

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ

Sommaire

Introduction

LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ AU CŒUR DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ	8
---	---

I. LES PRIORITÉS ET ORIENTATIONS NATIONALES	10
---	----

I.1. AMÉLIORER L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ ET PRÉSERVER L'AUTONOMIE DES PERSONNES	10
I.2. PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DEVANT LA SANTÉ	11
I.3. DÉVELOPPER UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ, ACCESSIBLE ET EFFICIENT	12

II. LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC RÉGIONAL	15
---	----

III. LES TERRITOIRES	20
----------------------	----

III.1. GÉNÉRALITÉS	20
III.1.1 Le territoire régional de santé	20
III.1.2 Le territoire de santé	20
III.1.3 Le territoire de proximité	20
III.1.4 Le territoire de projet	21
III.2. LES TERRITOIRES EN LIMOUSIN	21
III.2.1 Le territoire régional de santé - Le territoire de santé	21
III.2.2 Le territoire de proximité	21
III.2.3 Le territoire de projet	22

IV. PRIORITÉS, OBJECTIFS, PRINCIPES D'ACTION, RÉGIONAUX	22
---	----

IV.1 APPROCHE ORGANISATIONNELLE GLOBALE	23
IV.1.1 Description du système local de santé	24
IV.1.2 Objectifs d'organisation du système local de santé et effets attendus	25
IV.2 LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES PAR DOMAINE DE SANTÉ	34
IV.2.1. Promotion de la santé	36
IV.2.2. Éducation à la santé	37
IV.2.3. Dépistage	38
IV.2.4. Veille Alerte Gestion des Urgences Sanitaires (Vagusan)	38
IV.2.5. Éducation thérapeutique du patient	39
IV.2.6. Diagnostic orientation traitement 1 ^{er} recours	39
IV.2.7. Suivi et accompagnement médico-social	40

IV.2.8. Soins hospitaliers aigus	40
----------------------------------	----

IV.2.9. Coordination du parcours de santé suivi	41
---	----

V. PRINCIPES D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DU PRS	44
--	----

V.1. LES PRINCIPES	44
--------------------	----

V.2. LES POINTS DE VIGILANCE	44
------------------------------	----

ANNEXE I - CONCLUSION DES GROUPES DE TRAVAIL	45
--	----

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT	45
------------------------	----

Les réunions du groupe de travail	45
-----------------------------------	----

Les conclusions du groupe de travail	45
--------------------------------------	----

L'évaluation du travail effectué	46
----------------------------------	----

RISQUES SANITAIRES	47
--------------------	----

Contexte	47
----------	----

Éléments principaux du bilan de l'existant	47
--	----

Orientations stratégiques déclinées en objectifs	48
--	----

PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE	50
--------------------------------	----

Définition du champ d'intervention	50
------------------------------------	----

Données régionales ORS	50
------------------------	----

Orientations stratégiques déclinées par objectifs	50
---	----

MALADIES CHRONIQUES	52
---------------------	----

Champ et définition du thème « maladies chroniques »	52
--	----

Données régionales ORS	52
------------------------	----

Éléments clés et limites de la prise en charge des maladies chroniques	52
--	----

SANTÉ MENTALE	56
---------------	----

Éléments de définition	56
------------------------	----

Données régionales (source Observatoire Régional de la Santé)	56
---	----

Les priorités	56
---------------	----

Déclinaison des priorités en objectifs	56
--	----

HANDICAP ET VIEILLISSEMENT	59
----------------------------	----

Contexte	59
----------	----

Éléments principaux du bilan de l'existant	59
--	----

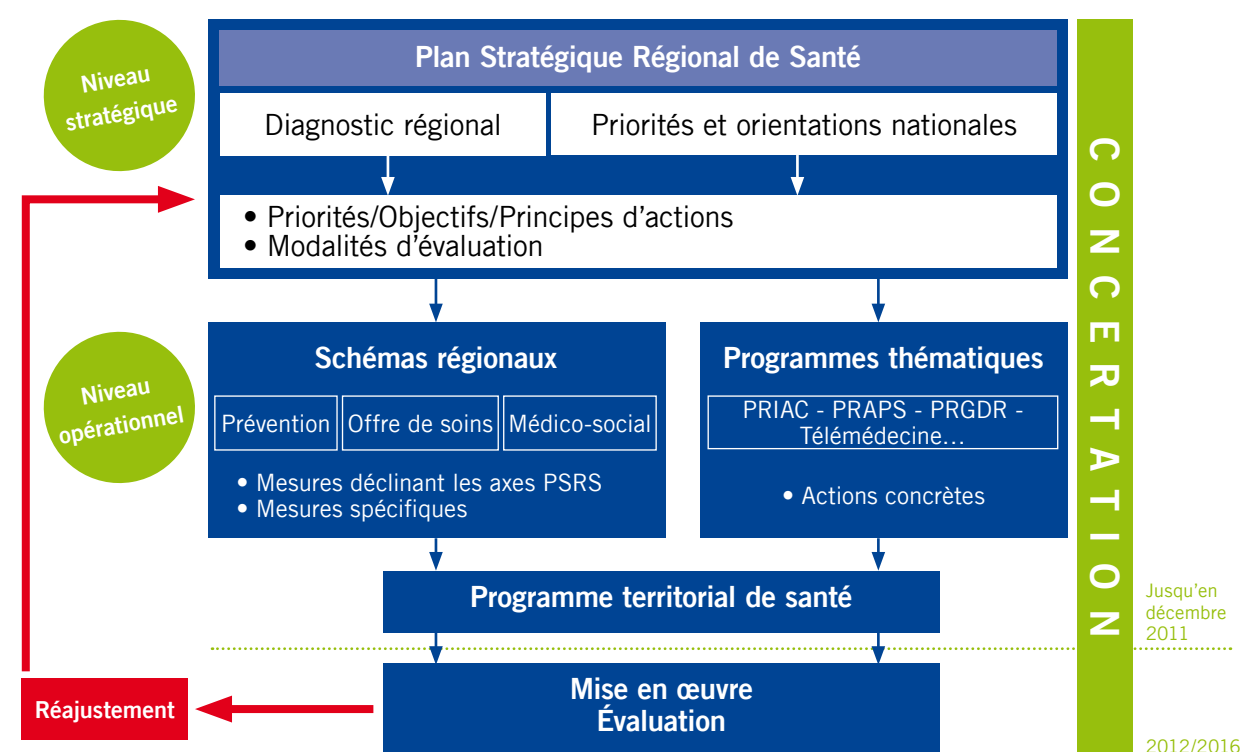
Orientations stratégiques déclinées en objectifs	60
--	----

Mesures de coordination avec les autres politiques de santé	61
---	----

Introduction

le plan stratégique régional de santé au cœur du projet régional de santé

Le plan stratégique régional de Santé (PSRS) est la première composante, et méthodologiquement la première étape, de l'élaboration du projet régional de Santé (PRS).



Le PSRS est préparé sur la base des priorités, des objectifs et des principes d'action définis au plan national qu'il adapte et décline localement et des priorités, des objectifs et des principes d'action identifiés au plan régional à partir du diagnostic régional de santé.

L'ambition du PSRS est de constituer un cadre structurant à l'élaboration des schémas et programmes. Toutefois, ses orientations ne peuvent en aucun cas prétendre couvrir l'exhaustivité des problématiques de santé à considérer.

L'élaboration du PSRS, première étape du PRS, conditionne par définition la réussite de toutes les suivantes.

Il importe qu'elle soit conduite avec toute la rigueur nécessaire, qu'elle bénéficie d'une concertation large et pédagogique pour que tous les acteurs s'approprient les enjeux, partagent et adhèrent au choix des priorités.

