement	p. 9
2.6. La santé au travail : un point d'attention majeur	p. 10
3. L'OFFRE DE SANTÉ :	
un effort de rattrapage mais des fragilités préoccupantes	p. 10
3.1. Densité médicale et offre de premiers recours : une situation dégradée	p. 10
3.2. L'offre hospitalière : insuffisante en dépit d'investissements massifs	p. 11
3.3. L'offre médico-sociale : des données comparables aux moyennes nationales	p. 11
3.4. L'offre psychiatrique : un dispositif en cours de restructuration	p. 11
3.5. L'offre de prévention, promotion de la santé à structurer	p. 12
AXES STRATÉGIQUES	p. 13

AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°1 :	
maintenir et renforcer à l'accès à la santé et à l'autonomie	p. 14
Priorité 1 - Rééquilibrer l'offre de santé	p. 15
Priorité 2 - Faciliter l'accès des populations spécifiques au système de santé	p. 16
Priorité 3 - Développer la prévention, la promotion de la santé et l'éducation de la population aux enjeux de la santé et au bon usage des structures et organisations de santé	p. 16
AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°2 :	
réduire les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé	p. 17
Priorité 1 - Agir sur les déterminants de santé	p. 18
Priorité 2 - Développer des programmes spécifiques d'amélioration de l'accès à la santé à destination des populations les plus à risque	p. 18
Priorité 3 - Renforcer l'analyse pour mieux repérer les priorités de santé territoriales et suivre et évaluer les programmes de santé	p. 19
AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°3 :	
renforcer et garantir la qualité et l'efficacité des dispositifs et la performance des organisations	p. 20
Priorité 1 - Mieux organiser la prise en charge de santé à l'échelle du territoire de premier recours et de proximité	p. 20
Priorité 2 - Mener une politique ambitieuse de formation des professionnels de santé	p. 21
Priorité 3 - Renforcer l'animation et la coordination de la politique d'amélioration de la qualité des prises en charge et des accompagnements de santé	p. 22
Priorité 4 - Rendre le système de santé plus performant et plus réactif	p. 23
THÈME SPÉCIFIQUES :	
périnatalité et enfance, handicap et vieillissement, santé mentale, addictions, maladies chroniques, risques sanitaires	p. 24
ANNEXES	p. 26

INTRODUCTION

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST)...

...donne de la santé une représentation pluridimensionnelle dans la mesure où elle traite ensemble les questions de prise en charge des soins et de prise en charge du handicap et des incapacités, en tenant compte de la dimension sociale et de l'environnement des personnes.

Elle répond à l'ambition d'un état de santé qui tende, selon la définition de l'OMS, vers un «complet bien-être physique, mental et social», et «ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Elle privilégie donc la promotion de la santé. Elle a notamment comme objectif de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer.

L'enjeu principal du Projet Régional de Santé (PRS) est, en partant du parcours de vie des personnes, de développer des coopérations transversales entre des secteurs de la santé jusqu'ici séparés, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention médicalisée, des soins ambulatoires et hospitaliers, ou encore des prises en charge médico-sociales. Il s'agira d'engager une action conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui auront à favoriser davantage d'équité.

Le PRS recherchera également des complémentarités...

...avec les politiques portées par l'État ou les collectivités locales pour développer des approches intersectorielles et faire de la santé un point d'application des politiques régionales.

On citera ainsi à titre d'exemple :

- la santé en milieu scolaire, incluant les enfants malades et/ou handicapés,
- la santé environnementale et les risques liés aux milieux. Il s'agit des volets santé du plan régional de santé environnement, en cohérence avec les volets santé développés par les collectivités territoriales,

- la santé au travail et les liens nécessaires avec le plan régional santé au travail,
- la sécurité routière,
- la protection maternelle et infantile,
- l'action sociale des départements, des organismes de protection sociale et des services de l'État,
- la lutte contre les exclusions et la politique de la ville,
- la politique du logement et la santé dans l'habitat,
- la politique de recrutement et de formation des professionnels de santé et sociaux.

Le PRS se réfère à des principes fondamentaux :

- l'égalité des droits et des chances qui est prévue dans la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi donne une définition large du handicap. Elle est fondée sur les principes de l'accessibilité au droit commun, du droit à compensation et de la personnalisation des réponses.

- la promotion de l'autonomie et de la protection des personnes, de la cohésion sociale, de l'exercice de la citoyenneté, et de la prévention des exclusions, par le biais d'une action sociale et médico-sociale coordonnée à tous les niveaux.
- le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie qui veille à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins ainsi qu'à la réduction des inégalités territoriales.

Le contrat que l'assurance maladie passe avec l'Etat définit du reste les axes

suivants : mieux connaître le risque santé, renforcer l'accès aux soins, renforcer l'information et la prévention, promouvoir les prises en charges les plus efficaces, moderniser les outils au service du système de santé notamment par la formation, la télésanté, le développement professionnel continu et les coopérations professionnelles.

Le PRS prend en compte également les nombreux plans et programmes nationaux de santé publique

Ces plans et programmes déclinent par ailleurs les différents objectifs de la politique nationale de santé publique et seront intégrés dans les objectifs opérationnels des schémas régionaux.

Enfin, le PRS doit garantir la sécurité sanitaire des populations, notamment en cas de risques à cinétiques lentes ou rapides liés à l'environnement et aux modes de vie.

Les constats nationaux...

...Ils ont permis de préciser les enjeux du PRS en même temps qu'ils inspirent quelques objectifs généraux.

La recherche d'une plus grande efficacité du système de santé, l'aspiration à plus d'égalité dans l'accès à la santé, l'enjeu du vieillissement de la population auquel tous les secteurs, de la prévention au médico-social, doivent faire face, l'impact des questions d'environnement sur la santé de la population, sont autant de nouveaux défis qui imposent une approche pluridisciplinaire et institutionnelle.

C'est dans ce contexte qu'il faut :

- préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de l'individu en le rendant acteur de sa propre santé et de son parcours de soins,
- développer toutes les actions de prévention quelles que soient leur nature, primaire, secondaire ou tertiaire,
- préserver aussi sur la durée, le niveau global de santé et l'accès à des services de santé de qualité,
- développer la capacité régionale à répondre aux alertes et aux crises sanitaires.

Cinq grands objectifs nationaux sont ainsi identifiés

La promotion de l'égalité devant la santé dès les premiers âges de la vie, **la réduction des atteintes prématurées à la santé, à l'autonomie et à la vie, l'anticipation et l'accompagnement du vieillissement de la population** notamment dans ses conséquences sanitaires et médico-sociales, **la maîtrise des risques** pour la santé et **la préparation des réponses** aux crises sanitaires.

La politique de santé publique qui leur correspond doit être déclinée selon cinq volets: le handicap et le vieillissement, les risques sanitaires, la périnatalité et la petite enfance, la prise en charge des maladies chroniques, la santé mentale et les addictions.

Le PRS, une réponse aux enjeux plus spécifiques de la région Haute-Normandie...

... notamment la permanence des soins, ou bien encore le sous-équipement psychiatrique.

L'enjeu est territorial et le PRS doit se décliner dans des territoires de santé. C'est à cet échelon qu'il donnera lieu à tous les débats, analyses et propositions utiles.

Pour la région Haute Normandie, la partition du territoire régional en quatre territoires de santé[1] et celle, infra-territoriale, en territoires de proximité[2] (17) ainsi qu'en territoires de premier recours[3] (96) doit permettre de faire converger un maximum de politiques de santé en tenant compte des zonages opérationnels qui préexistent.

Avant d'aborder la question de leurs fonctions, précisons d'une part que la définition des contours des territoires de proximité et des territoires de premier recours fera l'objet, le moment venu, de toute concertation utile, notamment avec les professionnels de santé, d'autre part que ces zonages ne constituent en rien un cadre contraignant pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA) qui s'appuie, avant tout, sur les périmètres actuellement pratiqués.