Processus d'élaboration du PSRS

Le PSRS a été élaboré grâce à une large participation des acteurs locaux et à partir d'une méthodologie précise. Environ 500 personnes réparties en 6 groupes de travail se sont réunies 4 fois et ont élaboré chacun pour un domaine de santé différent les orientations stratégiques correspondantes :

- 1 - Évaluation des besoins de santé et de leur évolution, une analyse de l'offre et de son évolution, selon les 6 domaines stratégiques :
 1. Handicap et vieillissement
 2. Risque sanitaire
 3. Périnatalité et petite enfance
 4. Maladies chroniques (hors vieillissement)
 5. Santé mentale (au sens OMS)
 6. Santé et environnement
- 2 - Définition de 1 à 3 priorités par domaine.
- 3 - Conformément au décret PSRS les priorités sont déclinées en objectifs en matière de :
 - prévention ;
 - amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
 - réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;
 - qualité et d'efficacité des prises en charge ; respect des droits des usagers ; ainsi que les mesures de coordination avec les autres politiques de santé.

En plus de ces 6 groupes, 3 complémentaires (un par département) ont travaillé sur l'organisation du 1^{er} recours.

Définition réglementaire du PSRS

En application de l'article L.1434-2 et du décret 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au PRS (art. R1434-1 et suiv.), le PSRS comporte :

- une évaluation des besoins de santé et de leur évolution tenant compte de la situation géographique, de l'état de santé de la population et des données sur les risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé
- 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
- des objectifs de santé en matière de :
 - Prévention ;
 - Amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
 - Réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;
 - Qualité et d'efficacité des prises en charge ;
 - Respect des droits des usagers ;

Le PSRS comporte également des 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.

Il prévoit l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du PRS.

I. Les priorités et orientations nationales

Le PRS fait référence à un modèle de santé pluridimensionnel

Le concept de santé retenu par la réforme portant création des ARS donne une représentation pluridimensionnelle de la santé. Il s'écarte du modèle biomédical réduisant la santé à l'absence de maladie. Il s'intéresse aux restrictions d'activité et de participation sociale, en les situant dans l'environnement de la personne. Le projet régional de santé reflète ainsi une vision moderne de la santé et de l'autonomie, plus proche de la réalité et de sa complexité.

Trois priorités nationales transversales ont été retenues par le Conseil National de Pilotage des Agences Régionales de Santé pour l'élaboration des projets régionaux de santé :

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

I.1. Améliorer l'espérance de vie en bonne santé et préserver l'autonomie des personnes

Cette amélioration passe principalement par la prévention, c'est-à-dire l'action sur les déterminants de santé. Il a en effet été montré que **la prévention pourrait contribuer à 85 % à la réduction de la mortalité prématurée, contre 15 % pour le soin.**

La préservation de l'autonomie de chacun, et la création des conditions facilitant la participation active de chacun à sa propre santé se jouent ainsi, pour une part, au niveau des conditions de vie, dès la petite enfance, et tout au long de la vie, au niveau des conditions de vie et de travail. La politique de santé nationale et régionale doit ainsi favoriser la préservation de la santé et de l'autonomie des personnes, en agissant sur les déterminants clefs de la santé, environnements sociaux, environnements physiques, comportements.

Il est important de noter que les déterminants macro-sociaux, économiques et culturels ont plus d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements personnels ou les soins médicaux. Ces déterminants sont les principaux facteurs des inégalités.

Intervenir sur ces déterminants relève de la promotion de la santé, en lien avec un ensemble d'acteurs relevant, en bonne partie, d'autres secteurs que le secteur sanitaire, et avec lesquels les ARS devront se coordonner.

Pour réduire les risques de survenue de maladies, on distingue deux modes de prévention : la prévention médicalisée constituée notamment des actes de dépistage et de vaccination et la prévention comportementale ou éducation pour la santé agissant très en amont de la maladie. Ce dernier type de prévention cherche à agir directement sur les comportements et les modes de vie,

notamment pour « rattraper » les politiques plus larges qui s'avèreraient insuffisantes à modifier les déterminants sociaux et/ou environnementaux. L'éducation pour la santé contribue ainsi à développer chez la population sa capacité à protéger sa santé dans un environnement non favorable.

Enfin, même si elle ne peut viser la bonne santé, la prévention dite tertiaire, via les acteurs du soin ou du secteur médico-social, peut jouer un rôle pour réduire les conséquences des maladies, réduire les incapacités fonctionnelles ou pour pallier leurs conséquences, quelle que soit leur origine à travers différents types d'action : prévention des complications, développement de l'éducation thérapeutique, organisation des parcours de soins, organisation des accompagnements médico-sociaux permettant la récupération ou la compensation des incapacités fonctionnelles... Les indicateurs de résultats fixés aux ARS ont été associés aux objectifs des CPOM afin de mesurer l'impact des programmes d'actions sur les problèmes de santé ou sur les déterminants identifiés comme prioritaires à l'instar du dépistage de certains cancers ou de la prévalence de l'obésité et du surpoids.

Le premier indicateur de résultat fixé concerne le taux de mortalité prématurée évitable.

I.2. Promouvoir l'égalité devant la santé

L'ambition est de **réduire les inégalités de santé** entre groupes sociaux, entre territoires et entre hommes et femmes.

En effet, la situation sanitaire française est marquée par un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe mais les inégalités sociales de santé (ISS) sont également parmi les plus importantes. Ces inégalités vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « **gradient social de santé** ». Par exemple, l'espérance de vie à 35 ans des cadres supérieurs est de 47 ans, soit sept ans de plus que celle des ouvriers.

Ces inégalités commencent dès l'enfance, ce qui explique pour partie leur reproductibilité d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents, etc.

La compréhension des ISS nécessite de se référer à un modèle global des déterminants de la santé. Ainsi, le poids des conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l'éducation, ont un impact important sur la fréquence des expositions à des facteurs de risque et des comportements « à risque », mais aussi sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les parcours de vie difficiles, construits dès l'enfance, entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé.

Les inégalités observées entre groupes sociaux, entre territoires et entre hommes et femmes mettent en évidence la nécessité d'agir, d'une part, en amont, avec l'ensemble des secteurs (habitat, transport, éducation, alimentation, conditions de travail, cadre de vie...) qui jouent un

rôle dans la constitution de ces inégalités, d'autre part, aussi précocement que possible, vis-à-vis de leurs manifestations, en termes de comportements à risque, de morbidité, ou d'utilisation des services de santé.

On comprend dès lors que les réponses, en termes de politique publique, se situent dans et hors du cadre sanitaire traditionnel. Même si l'administration de la santé (en l'occurrence l'ARS) mène prioritairement son action dans la cadre de la politique de santé, elle peut également jouer un rôle de sensibilisation des autres autorités et institutions susceptibles d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

La lutte contre les inégalités de santé nécessite donc un double équilibre pour l'action publique régionale :

- inclure dans la conception des actions régionales la dimension de réduction des inégalités, notamment, mais pas exclusivement à destination des plus démunis,
- mener des actions dans le champ de la santé (accès aux soins, à la prévention), mais également, le cas échéant, en dehors de ce champ sur certains déterminants sociaux de la santé.

Il s'agit également en complément de cette approche systémique des inégalités de santé de poursuivre aussi l'effort sur les populations les plus démunies à travers les trois schémas et les plans thématiques. Cela porte sur le rééquilibrage de la répartition de l'offre de services au niveau des bassins de vie, mais aussi sur l'adaptation des services offerts aux caractéristiques sociales et aux conditions de vie des populations, en particulier de celles qui cumulent les facteurs de risque. Un effort particulier devra ainsi être fait en direction des populations les plus défavorisées, souvent les plus fragiles et dont l'accès aux soins est le plus limité. L'analyse de la répartition des facteurs de risque et des problèmes de santé au niveau des régions et des territoires doit ainsi guider l'élaboration de réponses complémentaires dans chacune des composantes du projet régional de santé.