Le **territoire de santé** est le niveau de mise en oeuvre de la politique de santé telle qu'elle est définie dans le projet régional de santé et dans ses différents schémas opérationnels (SROS, SROMS, SRP,...).

Chaque conférence de territoire aura à initier et à développer un véritable projet de territoire dont l'animation et la mise en oeuvre auront été concertées avec l'ensemble des acteurs locaux et institutionnels.

Les **territoires de premiers recours** sont le lieu de l'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), du suivi du patient et de la coordination de son parcours y compris vers le secteur médico-social. C'est également à ce niveau que se mettent en oeuvre des politiques de santé publique comme par exemple la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

L'expérience et la pratique professionnelle suggèrent par ailleurs l'identification de **territoires de proximité** par regroupement des territoires de premiers recours, afin de faciliter et guider la construction de projets élaborés par les acteurs locaux. Ces actions s'exercent en complémentarité des autres politiques publiques (trans-

port, logement...), ainsi que celles qui sont portées par les territoires de projets que sont les Pays, les Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS), les communautés de communes, les agglomérations, le département, la région. S'agissant de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, la convergence avec les politiques menées par les conseils généraux sera primordiale.

Le présent document aborde :

- la situation et les enjeux, notamment au regard des principaux indicateurs de santé, des risques sanitaires, des populations à risques spécifiques,
- les axes stratégiques et les objectifs régionaux d'accès aux soins de santé et d'organisation qui incluent la démographie des professions de santé. Les schémas régionaux viendront préciser et compléter, par leurs objectifs opérationnels, les grandes orientations définies. Ils permettront également de retenir les indicateurs "traceurs" du suivi et de l'évaluation des objectifs stratégiques.

[1] Les territoires de santé sont constitués par regroupement des territoires de proximité proches des 4 pôles métropolitains et urbains identifiés de Dieppe, Le Havre, Evreux, Rouen/Elbeuf.

[2] Les territoires de proximité sont définis par regroupement et contiguïté des territoires de premier recours, sur la base des flux sanitaires, de l'accessibilité à une offre spécialisée ambulatoire en gynécologie (qui touche à la prise en charge de l'enfance, les femmes en âge de procréer, les personnes âgées), en cardiologie et en ophtalmologie, particulièrement pour les personnes âgées, en imagerie médicale et aux laboratoires d'analyse médicale, enfin sur des critères de distance : regroupement des pôles distants de moins de 20 minutes, rattachement des communes périphériques au pôle le plus proche

[3] Les territoires de premiers recours sont définis par la présence d'une offre libérale en médecine générale, chirurgie dentaire, pharmacie, infirmière et de masseurs kinésithérapeutes, l'existence d'une offre d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et/ou Foyer logement), la prise en compte d'un équipement scolaire reflet de la prise en charge des enfants (classes maternelles) et l'existence d'une offre multiservices telle que l'alimentation.

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

1. DÉMOGRAPHIE ET TERRITOIRE : une homogénéité d'ensemble qui masque de forts contrastes

La région compte 1,833 million d'habitants (février 2010) répartis sur 12.317 km², soit une densité de 147,4 habitants par km² qui la situe en 5^{ème} position nationale.

1.1 Une structure territoriale homogène

Quatre pôles urbains :

- Rouen/Elbeuf,
- Le Havre,
- Evreux,
- Dieppe

structurent la région.

La densité s'y élève à près de 216 habitants / km².

Un ensemble d'agglomérations de taille moyenne complète ce maillage : dans l'Eure, Gisors, Vernon, Louviers, Verneuil-sur-Avre, Bernay, Pont-Audemer, dans la Seine-Maritime : Gournay-en-Bray, Neufchâtel-en-Bray, Eu, Fécamp, Yvetot, Lillebonne-Bolbec, Barentin.

L'ensemble du territoire est bien desservi : autour du pôle régional - Rouen - les délais de distance sont le plus souvent de l'ordre de 1 heure ou de la demi-heure vers les structures d'urgence.

1.2 Des indicateurs socio-économiques défavorables

La proportion de bénéficiaires du RSA dit "socle" atteint 4,9% de la population totale contre 4,2% en France entière.

Avec 47,3%, le taux de scolarisation des 18-24 ans est en dessous de la moyenne nationale (51,7%).

Le pourcentage de cadres (10,7%) est également inférieur à la moyenne nationale (14,6%). Mais la proportion d'ouvriers y est plus élevée (29,9% au lieu de 24,1%).

Le taux d'illettrisme mesuré lors de la journée d'appel à la préparation à la défense s'élève à 5,83% au lieu de 4,73% au niveau national.

Enfin, le taux de chômage (au 1^{er} trimestre 2010) s'élève à 10,5% contre 9,5% au niveau national.



1.3 Une démographie dynamique mais un vieillissement inéluctable

La population de Haute-Normandie va continuer de croître à l'horizon 2030. Elle atteindra 1,921 million d'habitants (1,817 en 2010), avec une croissance particulièrement forte pour l'Eure, sous l'effet, notamment d'un solde migratoire élevé.

Ces mêmes projections laissent prévoir à l'horizon 2040 une très nette augmentation des plus de 65 ans (+ 76%) qui représenteront 25% de la population (16,5% aujourd'hui soit 281 080 individus).

Souci pour demain puisqu'en 2040, la population dépendante aura été multipliée par 2 par rapport à 2007 (de 16 000 à 38 000 personnes), l'enjeu de la dépendance est déjà une réalité : en témoigne par exemple le fait que le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) a augmenté de plus de 40% entre 2004 et 2008.

1.4 Les "trois" Haute-Normandie

Au croisement des approches économiques, sociales et sanitaires se dessinent ainsi "trois Haute-Normandie", à populations égales, dans une proportion qui diffère sensiblement des moyennes nationales (cf. annexe 2) :

- 34% de la population (24,5% France entière) est établie en zone péri-urbaine située autour de la vallée de la Seine, en couvrant les 2/3 du territoire de santé d'Évreux-Vernon. Dans cette zone dynamique au plan économique, la situation sociale y est relativement favorable et la mortalité inférieure à la moyenne régionale.
- 33,6% de la population (12,2% France entière) est installée dans des zones industrielles autour des agglomérations de Rouen, du Havre, de Dieppe et du maillage d'agglomérations moyennes.

Dans cette géographie, la puissance publique a identifié 89 quartiers prioritaires dont 25 zones urbaines sensibles, parmi lesquelles 17 zones de redynamisation urbaine (ZRU) et 3 zones franches (ZPU), qui couvrent près de 14% de la population régionale.

- 29,3% de la population (11,3%) vit en zone rurale avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé et une surmortalité générale élevée.

2. SANTÉ ET MORBIDITÉ Des déterminants qui restent défavorables

L'état de santé de la population régionale s'apprécie essentiellement au travers de quatre indicateurs : la mortalité, le handicap, les addictions, l'obésité.

2.1 Une surmortalité préoccupante

La mortalité régionale prématurée atteint 353 décès pour 100 000 hommes et 149 décès pour 100 000 femmes contre respectivement 303 et 134 pour la France entière.

La surmortalité se décline plus particulièrement dans la prévalence des décès par cancer (402 pour 100 000 hommes contre 358 France entière et 184 pour 100 000 femmes contre 169 France entière), par cirrhose alcoolique (26 pour 100 000 hommes contre 20 France entière et 9,9 pour 100 000 femmes contre 7,1 France entière) ou encore par suicide (35,7 vs 27,9 pour 100 000 hommes et 10,2 vs 8,85 pour 100 000 femmes).

A l'inverse les décès par accidents vasculaires cérébraux et par affections respiratoires se situent dans la moyenne nationale.

Il faut relever toutefois le fait que cette situation défavorable ne concerne pas la mortalité périnatale et maternelle qui, elle, reste dans la moyenne nationale.

2.2 La question du handicap

Il n'existe pas, à ce jour, de données synthétiques exhaustives sur le handicap du fait de la complexité du champ qu'il recouvre.

Même s'il constitue un indicateur partiel, le nombre de bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) permet d'en donner une approximation.

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH atteint 28 612 personnes en Haute-Normandie, ce qui correspond à 3% de la tranche d'âge 20-57 ans, c'est-à-dire une proportion sensiblement supérieure à la moyenne nationale (2,6%).

2.3 Une situation critique s'agissant des addictions

Les indicateurs régionaux sont très défavorables.

La région de Haute-Normandie est en 2009 la deuxième région de France pour la vente de cigarettes par habitant (tous âges confondus) : 1.041 au lieu de 860 en moyenne nationale. L'usage quotidien de tabac à 17 ans est de 33% en région et de 29% en France.

Le nombre de personnes venues consulter dans les centres spécialisés en alcoologie est de 5,3 pour 1.000 habitants de 20 à 70 ans en Haute-Normandie contre 3,5 en moyenne française, ce qui situe la région au 4ème rang national.

En 2009, les décès avant 65 ans attribuables à l'alcool s'élevaient à 4,4 pour 10.000 habitants de 40 à 64 ans (3,3 France entière), les décès avant 65 ans par tumeur de la trachée, des bronches et des poumons à 6,3 pour 10.000 habitants de 40 à 64 ans (5,7 France entière), les décès par surdoses à 2,4 pour 100.000 habitants de 20 à 39 ans (1,7 France entière).

La région se situait au 4ème rang national pour les décès attribuables à l'alcool, au 7ème rang pour les décès par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons et au 5ème pour les décès par surdoses.

2.4 Le cas particulier de l'obésité

Aucune donnée régionale précise n'est disponible.

L'enquête OBEPI de 2009 positionne la Haute-Normandie à la 9ème place française en termes de surpoids et d'obésité.

Les constats nationaux font apparaître une augmentation significative (et plus marquée chez les femmes que chez les hommes) de ces cas entre 1981 et 2003 (de 35 à 45% chez les hommes, de 20 à 31% chez les femmes).

Néanmoins la prévalence de l'obésité s'est récemment améliorée entre les années 2006 à 2009, passant chez l'adulte de 16,7 à 15,2% de la population.

2.5 Une exposition particulière aux risques industriels et d'environnement

Impact de la structure sociale, nature de l'activité économique et caractéristiques géographiques exposent la région à des risques particuliers.

Les risques industriels sont les plus présents : 72 sites industriels sont classés "SEVESO 2" dont 44 seuil haut.

S'y ajoutent également le risque nucléaire que crée la présence sur le territoire régional de 6 réacteurs (4 à Paluel et 2 à Penly) pour un total de 7.800 méga watts, ou bien encore celui d'une pollution des nappes phréatiques en raison des caractéristiques géologiques et des pratiques culturelles de certaines zones agricoles.

2.6 La santé au travail : un point d'attention majeur

Quelques indicateurs situent la région dans ce domaine et permettent de constater les évolutions remarquables suivantes :

- la baisse des accidents du travail dont la fréquence a rejoint le taux moyen national,
- l'augmentation importante entre 1994 et 2008 des déclarations de maladies professionnelles liées aux affections articulaires (troubles musculo-squelettiques –TMS–), et les cancers professionnels reconnus, plus élevés que la moyenne nationale.

Enfin, la souffrance mentale au travail qui se traduit notamment par des troubles anxieux, des dépressions et des suicides, représente la deuxième cause d'inaptitude après les TMS .

3. L'OFFRE DE SANTÉ

Un effort de rattrapage mais des fragilités préoccupantes

Cette donnée essentielle à la définition d'axes stratégiques pour l'élaboration des schémas s'apprécie au travers de l'évolution de la densité médicale et de l'offre de premiers recours, de l'offre de soins hospitalière et de l'offre médico-sociale.

Compte tenu de sa spécificité, l'accès aux soins psychiatriques fera l'objet d'un diagnostic particulier.

3.1 Densité médicale et offre de premiers recours

Une situation dégradée

En terme de **densité médicale**, selon que l'on prend la référence Assurance Maladie ou celle d'ADELI, la Haute-Normandie se situe au 17ème ou au 21ème rang des régions métropolitaines, c'est-à-dire dans le dernier quart, 10 % en dessous de la moyenne nationale.

Mais la situation est plus contrastée selon que l'on parle de l'Eure ou de la Seine-Maritime et selon les spécialités en cause.

Pour ce qui est des départements, si la Seine-Maritime atteint la moyenne nationale (9,7 omnipraticiens pour 10.000 habitants), l'Eure, avec 7,5 omnipraticiens, se trouve nettement en dessous.

Pour les **généralistes**, la densité moyenne régionale n'est que légèrement inférieure à la moyenne nationale, mais des disparités existent à l'intérieur de la région. Ce sont elles qui dessinent les 7 zones dites déficitaires : Luneray-Yerville, Blangy-sur-Bresle, Etrépigny, Saint-André-de-l'Eure, Breteuil-sur-Iton, Le Neubourg, Thiberville.

Pour les **chirurgiens-dentistes**, elle est au dernier rang des régions métropolitaines.

Pour l'**offre de soins infirmiers**, si la densité des professionnels s'accroît sensiblement au cours des dernières années, elle demeure en 2009 inférieure à la moyenne nationale (84 infirmiers pour 100.000 habitants en Haute-Normandie contre 119 en France).

Si l'on s'en tient aux seuls **omnipraticiens**, une comparaison entre leur localisation régionale en 2004 et 2010 montre trois évolutions :

- une stabilité de la densité régionale,
- un triplement des omnipraticiens de plus de 60 ans (7% en 2004, 19% en 2009),

- une amélioration de la situation dans certains secteurs comme Neufchâtel-en-Bray, Dieppe ou encore Les Andelys, grâce à l'action volontariste des pouvoirs publics et des structures professionnelles.

Le fait que la proportion des omnipraticiens de plus de 60 ans atteigne à présent 19% des effectifs explique qu'en 2015 leur densité diminue sur l'ensemble des 17 territoires de proximité. Mais cette baisse est d'autant plus faible que le territoire concerné comporte une ou plusieurs maisons de santé pluridisciplinaires : - 3% sur la zone de Neufchâtel, - 30% à Pont-Audemer.

3.2 L'offre hospitalière **Insuffisante en dépit d'investissements massifs**

En 10 ans, les établissements hospitaliers ont massivement investi : 1,110 milliard d'euros à la faveur notamment des plans hôpital 2007 et hôpital 2012. Mais si le rattrapage est réel, les capacités hospitalières de la région demeurent pour l'ensemble en deça des valeurs nationales : pour le court séjour, 3,27 lits pour 1.000 habitants au lieu de 3,65 en France métropolitaine, et pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) 1,34 lits pour 1.000 habitants au lieu de 1,6 en France métropolitaine.

Dans le premier cas, ce sont les territoires d'Évreux et de Dieppe qui sont défavorisés, pour les soins de suite les zones du Havre et de Dieppe le sont. Le taux de recours à l'équipement hospitalier est proche des valeurs nationales : en chirurgie, 808 unités d'activité pour 10.000 habitants en Haute-Normandie (812 France métropolitaine), 1.323 pour la médecine (1.258 France métropolitaine), 5.049 pour le SSR (5.167 France métropolitaine). La "fuite" des patients à l'est vers l'Île de France, au sud vers la région Centre, à l'ouest vers la Basse-Normandie est une réalité : - 6,7% en médecine, - 7,1% en chirurgie, - 7,2% pour les activités interventionnelles dont imagerie.

3.3 L'offre médico-sociale **Des données comparables aux moyennes nationales**

Les collectivités locales et l'Etat ont fait de cet objectif une priorité : en témoigne le fait que le taux d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est supérieur à la moyenne nationale (116,4 lits pour 1.000 personnes âgées de plus de 75 ans, contre 101,3 au plan national), les territoires de santé d'Évreux et de Rouen étant les mieux lotis. Le nombre de places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) se situe lui dans la moyenne nationale : 18,5 places pour 1.000 personnes âgées, contre 19,1 au plan national.