Les indicateurs fixés aux ARS dans les premiers CPOM visent principalement à mesurer la réduction des inégalités géographiques, environnementales et d'accès aux soins et aux services : densité médicale, contrat locaux de santé, établissements et services médico-sociaux.

Au-delà du recours à l'offre, il faut, le plus souvent, que chaque indicateur de santé retenu ait une déclinaison territoriale et quand c'est possible sociale. Les écarts entre territoires et catégories sociales pourront ainsi être mesurés et les objectifs formulés, non seulement en valeur moyennes régionales, mais aussi en termes d'écarts.

1.3. Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient

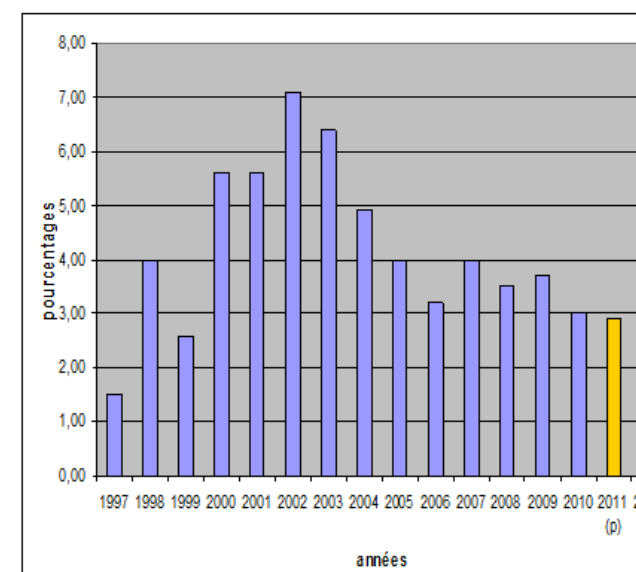
La politique nationale de santé mise en œuvre dans chaque région doit viser à préserver voire améliorer le niveau global de santé et la qualité du système de santé français, dans sa double composante préventive et curative. L'accessibilité et la qualité des services actuellement rendus par le système de santé, par la prévention et les soins, contribuent en effet de façon importante au haut niveau actuel de l'espérance de vie en France, en particulier après 65 ans. La capacité

de répondre aux attentes de la population, en termes de respect de la dignité des personnes, de délais d'attente et la protection contre les conséquences économiques de la maladie sont, avec l'espérance de vie et la mortalité infantile, les finalités principales sur la base desquelles l'OMS avait classé la performance du système de santé Français au premier rang mondial.

Dans le même temps, l'accroissement des dépenses liées à la santé met progressivement en péril la soutenabilité du système de sécurité sociale français. Face à ce constat, et sauf à se résoudre à des remboursements massifs, la voie de maîtrise des dépenses par la recherche de l'efficience dans tous les secteurs du système de santé est la seule possible pour assurer la soutenabilité, et la qualité à long terme.

Les projets régionaux de santé devront donc contribuer à respecter les grands équilibres de la sécurité sociale, en assurant les réorganisations nécessaires de l'offre de soins, afin de garantir des prises en charge adaptées, de qualité et répondant aux meilleures pratiques.

La progression de l'ONDAM a été fixée à 2,9 % dans le PLFSS pour 2011, puis 2,8 % pour 2012 et 2013. Cet objectif est très ambitieux au regard des évolutions passées.



La mise en place d'un comité de pilotage de l'ONDAM permettant de mieux agir en cours d'exercice, le renforcement du rôle du comité d'alerte, ainsi que les mises en réserve systématiques en début d'exercice pour prévenir les possibles dépassements constituent autant d'outils institutionnels destinés à encadrer strictement l'ONDAM afin de garantir son respect.

L'ensemble du PRS devra traduire la recherche de l'efficience du système de santé. Le PRS permet en effet d'agir à la fois sur la structure de l'offre de soins, de l'ambulatoire à l'hôpital et au médico-social, mais aussi sur les offreurs de soins eux-mêmes. Ainsi, le PRS devra porter la double ambition d'amélioration des parcours de soins par la réduction des inadéquations, et d'amélioration de l'efficience des offreurs de soins, par la promotion des meilleures pratiques.

Un resserrement de la contrainte financière va donc accompagner la mise en place des PRS et en particulier des documents opposables porteurs de l'organisation des soins, à savoir :

- les schémas régionaux d'organisation des soins (volets opposable et non opposable),
- les schémas régionaux d'organisation médico-sociale.

Contrairement à la mise en place des SROS précédents, qui ont été construits sans valorisation a priori (cf. rapport Conseillers Généraux des Établissements de Santé sur les SROS SSR), il sera impératif que les schémas soient cohérents avec l'ONDAM, c'est-à-dire que les autorisations données au titre de ces schémas ne génèrent pas de dépenses incompatibles avec l'ONDAM.

Améliorer l'adéquation de l'offre existante aux besoins de la population tout en renforçant l'efficience des modes de prises en charge devraient ainsi être les priorités des différents schémas.

Le schéma régional de prévention participe à l'efficience et la réduction des dépenses de santé que ce soit par la diminution de l'incidence des maladies (par la promotion de la santé et l'éducation par la santé), mais aussi, par exemple, par une meilleure prise en charge des maladies chroniques (par l'éducation thérapeutique).

En outre, la politique d'investissement hospitalier, au travers notamment du programme hôpital 2012 doit également être totalement cohérente avec le cadrage de l'ONDAM, en limitant les capacités supplémentaires et en privilégiant les investissements permettant d'améliorer la productivité afin d'assurer la cohérence avec les évolutions souhaitées de la nature de l'offre.

Par ailleurs, la recherche de l'efficience hospitalière devra être une priorité des PRS. Cette recherche de l'efficience permettra en effet d'une part, une amélioration du service rendu au patient via l'amélioration du fonctionnement des organisations, et d'autre part la constitution de marges de manœuvre pouvant être redéployées vers les activités de recherche et de soins, via la diminution des coûts de fonctionnement. Les ARS pourront s'appuyer sur l'ANAP pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets d'amélioration de l'efficience des hôpitaux.

Le développement d'actions de gestion du risque doit également permettre une amélioration de la qualité des prises en charge par l'application de référentiels de bonnes pratiques tout en maîtrisant les dépenses associées. Les 10 priorités nationales de gestion du risque en cohérence avec le contrat État/UNCAM actuellement soumis à la signature des parties concernées sont autant de domaines qui permettent d'associer qualité et sécurité des pratiques et efficience, en particulier à travers les programmes régionaux de gestion du risque (PRGDR).

Plus globalement, dans les différents domaines couverts par l'action des ARS, c'est souvent au niveau de l'organisation de services de santé, de leur coordination, en intégrant les éléments de prévention, de prise en charge ambulatoire et hospitalière, et l'accompagnement médico-social que se trouvent les potentiels les plus importants d'amélioration de l'efficience du système de santé, en assurant des réponses coordonnées aux besoins de la population et en utilisant au mieux les ressources humaines et les structures disponibles. C'est un enjeu majeur d'une approche coordonnée des schémas régionaux d'organisation des soins en secteur hospitalier et en secteur ambulatoire, et des schémas d'organisation médico-sociale et de prévention.

Si les règles et les instruments de régulation qui visent à assurer la soutenabilité financière du système sont nécessairement définis au niveau national, leur mise en œuvre au niveau local doit s'appuyer sur la recherche de la qualité et de l'efficience des prises en charges, avec l'ensemble des acteurs du système de santé.

II. Les éléments du diagnostic régional

Cette partie n'a pas vocation à présenter un diagnostic exhaustif de la région. Il s'agit plutôt, au regard du modèle de santé pluri dimensionnel (qui inclut les déterminants macro-sociaux) de faire apparaître les traits caractéristiques de la région qu'il est indispensable de prendre en compte pour concevoir des orientations régionales adaptées. Un document complet et approfondi est disponible à l'adresse suivante :

Atlas de la santé en Limousin - Version intégrale

Le Limousin est une région : Petite

Avec ses 3 départements, à l'échelle de la France métropolitaine elle représente 3 % du territoire national et 1,2 % de la population nationale.

• Qui s'insère dans sa totalité au sein du territoire Massif Central.

22 départements appartenant à 6 régions constituent le Massif Central. Ces territoires présentent une homogénéité de caractéristiques défavorables et doivent faire face à des problématiques communes qui ont conduit les 6 Conseils Régionaux concernés à signer, avec l'État en 2007, une Convention Interrégionale Massif Central (CIMAC) et un Programme Opérationnel Plurirégional FEDER (POMAC) visant le développement de ces territoires par la mise en place d'actions adaptées.

• A forte dominance rurale

Selon l'INSEE 74 % des communes Limousines sont rurales. 38 % des habitants de la région sont domiciliés dans l'espace rural.

• Avec peu de pôles urbains

Limoges et Brive puis Tulle, Guéret, Ussel et Saint-Junien.

• Dont la population est âgée

La plus vieille de France et la seconde d'Europe.

• Peu densément peuplée

Une densité de 43 habitants au Km² contre 114 au niveau national

• Au faible niveau économique

Une des régions de métropole au taux de pauvreté monétaire parmi les plus élevés (5e rang).

• Dont la densité de médecins généralistes est plus élevée que la densité moyenne nationale

125 en Limousin contre 110 en France.

• Dont la densité de médecins spécialistes est pour les principales spécialités faible

Pédiatrie (France : 53,9 – Limousin 39,6 pour 100 000 enfants de moins de 16 ans).

• Dont l'âge élevé de la population impacte fortement les indicateurs de santé...

Compte tenu de sa structure démographique elle se caractérise naturellement par des indicateurs plus péjoratifs qu'au niveau national : les taux bruts de mortalité et de morbidité y sont franche-

ment plus élevés pour toutes les affections liées à l'âge: les affections cardio-vasculaires, de nombreux cancers, en particulier celui de la prostate, la maladie d'Alzheimer, le diabète de type 2, les affections rhumatismales, et, d'une manière générale, toutes les maladies chroniques ou dégénératives.

...mais qui une fois neutralisé l'effet de l'âge se distingue peu de la moyenne nationale à l'exception du taux de suicide. Que ce soit en matière de mortalité générale ou prématurée, d'espérance de vie à la naissance ou de déterminants de santé. Sur quelques éléments toutefois, des spécificités régionales se font jour avec, chez les hommes, une surmortalité évitable (liée aux comportements) et une surmortalité, relativement modérée, par affections cardio-vasculaires et cancer de la prostate et, dans les deux sexes, une surmortalité par cancer colorectal. Enfin, les indicateurs traitant de la santé mentale laisseraient penser à une prévalence plus importante des troubles psychiatriques de longue durée, tandis que le taux de suicide est nettement supérieur au niveau national.

- **Caractérisée par de forts contrastes au sein de son territoire.**

Cet aspect est un trait dominant de la région qui fait l'objet d'un développement spécifique ci-dessous.

- **Avec des contrastes infra régionaux**

Ils sont plus particulièrement visibles **entre l'Est et l'Ouest** de la région ainsi qu'entre le milieu rural et les zones urbaines.

- **Géographiques**

La zone à l'Est de la région Limousin qui épouse les contreforts du Massif Central (Plateau de Millevaches) est considérée comme un territoire de moyenne montagne avec des altitudes avoisinant les 1 000 m. Le reste du territoire Limousin est constitué de faibles altitudes. Les 2 principaux pôles urbains se situent à l'Ouest de la région.

- **Liés à l'accessibilité des services**

Le temps moyen d'accessibilité aux services de la gamme intermédiaire (dentiste, kiné, banque...) est globalement plus important à l'Est de la région et plus encore dans la zone du Plateau de Millevaches.

- **Démographiques liés à la population**

Les densités de population sont plus faibles dans les zones rurales en particulier celle de la partie Est de la région et Nord de la Haute-Vienne avec une très nette sur représentation de personnes âgées. Les jeunes sont concentrés dans les zones urbaines.

L'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans ou + pour 100 personnes de - 20 ans) est moins important en ville et dans la périphérie des villes qu'en milieu rural plus « reculé ».

Le regain de population dont bénéficie le Limousin (+0,5 %) profite aux zones urbaines et péri urbaines de l'Ouest. Le milieu rural continue pour une large part à perdre des habitants.

Socio – économiques

Les emplois sont concentrés à l'Ouest, avec des actifs qui s'étalent largement autour des centres urbains. Le chômage touche essentiellement les zones de faible densité.

La part des foyers fiscaux imposés en Creuse dépasse à peine 40 %. Le département est celui où le revenu net imposable moyen, est le plus faible de France métropolitaine (16 500 € par foyer en 2006).

Le taux de pauvreté 2004 dans les espaces à dominante rurale est plus élevé en Limousin que la moyenne nationale pour ce même type de territoires (France rurale: 13,7 %) et il est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (cf. ci-dessous)

Département	Espace à dominante urbaine	Espace à dominante rurale
Corrèze	10,2	15,5
Creuse	11,5	19,5
Haute-Vienne	10,3	16,1

Moyenne France rurale: 13,7 %

Liés à la démographie des professionnels de santé

Un déficit dès à présent dans de nombreux secteurs ruraux, en kinésithérapeutes et dentistes.

Un déficit global en spécialistes, en particulier libéraux, de plus très concentrés sur quelques sites (avec une moyenne d'âge élevée).

A priori, moins de problèmes attendus en matière d'infirmiers et de pharmacies.

Les Médecins Généralistes Limousins sont essentiellement concentrés en zones urbaines et périurbaines alors que les populations âgées de 75 ans et plus représentent jusqu'à 24 % de la population dans certains cantons ruraux.

Selon l'ORS, l'évolution annuelle prévue du nombre de médecins généralistes libéraux jusqu'en 2017 en Limousin pourrait être de + 7 % en milieu urbain alors qu'elle serait de -21 % en milieu rural.

Au total concernant les médecins généralistes il peut être relevé:

- la répartition très inégale sur le territoire,
- les départs massifs attendus à moyen terme,
- un non renouvellement, en particulier en milieu rural,
- une situation problématique à court terme dans certains secteurs, à moyen terme (<10 ans) dans de nombreux autres.