S'agissant de l'accueil des personnes handicapées, les données sont légèrement plus favorables qu'au plan national : de 5,1 à 11 places d'accueil selon qu'il s'agit d'adultes ou d'enfants (moins de 20 ans) tandis que les moyennes nationales s'établissent respectivement à 4,9 et 7,1.

3.4 L'offre psychiatrique **Un dispositif en cours de restructuration**

Comme sur l'ensemble du territoire national, la demande de soins psychiatriques en Haute-Normandie, est en augmentation.

Le dispositif de psychiatrie régionale relève essentiellement d'hôpitaux publics qui comptent 1.100 lits et auxquels sont rattachés 23 secteurs de psychiatrie régionale et 10 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

La région ne compte aujourd'hui qu'une seule clinique privée de 84 lits. Deux autres établissements, dont l'un consacré à la médication psycho-sociale, devraient ouvrir leurs portes en 2012 et 2013.

Depuis quelques années, des dispositifs intersectoriels se sont développés de façon plus ou moins importante selon les hôpitaux afin de mieux répondre à certains besoins (adolescents, personnes précarisées, urgences, etc....).

L'offre de soins est déficitaire comparée aux moyennes nationales (coût moyen par habitant 110 euros en Haute-Normandie, 140 euros France entière) et au sein de la région la répartition des moyens est, elle aussi, marquée par l' une réelle inégalité d'un territoire ou d'un secteur à l'autre.

D'importants efforts ont été accomplis ces dernières années pour les budgets de fonctionnement des établissements sur les marges de manoeuvre régionales. En matière d'investissement, les opérations de reconstruction ou de restructuration engagées depuis 2003 s'élèvent à plus de 100 millions d'euros.

Dans le domaine social et médico-social, l'objectif est d'offrir aux personnes concernées, y compris des patients hospitalisés au long cours, une palette de solutions apportant outre les soins nécessaires, des réponses adaptées en matière d'accompagnement, de logement, et d'hébergement,

Dans le cadre du Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), 15 millions d'euros ont été affectés de 2006 à 2010 à des structures destinées aux personnes en situation de handicap psychique.

Une priorité doit maintenant être donnée au développement des partenariats santé / médico-social / social.

3.5 L'offre de prévention, promotion de la santé à structurer

Entre 2007 et 2010, ce sont 22 millions d'euros qui ont été alloués pour mettre en oeuvre les priorités du plan régional de santé publique :

- lutte contre la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles,
- vaccination,
- dépistages organisés des cancers du sein et colo-rectal,
- accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité,
- lutte contre les addictions,
- prévention des maladies chroniques (dont VIH),
- santé mentale,
- nutrition.

L'offre de prévention, promotion de la santé repose sur des acteurs très divers qui restent encore trop cloisonnés et pour certains trop isolés.

A noter la mise en place d'actions innovantes, telles que la création des réseaux locaux de promotion de la santé qui favorisent l'émergence de dynamiques locales et celle du pôle libéral de santé publique qui permet la participation des médecins libéraux aux actions de santé publique en région et dans les territoires.



LES AXES STRATÉGIQUES

Améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en cohérence avec la définition qu'en donne l'OMS, favoriser le maintien de l'autonomie des personnes malades, handicapées ou dépendantes tout en assurant l'efficacité et la qualité du dispositif et des acteurs constitue l'ambition du projet porté par l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie en cohérence avec les orientations nationales.

La recherche systématique du décloisonnement entre les secteurs dont l'Agence régionale de santé a la charge – secteur sanitaire hospitalier et ambulatoire, secteur médico-social et champ de la santé publique, la prévention et la promotion de la santé (la santé publique recoupant l'ensemble des champs) – pour une meilleure convergence des analyses, des approches, des acteurs et des actions ainsi que le développement des complémentarités et partenariats avec les autres pouvoirs publics assurant des missions pouvant impacter l'état de santé des populations, seront les supports de cette ambition.

Elle sera articulée autour des personnes et de leur parcours de vie dans le respect du droit des usagers et déclinée à l'échelle de la région et à l'échelle de tous les niveaux de territoire d'intervention et de projet.

Pour répondre à cette ambition, l'Agence régionale de santé s'engage de manière résolue et permanente dans une politique visant à développer et consolider la démographie des professionnels du secteur de santé et du secteur médico-social dans une perspective de rattrapage par rapport aux moyennes nationales.

Elle recherchera et mettra en oeuvre tous les dispositifs disponibles pour mener des actions en faveur de la formation initiale et continue, de l'attraction, de l'installation et de la stabilisation des professionnels dans la région.

Elle sera volontaire et force de proposition pour la mise en place d'expérimentations.

Elle utilisera toutes les occasions possibles pour sensibiliser et informer le niveau national sur la nécessité d'accompagner la région de Haute-Normandie dans ses efforts de rééquilibrage de la densité de ses professionnels.

Par ailleurs, au regard des spécificités de la région de Haute-Normandie, l'Agence régionale de santé s'appuiera sur **plusieurs leviers** :

- **la télémédecine** permettant de faciliter les coopérations inter-établissements et interprofessionnels et ainsi améliorer et sécuriser les prises en charge de proximité ;
- **la qualité des organisations et des pratiques** et les modalités de leur évaluation ;
- **la prévention**, l'éducation à la santé et la promotion de la santé qui sont les conditions nécessaires à un investissement durable en faveur de la santé de la population et notamment des personnes les plus défavorisées ;
- **le patient** lui-même qui n'est plus seulement un usager du système mais qui doit être mis en position d'acteur de sa propre santé.

Enfin il convient de rappeler qu'aujourd'hui aucune politique de santé ne peut s'envisager et se mettre en oeuvre sans une implication forte des collectivités locales, parfois même au-delà de leur propre domaine de compétences.

Les axes stratégiques et les objectifs généraux prioritaires identifiés au sein du présent Plan Stratégique Régional de Santé s'entendent comme les champs d'action privilégiés de l'ARS au regard des constats du diagnostic.

Le Plan Stratégique Régional de Santé est articulé autour de **3 axes stratégiques déclinés en priorités et objectifs généraux et complété de 6 axes thématiques spécifiques**.

Les 3 axes stratégiques généraux

- 1 - maintenir et renforcer l'accès à la santé et à l'autonomie,
- 2 - réduire les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé,
- 3 - renforcer et garantir la qualité et l'efficacité des dispositifs ainsi que la performance des organisations.

Les 6 thèmes spécifiques

- 1 - périnatalité et enfance,
- 2 - handicap et vieillissement,
- 3 - santé mentale,
- 4 - addictions,
- 5 - maladies chroniques,
- 6 - risques sanitaires.

Les orientations stratégiques, priorités et objectifs généraux présentés dans ce Plan ont vocation à structurer l'élaboration des futurs schémas d'organisation et des programmes et à inciter à développer les articulations et les synergies nécessaires entre eux.

Ils déclineront les principes de gradation et de subsidiarité des soins, des prises en charge et des accompagnements afin que chaque personne, quelle que soit sa situation particulière ait accès au dispositif de droit commun, soit prise en charge dans la bonne structure et puisse bénéficier, en tant que de besoin, de la prestation adaptée ou spécifique que son état requiert.

Leur mise en oeuvre fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation au travers d'indicateurs permettant de s'assurer des impacts obtenus au regard des objectifs généraux déterminés dans le présent Plan stratégique, de vérifier la pertinence

des choix et, le cas échéant, d'étayer des propositions d'adaptations rendues nécessaires par les évolutions du contexte régional ou réglementaire.

AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°1

Maintenir et renforcer à l'accès à la santé et à l'autonomie

L'accès à la santé et à l'autonomie suppose

- l'égalité d'accès des personnes, fondée sur le principe de non discrimination,
- l'accessibilité géographique par une organisation de l'offre et une adaptation des prises en charge en fonction des besoins et spécificités des populations,
- l'accessibilité économique, quelle que soit la situation des personnes,
- l'accessibilité à l'information utile au maintien et à l'amélioration de sa santé et de son autonomie.

L'accès à la santé passe ainsi par une politique territoriale volontariste et globale de protection de la santé, par une offre de services et de prestations équitablement répartie et efficacement coordonnée, par des dispositifs adaptés à la vulnérabilité de certaines populations et par une information partagée des professionnels et des usagers.

Les 3 priorités retenues visent à

- rééquilibrer l'offre de santé pour permettre un accès équitable aux compétences, programmes, organisations et structures de prise en charge et d'accompagnement,
- faciliter l'accès des populations spécifiques au système de santé (personnes les plus démunies, personnes âgées, personnes handicapées, ...),
- développer la promotion de la santé et l'éducation de la population aux enjeux de santé et au bon usage des structures et des organisations.

Priorité 1 - Rééquilibrer l'offre de santé

Il s'agit de définir, d'organiser et de consolider sur l'ensemble du territoire régional l'offre minimale de proximité dite offre de premier recours à partir de laquelle, au travers d'un maillage, d'une gradation et de coopérations des différents acteurs, services et compétences, une offre diversifiée et globale sera également accessible aux populations.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires :

- consolider l'offre de premier recours,
- réduire les disparités d'accès à la santé.

Objectif 1 - Consolider l'offre de premier recours

L'offre de premier recours constitue à la fois une porte d'entrée du système de santé et le lieu de prise en charge de proximité, notamment pour les maladies chroniques.

Elle doit être définie, au regard des missions de l'Agence régionale de santé, dans le cadre d'une approche globale et transversale.

L'organisation et la consolidation de l'offre de premier recours passent :

- par une mise en réseau des acteurs, parmi lesquels les médecins généralistes assurent un rôle déterminant, et des structures,
- le développement des liens avec les autres partenaires publics qui coordonnent des programmes impactant la santé des populations,
- l'utilisation des différents outils visant à son effectivité notamment les dispositifs en faveur de la démographie des professionnels et les nouvelles techniques de l'information et de communication.

Objectif 2 - Réduire les disparités d'accès à la santé

Une disparité importante de l'offre, tant en termes quantitatif qu'en termes de diversité des modes de prises en charge, est constatée entre les territoires de santé de Rouen-Elbeuf et du Havre, globalement mieux dotés que ceux de Dieppe et d'Évreux-Vernon, dans les domaines hospitaliers, ambulatoires et médicosocial.

Au sein même des territoires de santé sont également constatés des écarts très sensibles (entre les centres de gravité urbains et les territoires de proximité, dispositifs incomplets de santé publique selon les zones,...).

Les différents schémas d'organisation de l'offre sanitaire, médico-sociale et de la prévention s'attacheront à en tenir compte, tout particulièrement dans le domaine de la santé mentale.



Priorité 2 - Faciliter l'accès des populations spécifiques au système de santé

Il s'agit d'améliorer et de faciliter, par des dispositifs adaptés et une bonne articulation entre les acteurs des champs sanitaire, médico-social et aussi social, l'accès aux droits, aux soins et à l'accompagnement des populations qui le nécessitent soit en fonction de besoins de santé et d'autonomie accrus de par leur âge ou leur handicap soit en fonction de leur situation socio-économique qui constitue une cause d'accroissement de la vulnérabilité de l'état de santé, y compris mentale (personnes en situation de précarité ou d'exclusion, migrants,...).

Les actions seront dirigées prioritairement vers l'amélioration de l'information, notamment des professionnels de santé, sur les dispositifs existants (CMU-C, ACS, PASS,...), la promotion et l'éducation à la santé au plus près des populations concernées (relais de santé pour les migrants,...).

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires :

- mieux repérer et évaluer les besoins des populations spécifiques,
- faciliter les conditions d'admission et de prise en charge dans les structures et services.

Objectif 1 - Mieux repérer et évaluer les besoins

Le but est de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de prise en charge médico-sociale et de santé de ces populations qui souvent se caractérisent par une intrication de problématiques qui accroissent leur dépendance et ou leur désinsertion sociale.

Objectif 2 – Faciliter les conditions d'admission et de prise en charge

Il s'agit d'améliorer les conditions d'admission des populations en situation de

précarité et d'exclusion dans les structures médico-sociales déjà existantes, notamment en EHPAD, dans les structures d'accueil pour adultes handicapés, dans les structures d'addictologie, dans les établissements de santé.

Priorité 3 - Développer la prévention, la promotion de la santé et l'éducation de la population aux enjeux de la santé et au bon usage des structures et organisations de santé

Le dépistage précoce et la prévention sont les meilleurs garants d'un accès aux dispositifs d'amélioration de la santé et de maintien de l'autonomie. Mieux dépister pour mieux accompagner représente un enjeu majeur dans la prise en charge du vieillissement, du handicap, de la maladie chronique et donc dans le maintien de la bonne santé et de l'autonomie.

Les précédentes démarches de planification des actions de promotion et d'éducation ont été marquées par la volonté de couvrir très largement le champ par une addition d'actions et de promoteurs.

Il s'agit maintenant d'organiser une stratégie globale afin de faire émerger une dynamique collective de promotion de la santé et d'engager un véritable changement culturel des professionnels et des populations.

Dans le cadre de cette politique, la place de l'utilisateur est particulièrement importante.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires:

- renforcer la promotion de la santé en s'appuyant sur des partenariats,
- éduquer et informer la population sur le système de santé.

Objectif 1 - Renforcer la promotion de la santé en s'appuyant sur des partenariats

La politique territoriale de promotion et d'éducation à la santé s'appuiera sur une programmation concertée des bons acteurs aux bons endroits, sur leur coordination, ainsi que sur une forte articulation avec les autres politiques d'aménagement du territoire, sociales et économiques des collectivités locales et des services de l'Etat (santé au travail, transports, éducation nationale, logement...).

Objectif 2 - Développer l'éducation et l'information de la population au système de santé et aux problèmes de santé publique

L'objectif vise à mettre en oeuvre un ensemble de mesures d'information et d'éducation, adaptées aux différents publics, permettant à chaque personne :

- d'adopter un comportement favorable à sa santé,
- de connaître les différents dispositifs,
- de recourir de manière adéquate au système de santé,
- de participer le cas échéant, parfois avec son entourage, au processus thérapeutique, en particulier dans le cadre des maladies chroniques.

L'amélioration de l'accès aux actions et programmes de promotion et d'éducation à la santé déclinés dans chaque territoire de santé concerne particulièrement l'accompagnement des personnes les plus vulnérables pour faciliter leur accès et leur parcours au sein d'un système complexe, tant au niveau des démarches que des prises en charge.

AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°2

Réduire les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé

Les inégalités de santé sont fortement liées aux conditions sociales et économiques de vie des personnes. Elles constituent les déterminants socioéconomiques de la santé exprimés en termes de :

- conditions de vie, construites dès l'enfance,
- inégalités de santé entre les différents territoires de santé et au sein d'un même territoire,
- inégalités environnementales sachant que les populations vulnérables sont souvent plus exposées que les autres aux facteurs de risques.

La région présente des indicateurs socio-sanitaires globalement défavorables par rapport au niveau national. En effet, près des deux tiers de la population haut-normande, dont la moitié vit en zones rurales et l'autre en zones industrielles, connaît une situation de surmortalité générale, prématurée et accidentelle, de faibles densités de professionnels de santé et de fréquentes situations de précarité (au lieu de moins du quart de la population française).

Les trois priorités qui constituent cet axe sont :

- agir sur les déterminants de santé par une politique, territoriale et en faveur de populations ciblées, de prévention des facteurs de risque (addictions, consommations excessives, nutrition, expositions professionnelles),
- développer des programmes spécifiques d'amélioration de la santé à destination des populations les plus à risque,
- renforcer l'analyse pour mieux repérer les priorités de santé en fonction des territoires et suivre et évaluer la mise en oeuvre et l'impact des programmes de santé.