Du point de vue des données épidémiologiques

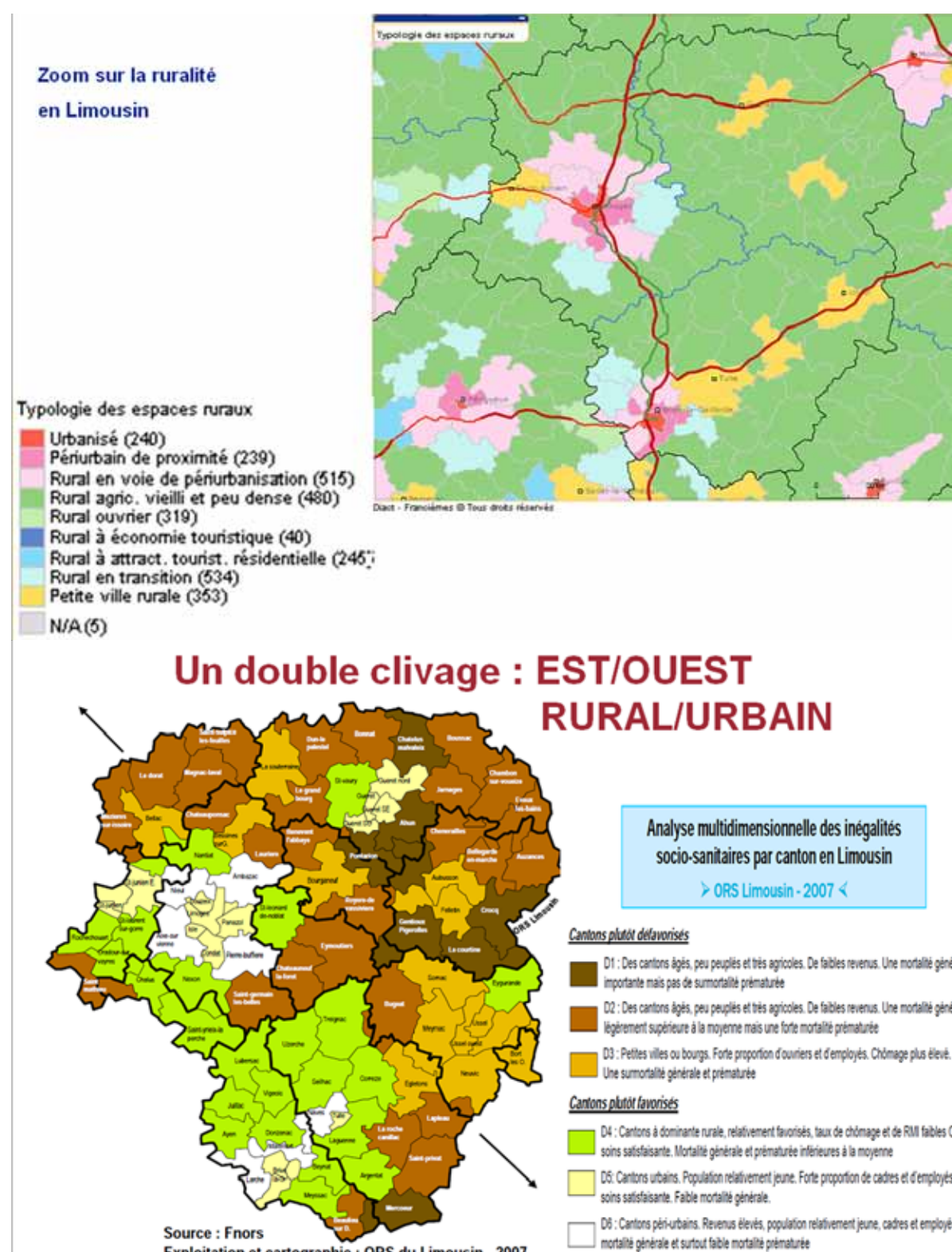
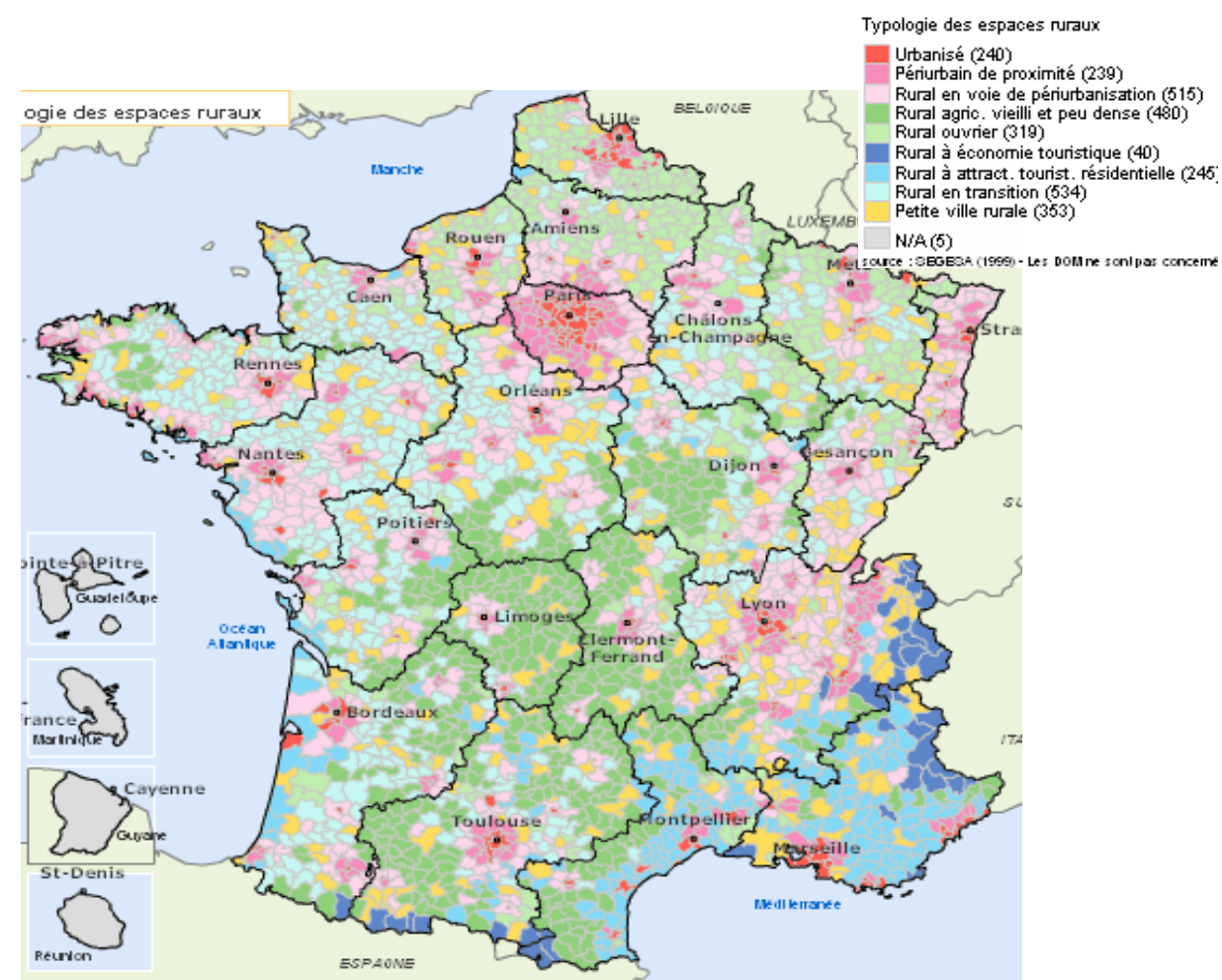
Des territoires urbains présentant des indicateurs plutôt favorables, la plupart des territoires ruraux sont en situation défavorable.

On constate que les territoires les plus urbanisés font partie de la moitié « favorisée » de la région.

L'analyse de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable selon le territoire montre une très grande hétérogénéité entre les différents territoires.

Une France rurale à trois visages apparaît :

- les «campagnes proches des villes» (le périurbain) / Rose.
- les «nouvelles campagnes» qui développent à la fois des fonctions résidentielles, touristiques et « de nature » (lieux de ressources en eau, de maintien de la biodiversité...). Elles présentent le plus fort solde migratoire du territoire rural et bénéficient d'une dynamique de l'emploi très positive / Bleu.
- les «campagnes fragiles» constituées de territoires vieillis et peu densément peuplés. Ces territoires sont caractérisés par un espace rural à dominante agricole (vert foncé) ou bien à dominante ouvrière dont le tissu industriel (vert clair) connaît un déclin marqué. Ils cumulent les handicaps d'un niveau de revenus modestes et d'un déclin démographique.



Les contrastes infra régionaux constatés placent les personnes qui vivent dans les territoires Limousins dans des situations d'inégalités face à la santé. Les dispositions à venir du PRS devront donc en priorité être conçues dans l'optique de réduire ces inégalités de santé.