Priorité 1 - Agir sur les déterminants de santé

Il s'agit de combiner, dans une approche globale des problématiques, un ensemble de mesures sur la base d'un travail de fond dans les territoires, sur les déterminants de santé socio-économiques, environnementaux et comportementaux.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires, sachant que les conduites addictives font l'objet d'un axe thématique spécifique (cf. infra) :

- la lutte contre l'obésité,
- l'action sur les expositions professionnelles.

Objectif 1 - Lutter contre l'obésité

Cet objectif s'adresse à l'ensemble de la population. Il se traduira non seulement par une politique et des actions de prévention, d'éducation à la santé et de prise en charge des enfants mais également par des programmes d'éducation, de prévention secondaire et tertiaire et de prise en charge des adultes, en particulier des populations défavorisées qui sont particulièrement exposées aux troubles des comportements alimentaires.

Objectif 2 - Agir sur les expositions professionnelles

Nombre de maladies sont évitables car liées aux conditions d'activité professionnelle (cancers, maladies respiratoires, souffrance au travail, accidents...). Par ailleurs les facteurs de risques, notamment ceux liés aux addictions, et les facteurs socio-économiques défavorables en accentuent les conséquences. La promotion de la santé par l'éducation, la prévention et l'information seront recherchées en lien et en articulation avec les partenaires (services de l'Etat, les collectivités territoriales et l'assurance maladie) en articulation avec la déclinaison du Plan Régional Santé Travail (PRST 2) et du Plan Régional Santé Environnement (PRSE2).

Priorité 2 - Développer des programmes spécifiques d'amélioration de l'accès à la santé à destination des populations les plus à risque

Il s'agit, dans le cadre d'un travail en réseau articulant les professionnels de santé et les travailleurs sociaux et éducatifs, de faciliter le repérage, l'orientation et l'accompagnement des personnes vulnérables qui cumulent les difficultés d'accès à la prévention et aux soins.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires

- développer les programmes de prise en charge et de prévention en milieu pénitentiaire,
- renforcer les programmes spécifiques à destination de la petite enfance, l'enfant, l'adolescent.

Objectif 1 - Développer les programmes de prise en charge et de prévention en milieu pénitentiaire

Les personnes détenues doivent bénéficier du même accès à la santé que les autres personnes qu'il s'agisse du repérage des problèmes et de leur prise en charge et aussi de la prévention et la promotion de la santé. Par ailleurs la période de détention ne doit pas constituer une rupture dans les prises en charge qui auraient été initiées préalablement. Ainsi la continuité des soins somatiques et psychiatriques doit-elle être organisée et assurée au sein du milieu carcéral avec l'appui des structures de prises en charge et d'accompagnement.

De même l'accès des personnes détenues aux structures de soins somatiques et psychiatriques doit également être organisé en tenant compte de leurs spécificités.

Objectif 2 - Développer les programmes de prévention et de prise en charge à destination de l'enfant et de l'adolescent

Influer lors des premières phases du développement et de l'éducation engage précocement la santé des individus tout au long de leur vie.

A ce titre l'accès aux dépistages précoces en périnatalité et chez les enfants et adolescents, notamment des troubles sensoriels, des troubles des apprentissages et des troubles du comportement, sera favorisé.



Priorité 3 - Renforcer l'analyse pour mieux repérer les priorités de santé territoriales et suivre et évaluer les programmes de santé

Il s'agit d'organiser et de structurer un système d'information utile au choix de priorités d'action. Celles-ci doivent être fixées au regard de l'appréciation des risques et des opportunités dans tous les domaines impactant la santé des populations.

Le système d'information visera également à l'évaluation des résultats obtenus dans la mise en oeuvre des actions et des programmes.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires

- améliorer la protection des populations exposées aux risques environnementaux, notamment dans les zones à cumul de risques,
- développer une plate-forme régionale d'information et d'analyse.

Objectif 1 - Améliorer la protection des populations exposées aux risques environnementaux, notamment les zones à cumul de risques

Parce qu'elles peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions défavorables d'exposition, les populations défavorisées sont généralement plus exposées que les autres aux risques environnementaux et cumulent ainsi différentes sources d'exposition et de nuisances.

L'action sera prioritairement portée sur les zones de concentration d'activités humaines (trafic routier, chauffage urbain,...) et industrielles (activités pétrochimiques, portuaires).

L'identification des points noirs environnementaux, à l'aune de ce qui a été fait à

titre expérimental sur la zone de Port Jérôme, doit favoriser une approche globale des dangers et des risques, de leur évaluation jusqu'à la définition de plans d'action et du suivi de leur mise en oeuvre.

Objectif 2 - Développer une plate-forme régionale d'information et d'analyse

La volonté d'inscrire l'action régionale au plus près des réalités de terrain afin de faire évoluer favorablement et équitablement l'accès à l'offre de santé et d'autonomie, implique le développement d'un système d'information organisé, lisible et pérenne permettant d'identifier les besoins prioritaires à satisfaire et les zones prioritaires d'intervention et de mesurer les effets des actions mises en oeuvre.



AXE STRATÉGIQUE GÉNÉRAL n°3

Renforcer et garantir la qualité et l'efficacité des dispositifs et la performance des organisations

La politique de santé vise à garantir le niveau global de santé de la population au travers de la pertinence du système mis en place, la qualité des opérateurs et de leurs pratiques, la performance des organisations et l'efficacité de la coordination des acteurs et des actions.

Cette démarche d'efficacité globale doit également contribuer à maintenir les dépenses de santé à un niveau compatible avec les objectifs économiques fixés au plan national et les capacités d'accompagnement de notre système actuel de sécurité sociale.

Les **quatre priorités** retenues tiennent essentiellement à l'efficacité des organisations à mettre en place et à la performance des coordinations et coopérations :

- mieux organiser la prise en charge de santé à l'échelle du territoire de premier recours et de proximité,
- mener une politique ambitieuse de formation des professionnels de santé,
- renforcer l'animation et la coordination de la politique d'amélioration de la qualité des prises en charge et des accompagnements de santé,
- rendre plus performant et plus réactif le système de santé.

Priorité 1 - Mieux organiser la prise en charge de santé à l'échelle du territoire de premier recours et de proximité

Afin de prévenir la désinsertion sanitaire d'une partie de la population, il s'agit de déterminer, en concertation avec les acteurs régionaux et territoriaux, les zones déficitaires afin d'y relancer une dynamique de santé globale fondée sur la mise

en réseau favorisant l'orientation et les prises en charge conjointes des différents acteurs et prestataires de services.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires

- engager des contrats locaux de santé,
- organiser et développer les coopérations entre professionnels de santé et la coordination des prises en charge.

Objectif 1 - Engager des contrats locaux de santé

Les contrats locaux de santé permettent de décliner de manière opérationnelle et transversale les objectifs du Projet Régional de Santé et plus particulièrement les orientations fixées dans les schémas. Ils s'appuient sur un diagnostic territorial à l'échelle d'une gouvernance locale et sur la dynamique des acteurs.

Au moins 6 contrats locaux de santé, ayant vocation à couvrir les deux tiers de la population haut-normande, sont d'ores et déjà prévus.

Ils seront déterminés au regard des indicateurs socio-sanitaires défavorables, d'une offre de soins de premier recours déficitaire et des territoires de politique de la ville. Leur champ sera adapté aux contextes et spécificités du territoire de contractualisation retenu.

Objectif 2 - Organiser et développer les coopérations entre professionnels de santé et la coordination des soins

Les coopérations entre les acteurs de premier recours (opérateurs de prévention et de promotion de la santé, offreurs de soins ambulatoires, acteurs du champ médico-social, santé au travail, santé scolaire, ...) à l'échelle de chaque territoire

de premier recours et de proximité se déclineront selon plusieurs formes (plateforme de services sanitaires et sociaux, réseaux, ...) afin de faciliter l'orientation et les prises en charge coordonnées et complémentaires.