III. Les territoires

III.1. Généralités

Le PSRS se décline dans quatre niveaux de territoire très différents :

- le territoire régional de santé
- le territoire de santé
- le territoire de proximité
- le territoire de projet

III.1.1 Le territoire régional de santé

Le territoire régional de santé est un territoire défini par la loi HPST dont l'article L.1431-2 « Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique... »

III.1.2 Le territoire de santé

Le territoire de santé est un territoire défini sur le plan juridique par la loi HPST, article L.1434-16 « L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que les accès aux soins de premiers recours... »

Article L.1434-7 « Le schéma régional d'organisation des soins... Il indique par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L.1411-11 et L.1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé »

Article L.1434-9 « Le SROS fixe en fonctions des besoins de la population par territoire de santé :

- les objectifs de l'offre de soins...
- les créations et suppressions d'activité...
- les transformations et regroupements...
- les missions de service public assurées par les établissements de santé »

III.1.3 Le territoire de proximité

Le territoire de proximité n'est pas un territoire défini par des textes, il n'a pas de fondement juridique.

C'est un territoire géographique défini par consensus entre les acteurs locaux et l'ARS.

Il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs « de santé » dont les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de santé.

Les établissements sanitaires et/ou médico-sociaux y constituent un point d'appui pour la structuration de l'offre de premier recours (professionnels de santé libéraux, maisons de santé...).

C'est à ce niveau de territoire de proximité que se situent les structures de prise en charge externe de la santé mentale.

Le territoire de proximité n'est pas un territoire juridiquement opposable, ce n'est pas un territoire de planification.

III.1.4 Le territoire de projet

Le territoire de projet n'a pas de fondement juridique.

C'est le champ d'intervention d'un projet, son dimensionnement dépend de la nature du projet, de la zone d'attractivité et/ou d'intervention des structures ou professionnels qui participent au projet.

Le territoire de projet est bien adapté pour les questions relatives au premier recours en zone urbaine ou rurale.

Il s'agit par exemple du territoire d'un pôle de santé, d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un contrat local de santé...

III.2. Les territoires en Limousin

III.2.1 Le territoire régional de santé - Le territoire de santé

En Limousin, il a été retenu un territoire de santé unique.

Les inégalités de santé touchant les trois départements de la région, un territoire de santé unique permet de déterminer une politique globale de santé de réduction des inégalités.

En conséquence, il y a une superposition géographique du territoire régional de santé et du territoire de santé.

Le territoire « Limousin » est le territoire de définition de la politique régionale de santé et le territoire de la planification.

III.2.2 Le territoire de proximité

En Limousin, les territoires de proximité ont été définis par les délégations territoriales de l'ARS et les acteurs locaux dont les conseils généraux.

La Corrèze est découpée en 3 territoires autour de Brive-Tulle-Ussel.

La Creuse est découpée en 3 territoires autour de Guéret-Aubusson-La Souterraine Bourgueuf, délimités selon les limitations des UTAS.

La Haute-Vienne est découpée en 5 territoires selon les pays : Pays du Haut Limousin - Pays de l'Ouest Limousin - Pays de Saint Yrieix Sud Haute-Vienne - Pays de Monts et Barrages - Pays de l'Occitane et des Monts d'Ambazac regroupé avec le Pays de Limoges.

Tous les territoires de proximité incluent au moins un hôpital avec un service de médecine.

Le territoire de proximité est le lieu de réalisation, à une échelle plus fine que celle du territoire de santé, d'un diagnostic territorial de santé de proximité.

L'analyse de ce diagnostic au regard des missions du premier recours, contribue à l'élaboration du SROS dans son volet ambulatoire afin de déterminer les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée sur quelques projets structurants.

Dans un deuxième temps, ce diagnostic territorial de proximité au regard du PSRS et des trois schémas : prévention, offre de soins, médico-social, permettra aux acteurs locaux de construire puis de mettre en œuvre le programme territorial de santé de proximité.

Les territoires de proximité, espaces de vie, constituent un cadre privilégié pour une approche collective globale de la santé, permettant de tenir compte de l'imbrication de l'ensemble des facteurs environnementaux, sociaux... et de coordonner les réponses apportées par les différents partenaires.

La conférence territoriale de santé assurera la cohérence de l'ensemble des programmes territoriaux et de leur réalisation.

III.2.3 Le territoire de projet

Il est bien entendu que tous les projets en cours ou émergents et particulièrement ceux qui concernent le premier recours vont se poursuivre. Dans ce cadre on peut citer à titre d'exemple le territoire du Parc Naturel Régional Millevaches avec le projet de pôle de santé, les territoires des contrats locaux de santé ruraux ou urbains...

IV. Priorités, objectifs, principes d'action, régionaux

Priorité régionale : Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

Trois axes stratégiques structurants :

- Agir favorablement sur les déterminants socio - environnementaux de santé (Prévention par la Promotion de la santé)
- Garantir l'accès pour tous, sans perte de chances, à une offre de santé de qualité :
 - prévention : éducation à la santé/dépistage – vaccination/éducation thérapeutique/Veille et alerte sanitaires
 - soins hospitaliers et ambulatoires
 - accompagnement et soins médico-sociaux
- Garantir la continuité et la lisibilité de la prise en charge dans le respect du droit des usagers.

Ces axes s'inscrivent dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

Ces axes stratégiques sont traduits en :

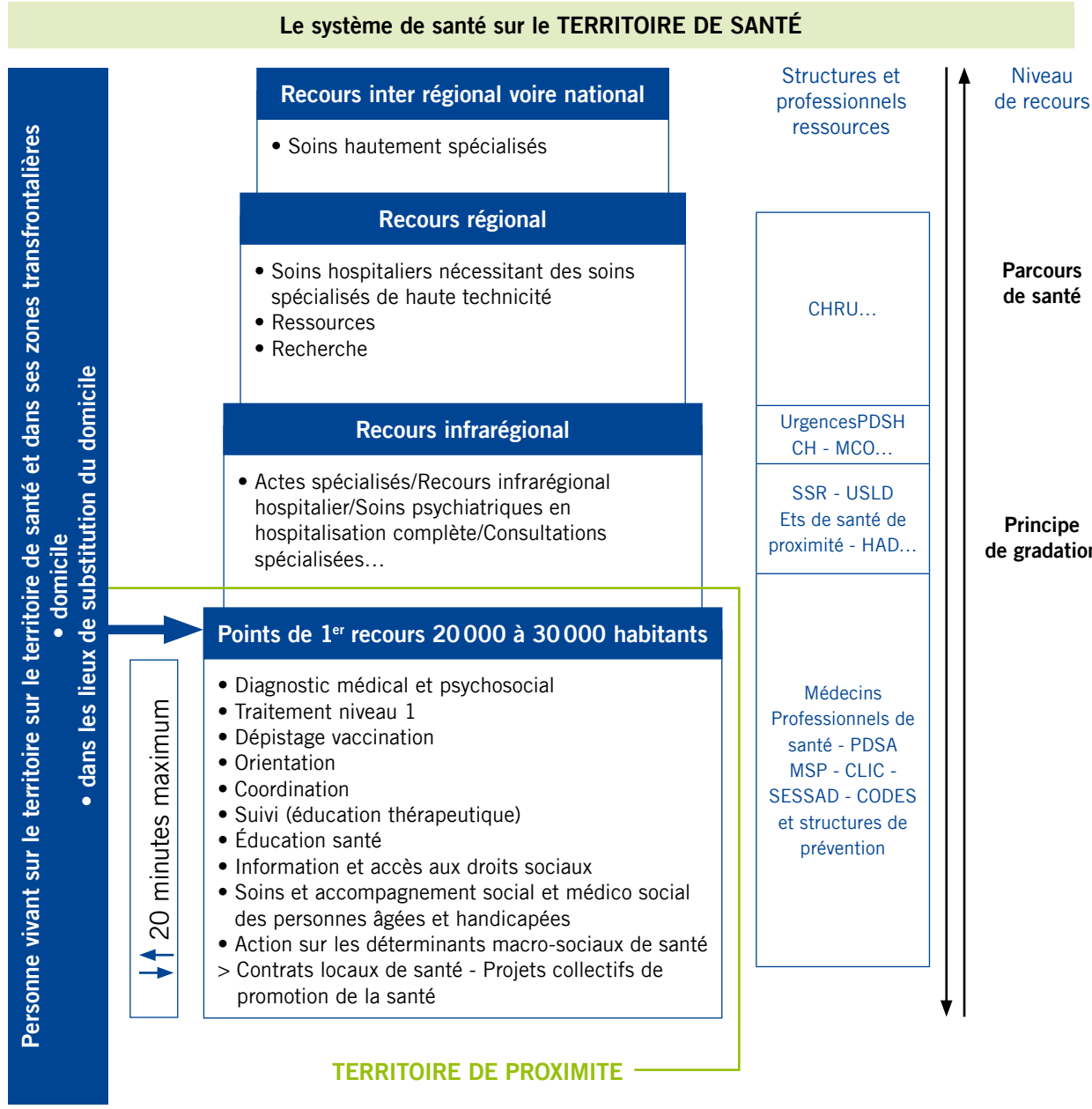
- Principes d'organisation du système de santé
- Orientations prioritaires par domaine de santé

IV.1 Approche organisationnelle globale

Organiser un système de santé **territorialisé** qui s'inscrit dans une logique de **gradation** de l'offre et de **coordination du parcours de santé** dont le **premier recours** constitue la clé de voûte.

Précision : le système local de santé vise à améliorer l'offre de droit commun et son accès pour tous et, en complément de cette approche systémique, à déployer des actions spécifiques pour les populations et les territoires vulnérables.

La lutte contre les inégalités s'inscrit bien dans ce double registre et ne se limite donc pas à cibler les seules populations et territoires les plus démunis.



IV.1.1 Description du système local de santé

La gradation.

Le système de santé est constitué par différents types et niveaux d'offre et de prise en charge qui répondent chacun à des types et à des niveaux de besoins différents.

L'enjeu du système de santé ainsi établi consiste à bien identifier le besoin de l'utilisateur et apporter une réponse adaptée, c'est-à-dire correspondant au niveau adéquat de prise en charge dans des délais satisfaisants, sans perte de chances.

La gradation suppose, pour fonctionner de façon optimale, une articulation logique et de la fluidité entre les différents niveaux.

Le premier recours et la gradation

La loi HPST (article 36) reconnaît la place des soins de premier recours dans le système de santé autour de 3 grandes fonctions :

1. L'entrée dans le système de santé : diagnostic, orientation, traitement ;
2. Le suivi du patient, la coordination de son parcours de santé (y compris vers le secteur social, médico-social...) et l'optimisation de ce parcours ;
3. Le relais des politiques de santé publiques par la promotion de la santé, l'éducation à la santé, le dépistage et l'éducation thérapeutique du patient.

Même si ces missions n'incombent pas à une catégorie exclusive de praticiens, elles sont assurées prioritairement par les médecins généralistes, les pharmaciens, les dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

Le 1er recours, par sa proximité, constitue à la fois le point d'entrée le plus fréquent dans le système de santé et l'espace adapté du suivi du parcours de santé de l'utilisateur.

Le 1er recours apparaît donc comme une strate essentielle du système de santé, intervenant à des moments clés du parcours de santé des personnes.

Le 1er recours est un élément clé du système gradué de santé, il s'envisage en complément et en résonance avec l'offre hospitalière, médico-sociale et de prévention.

Un système de santé territorialisé.

Ce système gradué de santé s'organise à l'échelle du territoire unique régional de santé, seul territoire juridiquement opposable. Il s'appuie sur des territoires de proximité points d'ancrage du premier recours.

Le territoire de proximité est non opposable. Il constitue l'échelon territorial à partir duquel sont conçus les projets d'organisation des points de 1er recours vu dans toutes ses composantes.

Les territoires de proximité constituent des espaces de vie où la santé des gens se développe, se préserve et se restaure au besoin. Ces territoires sont le cadre privilégié d'une approche collective et globale, permettant de tenir compte de l'imbrication de l'ensemble des facteurs environnementaux, sociaux...

Le territoire de proximité est donc le lieu privilégié d'une approche collective et globale de promotion de la santé.

Pour jouer pleinement leurs rôles, ces territoires doivent être pilotés et coordonnés :

- Dans la perspective de conduire les professionnels de santé, libéraux pour un grand nombre, peu habitués à construire une offre pour une population de façon très organisée, à penser l'offre globale aux patients, à penser en terme de santé publique.

Le champ libéral se caractérise par deux principes : le libre choix du patient et la liberté d'installation des professionnels. Si ces derniers ont le sentiment qu'on leur impose un « Gosplan », s'ils ne se sentent pas associés, la feuille de route ne sera pas concertée et il y a sans doute peu de gens qui l'emprunteront ensuite, c'est donc là un point essentiel.

Cela doit se faire avec les représentants des collectivités locales, en concertation avec tous les acteurs de terrain, les élus locaux et leurs collaborateurs, les autres services de l'État et les professionnels de santé.

- Dans la perspective d'associer différents acteurs locaux de l'action publique peu habitués à s'inscrire dans une approche de santé alors que leurs missions pèsent significativement sur l'état de santé des populations.

Les contrats locaux de santé prévus par la loi constituent de ce point de vue, le dispositif contractuel permettant la mise en synergie de ces différents acteurs autour des projets.

Des projets locaux de santé sont élaborés au niveau de chaque territoire de proximité.

Ces projets locaux agrégés les uns aux autres constituent le projet territorial de santé.

Ces projets seront managés par les « Délégations Territoriales » de l'ARS en concertation avec les acteurs locaux et les instances de la démocratie sanitaire, en particulier, la conférence de territoires.

IV.1.2 Objectifs d'organisation du système local de santé et effets attendus

Conformément au décret PSRS, ces objectifs sont liés à la prévention ; l'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ; la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ; la qualité et d'efficacité des prises en charge ; le respect des droits des usagers.

Conformément au décret PSRS, ces objectifs sont liés à la prévention ; l'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ; la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ; la qualité et d'efficacité des prises en charge ; le respect des droits des usagers.

Du point de vue du premier recours

Objectif général

Consolider une offre de 1er recours dans une approche globale de la santé accessible et fonctionnelle.

Objectifs intermédiaires

1. Maintenir une densité de professionnels de santé adaptée aux besoins du territoire.

→ Concevoir des mesures générales, au plan régional, et les déployer sur le territoire de santé en prenant en compte les éléments de diagnostic liés à la démographie des professionnels de santé et aux besoins de santé des territoires.

– Prévoir une réflexion spécifique sur les besoins en professionnels de santé pour garantir le relais effectif des politiques de santé publique, en particulier, en matière de promotion de la santé. Ces professionnels pouvant être différents de ceux qui sont habituellement identifiés en 1er recours (ex: animateur de projets territoriaux de santé...).

– Intégrer les mesures suivantes d'accompagnement des professionnels :

- modalités d'exercice coordonné: maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé (leur émergence doit être fondée sur un projet de santé porté par des professionnels différents);
- guichets uniques pour l'accueil et l'aide à la conduite et au financement des projets;
- contrat d'engagement de service public pour les plus jeunes;
- poursuite des dispositifs d'aide à l'installation dans les zones déficitaires;
- pôles de compétences en éducation pour la santé liés par une convention cadre tripartite Inpes/ARS/organisme porteur du pôle.