En ce qui concerne les prises en charge au long cours, une politique efficace de santé doit permettre de développer, sur la durée, des interventions cohérentes et coordonnées relevant de différents dispositifs (prévention, accompagnement, éducation et soin), en perspective d'une insertion sociale et professionnelle des personnes malades ou en perte d'autonomie (scolarisation des enfants atteints de maladies chroniques, dispositifs en faveur des personnes âgées et personnes handicapées physiques et psychiques, ...).

La réussite des parcours des personnes tient pour beaucoup dans la coordination des actions et dans la traçabilité de celles-ci.

Les outils qui permettent cette coordination et cette traçabilité (dossiers médical et soignant, programme personnalisé de soins, ...) doivent être développés et mis en cohérence dans la mesure où ils sont les garants de la qualité des prises en charge et de leur suivi, en particulier pour les malades chroniques.

Priorité 2 - Mener une politique ambitieuse de formation des professionnels de santé

Il s'agit de répondre à l'une des problématiques majeures de la région: le déficit démographique des professionnels de santé.

Il convient de se doter d'une bonne visibilité sur les besoins et leur évolution, d'agir sur les processus de formation et d'utiliser tous les moyens utiles pour accompagner les professionnels dans leur parcours.

Trois objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires :

- rendre adéquates aux besoins les formations, en contenu et en volume,
- accompagner les parcours professionnels médicaux et non médicaux, de la formation initiale au développement professionnel continu,
- développer la gestion prévisionnelle des métiers et compétences par une observation fiable, actualisée et partagée.

Objectif 1 - Rendre les formations adéquates aux besoins, en contenu et en volume

L'adaptation des dispositifs de formation aux besoins de compétences individuelles, collectives, spécialisées ou générales répond à la nécessité de mieux équilibrer l'offre de formation entre les territoires de santé et de compléter les outils de formation de la région pour favoriser l'attractivité des professionnels, notamment en odontologie et dans les métiers de la rééducation.

Objectif 2 - Accompagner les parcours professionnels médicaux et non médicaux, de la formation initiale au développement professionnel continu

L'accompagnement des professionnels vise à favoriser les recrutements, la stabilisation des professionnels dans la région, les acquisitions, le développement et l'adaptation permanents des compétences. Dans cette perspective seront mis en place les dispositifs innovants, tels la coopération professionnelle, les programmes de soutien aux ressources humaines (amélioration des conditions de travail, lutte contre l'absentéisme, accompagnement de la professionnalisation,...).

Objectif 3 - Développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences par une observation fiable, actualisée et partagée

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences est un outil de lisibilité indispensable à la mise en oeuvre d'une politique prospective de développement de la démographie des professionnels de santé.

Priorité 3 - Renforcer l'animation et la coordination de la politique d'amélioration de la qualité des prises en charge et des accompagnements de santé

Les différents secteurs ont déjà engagé des actions d'amélioration de la qualité des soins telles que les démarches qualité, la certification, la lutte contre les infections nosocomiales, le benchmarking, la mise en oeuvre de protocoles de bonnes pratiques et de bon usage des médicaments,...

Il s'agit maintenant de les faire converger au sein d'une politique et d'une organisation régionale qui intègrent le partage d'expérience, le suivi de la mise en oeuvre et l'évaluation des résultats.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires

- définir et coordonner les programmes de gestion des risques, notamment la lutte contre les infections liées aux soins,
- évaluer les actions.

Objectif 1 - Définir et coordonner les programmes de gestion des risques

Les événements indésirables associés aux soins au cours d'un séjour hospitalier ou médico-social ou de sa prolongation ou encore d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention, sont une préoccupation majeure des usagers, des professionnels et des gestionnaires.

Leur prévention repose sur le développement d'une politique globale prenant en compte les spécificités sectorielles et territoriales, la mobilisation des acteurs, y compris libéraux et la mise en oeuvre d'actions sur les déterminants du risque.

Objectif 2 - Évaluer les actions

Dans le cadre de la démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services rendus aux personnes, un travail de définition d'indicateurs pertinents et d'organisation de leur collecte, de leur suivi et de leur analyse doit être engagé avec les professionnels afin d'évaluer les résultats des actions entreprises.

Priorité 4 - Rendre le système de santé plus performant et plus réactif

La qualité d'un système de santé s'apprécie, notamment, au travers de sa capacité à anticiper et s'adapter à l'évolution des besoins, y compris les besoins exceptionnels liés à des crises ou des risques de crises, des enjeux et des ressources humaines, techniques et économiques.

Dans cette perspective, le développement des outils et techniques de communication s'avère indispensable.

Deux objectifs généraux sont identifiés comme prioritaires

- réorganiser les soins d'urgence, la permanence et la continuité des soins,
- rendre plus opérationnelle la gestion des situations exceptionnelles.

Objectif 1 - Réorganiser les soins d'urgence, la permanence et la continuité des soins

L'enjeu est d'apporter une souplesse et une cohérence à l'organisation et au pilotage de l'accès, de la permanence et de la continuité des soins dans une double perspective :

- l'amélioration de la qualité de l'accès aux soins à tout moment et quel que soit l'état de santé des personnes et la garantie de leur continuité en toute circonstance,
- l'efficacité médico-économique du dispositif global par la mise en place d'organisations adaptées aux spécificités locales dans un contexte d'évolution contrainte de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie.

Objectif 2 - Rendre plus opérationnelle la gestion des situations exceptionnelles en adaptant le système de soins et de prévention des risques

L'éventail des situations exceptionnelles est vaste: épidémies saisonnières, pathologies spécifiques liées à des actes de malveillance, afflux massifs de victimes d'accidents,...

Des outils tels que les plans blancs, leurs annexes NRBC, les plans de continuité des activités, l'organisation de cellules de crise, ont été mis en place.

Il convient d'en assurer le recensement, en confirmer l'opérationnalité, pour élaborer et développer un dispositif régional coordonné de réponses adaptées aux circonstances et intégrées dans les différents plans, en lien avec les services de l'État.

THÈMES SPÉCIFIQUES

Chacun des 6 thèmes spécifiques identifiés devra prendre en compte les axes stratégiques généraux présentés supra. En complément et afin de répondre au mieux aux problématiques actuelles et particulières de chacun d'eux, des objectifs généraux adaptés ont été déterminés.

Ces différents thèmes spécifiques seront traités avec le même souci d'une approche globale et transversale d'analyse des situations et d'élaboration des propositions d'organisation et d'action.

Périnatalité, petite enfance

Deux situations restent encore incomplètement résolues: la sécurité périnatale et les grossesses non désirées.

Le renforcement des actions dans ces deux axes est en conséquence nécessaire.

- **renforcer la sécurité périnatale par un suivi personnalisé et adapté de la grossesse**

La réduction des risques liés à la naissance dépend des conditions et de la qualité de l'environnement technique de l'accouchement, de la mise en oeuvre de pratiques protocolisées et de l'utilisation des référentiels, du développement de la gradation des prises en charge et du travail en réseau, de la qualité du suivi et de l'accompagnement post-natal.

- **prévenir, prendre en charge et accompagner les grossesses non désirées, notamment en partenariat avec l'éducation nationale**

Handicap et Vieillesse

Le principe de subsidiarité impose que les personnes en situation de handicap et les personnes âgées en perte d'autonomie, aient accès au dispositif de droit commun.

Trois grands axes spécifiques sont identifiés

- **poursuivre l'adaptation et la restructuration du dispositif médico-social existant** pour une meilleure qualité de prise en charge,

- **diversifier les modalités de prise en charge en développant les alternatives à l'institutionnalisation, ou encore les services d'accompagnement**, pour une meilleure adéquation aux besoins des personnes,

- **développer une offre adaptée en direction de populations spécifiques** (patients atteints de maladie d'Alzheimer, personnes handicapées vieillissantes, personnes avec autisme et troubles envahissants du comportement, personnes handicapées psychiques...).

Santé mentale

La santé mentale est l'affaire de tous. Elle dépend de facteurs individuels et environnementaux (famille, éducation, emploi, logement...), ce qui suppose une responsabilisation des acteurs des différents champs de la société.

Les axes prioritaires d'évolution retenus concernent

- **la prévention des troubles psychiques pour l'ensemble de la population :**

- en améliorant la gestion des risques psychosociaux à tous les âges de la vie par une sensibilisation et une mobilisation des acteurs institutionnels et associatifs concernés,
- en développant les actions d'information et de formation à la santé mentale des acteurs de première ligne dans une perspective de travail en partenariat,
- en favorisant l'écoute des jeunes et des familles dans une logique de proximité.

- **l'organisation du dispositif de soins et médico-social pour les personnes souffrant de troubles psychiques :**

- en intégrant la dimension santé mentale dans les politiques territoriales de santé,
- en développant l'offre sanitaire de proximité et l'offre médico-sociale dans une perspective de rééquilibrage entre les territoires et dans une logique de coopération,
- en organisant le circuit de l'urgence et des consultations non programmées,
- en réservant l'hospitalisation temps plein à ceux qui relèvent de cette prise en charge,

- en articulant le soin et l'accompagnement social des personnes handicapées psychiques.

Addictions

Les interventions auprès des personnes ayant des conduites addictives doivent être engagées le plus rapidement possible dès le repérage, être multiples mais cohérentes et complémentaires et lisibles par l'utilisateur.

La création d'une véritable filière suppose de conforter le maillage territorial, structurer les niveaux de recours, articuler les différents dispositifs, contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge et dynamiser la prévention.

Les trois axes d'action à privilégier consistent à

- **garantir la continuité des actions engagées de prévention et renforcer les filières addictions** à l'échelle de chaque territoire de santé,
- **définir un cadre régional d'intervention et formaliser les référentiels** partagés et leur mise en oeuvre régionale,
- **développer les articulations dans la prise en charge des co-morbidités** notamment dans le cadre addictions-santé mentale.

Maladies chroniques

De nombreuses maladies sont évitables car liées à des facteurs de risques communs. Il convient d'en réduire l'incidence mais aussi leurs complications afin d'améliorer la qualité de vie en développant trois grands types d'actions :

- mener des actions de promotion et d'éducation à la santé coordonnées par les acteurs régionaux, pour permettre de réduire l'incidence des maladies chroniques les plus lourdes,
- améliorer le dépistage, les repérages et la prévention des maladies chroniques en tenant compte des inégalités territoriales,

- assurer au malade chronique une prise en charge coordonnée et de qualité tout au long de son parcours de santé, en l'impliquant dans le processus thérapeutique, ce qui suppose de :

- développer l'offre de service en éducation thérapeutique du patient par territoire,
- favoriser l'utilisation d'outils simples de coordination et de suivi.

Risques sanitaires

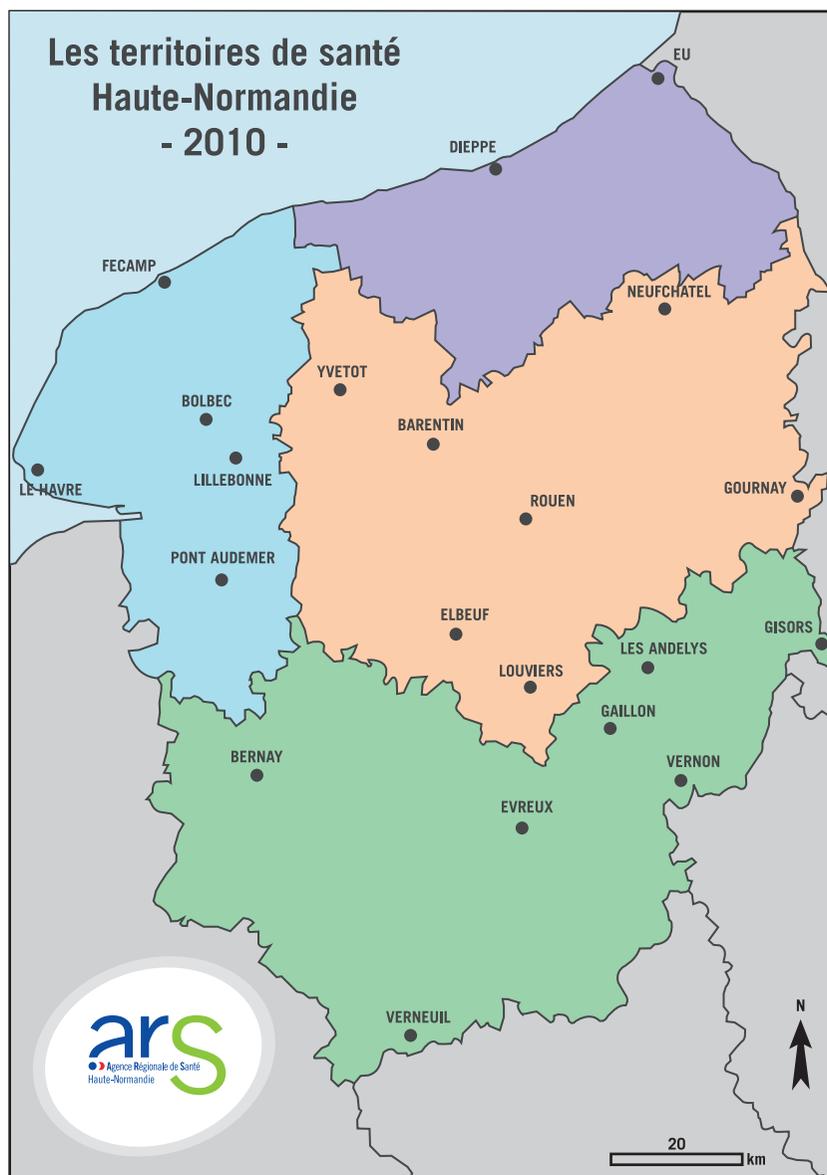
La population régionale est surexposée à des risques multiples qui nécessitent une vigilance particulière, un système réactif de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires ainsi qu'une capacité à adapter les moyens sanitaires aux situations et événements exceptionnels.

Trois priorités sont ainsi particulièrement identifiées

- **la nécessité de consolider la protection de la ressource en eau** et l'alimentation en eau,
- **le développement de la veille et l'alerte**, de l'expertise et des capacités de réactions documentées,
- **l'amélioration de la communication relative aux risques sanitaires** et aux événements exceptionnels à la fois en prévention et en situation de risque avéré.

Cette communication doit être adaptée aux publics cibles (population, professionnels et établissements de santé, élus, médias). Elle nécessite la mise en place des outils adéquats, en particulier une plate-forme d'information santé composée d'un portail destiné au grand public et le réseau d'informations validées sur l'actualité sanitaire (RIVAS) à destination des professionnels de santé.

ANNEXE n°1



ANNEXE n°2

Typologie socio-sanitaire de la population de Haute-Normandie

% des habitants	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7
Haute-Normandie	3	34	0	0	29,3	33,6	0
France	23,7	24,5	21,2	4,3	11,3	12,2	2,8

Classe 1 : zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services hospitaliers, en sous-mortalité

Classe 2 : zones périurbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale (un peu meilleure) que pour la mortalité (sous-mortalité pour quelques causes), relativement peu dotées en services de soins libéraux

Classe 3 : zones peuplées, avec une offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent

Classe 4 : zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles

Classe 5 : zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large

Classe 6 : zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée

Classe 7 : zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées



Conception et réalisation: Komonlab
Photos: Vincent DELARUE
Images : Fotolia

Date de publication : Juin 2011

Siège régional

ARS de Haute-Normandie
31, rue Malouet
BP 2061
76040 Rouen Cedex

Téléphone : 02.32.18.32.18

Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

ars



www.ars.haute-normandie.sante.fr