→ Accompagner la mise en œuvre de ces mesures dans les territoires de proximité, en particulier lorsqu'ils comportent des points de 1er recours fragiles ou en voie de le devenir.

Effets attendus :

- Disposer de points de 1er recours à 20 minutes maximum du domicile.
- Garantir une offre complète de 1er recours (dans ses 3 fonctions).

2. Garantir une réponse de 1er recours de qualité.

→ Développer une approche globale (sur tous les déterminants), intégrée (aux différentes politiques) et continue (prévention, soins, médico-sociale) de la prévention :

– Développer une approche intersectorielle et interministérielle de la promotion de la santé en capacité d'agir avec efficacité (et efficience) sur les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux de la santé,

– Valoriser l'action des opérateurs en prévention médicalisée, promotion et éducation pour la santé ayant de véritables savoir-faire,

– Organiser le continuum entre prévention, soin et accompagnement, notamment par une prévention médicalisée organisée, intégrée dans l'activité des professionnels de santé de premier recours,

– Développer les contrats locaux de santé qui permettent la mise en œuvre de proximité du projet régional de santé, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements. Ils peuvent porter sur la promotion de la santé, la prévention, les soins et l'accompagnement médico-social.

→ Développer la formation continue et l'Évaluation des pratiques professionnelles des professionnels de santé de 1er recours.

Pour le champ santé publique en particulier, il s'agira :

– de déterminer précisément les besoins de formation à satisfaire pour garantir effectivement le relais des politiques de santé publique par la promotion de la santé, l'éducation à la santé, le dépistage, l'éducation thérapeutique du patient (3e fonction du 1er recours).

– d'identifier les métiers et les formations nécessaires au déploiement de la santé publique sur le territoire.

→ Promouvoir la coopération des différents professionnels pour améliorer des prises en charge comme le prévoit l'article 51 de la loi HPST.

– Informer les professionnels de santé de 1er recours sur les ressources existantes mobilisables,

– mettre à la disposition des professionnels de santé des « outils réseaux » souples, lisibles, opérationnels et faciles à utiliser,

– s'appuyer, dans le cadre du suivi du patient et de la coordination de son parcours de santé en priorité sur les ressources locales de proximité existantes,

– mobiliser les différents outils favorisant la coopération entre les acteurs : ville/hôpital, établissements sociaux médico-sociaux et secteur ambulatoire.

→ Resituer les différents professionnels de santé là où se trouve leur plus value.

– Engager une réflexion sur des modalités nouvelles de délégation de tâches entre professionnels.

– inclure dans le PRS les déclinaisons opérationnelles des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (art 44 LFSS 2008),

– mobiliser les possibilités ouvertes par la loi HPST (art 51) de coopération des médecins avec d'autres professionnels dans le cadre de protocoles de suivi de malades chroniques.

→ Organiser la Permanence des Soins,

→ Inclure les établissements de santé de proximité (notamment les ex hôpitaux locaux) comme complément, substitut ou point d'appui de la structuration de l'offre de 1er recours ambulatoire.

Commentaires

« Ils participent à l'offre de proximité, à l'orientation et la coordination de la prise en charge des patients et contribuent à structurer l'articulation ville-hôpital et l'articulation sanitaire-médico-social : leur expérience pratique des problématiques et des réponses organisationnelles possibles dans l'articulation entre la ville et l'hôpital et aussi avec les champs de la prévention et du médico-social doit être valorisée en termes de connaissance des enjeux et de réponses organisationnelles possibles. »

- Ils représentent un point d'appui pour la structuration de l'offre de premier recours car ils constituent souvent la seule présence sanitaire dans l'environnement immédiat du patient notamment dans les zones démographiquement fragiles. Ils peuvent donc tenir toute leur place dans la structuration d'une offre de santé de premier recours, notamment pour les personnes âgées.
 - Ils doivent agir en cohérence avec l'ensemble des acteurs du premier recours (professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé,...) et représentent un acteur privilégié car ils fonctionnent largement avec la participation des médecins libéraux à l'activité interne de l'établissement. » (extrait du guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS/DGOS - 2010)
- Développer tous les types d'intervention à domicile (SESSAD, SSIAD...)
- Rechercher la complémentarité avec l'Éducation Nationale (appui à la scolarité) ainsi que les dispositifs d'aide à domicile sous la responsabilité des Conseils généraux,
 - Concevoir des solutions d'aide aux aidants : accueils de jour, séjours temporaires de « répit »...
- Développer des mesures complémentaires spécifiques pour les territoires et populations vulnérables.

Effets attendus :

- Optimiser le recours à l'hôpital (par l'amélioration des réponses en niveau 1)
- Éviter les inadéquations de prise en charge à l'hôpital (par l'amélioration et l'optimisation des réponses de 1^{er} niveau)
- Éviter les ruptures de prise en charge des patients, améliorer la continuité des parcours de prise en charge (par l'amélioration de la coordination, du suivi en 1^{er} recours)
- Optimiser le recours aux urgences (par l'organisation de la PDS)
- Développer les modes de prise en charge substitutifs à l'hôpital et/ou les optimiser (ex : HAD, chimiothérapie ambulatoire)
- Améliorer la prise en charge et le suivi des patients atteints de maladies chroniques (par le développement de l'éducation thérapeutique du patient notamment)

- Garantir l'inscription, dans la cité des personnes handicapées et en perte d'autonomie (par les services d'appui au domicile),
- Améliorer la qualité de vie des personnes en situation de perte d'autonomie (par l'adaptation de l'organisation médico-sociale de proximité en articulation avec celle développée dans le champ de la prévention et des soins),
- Maintenir ou améliorer des espaces de vie favorables à la santé (par le déploiement de la promotion santé en premier recours),
- Améliorer la qualité et la répartition des actions de promotion de la santé (par la structuration d'une offre de promotion de la santé en 1^{er} recours).
- Améliorer l'efficacité et l'efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région (par la planification).

3. Garantir l'accessibilité à l'offre de 1^{er} recours.

- Communiquer et faire connaître aux usagers l'offre de 1^{er} recours et son potentiel.
- Organiser les transports, en particulier dans les zones rurales enclavées.

Définir en coordination avec les autres services de l'État concernés et les collectivités territoriales les modalités d'élargissement du « Transport à la Demande ».

Ce type de transport peut, d'une part, apporter des réponses à des besoins jusque-là non pris en charge en fournissant une offre de transport dans les zones rurales isolées pour desservir des équipements ou des zones particulières. Il peut également permettre de satisfaire les besoins spécifiques de déplacement de personnes isolées ou à mobilité réduite.

Il offre, d'autre part, une alternative de desserte pour des secteurs où la demande est insuffisante pour justifier le maintien d'un transport régulier en termes d'utilisation et de coût.

Le « Transport à la Demande » apparaît dès lors comme une solution de transport de personnes pour desservir des zones géographiques peu denses et/ou en heures creuses là où des services réguliers de transport sont absents ou moins performants.

- S'assurer que la chaîne de compétences ne connaisse pas de rupture (pharmacie, soins infirmiers, soins à domicile).
- Fournir un accompagnement social de santé aux personnes en situation précaire qui le nécessitent.

Les personnes défavorisées se mobilisent difficilement autour de leur santé qui n'apparaît pas comme une priorité. Un travail spécifique d'accompagnement doit être mis en place vers le premier recours.

- Développer l'acquisition des compétences psychosociales pour ces populations, dans le cadre des actions de promotion et d'éducation à la santé.
- Développer la télé santé et les consultations avancées.

- pour permettre, depuis le domicile, de favoriser les consultations accompagnées par un professionnel de santé, à distance.
- Développer depuis les points de 1er recours (maison de santé, ex hôpitaux locaux) des consultations avancées spécialisée et la consultation spécialisée à distance grâce à la télé-médecine.

Effets attendus :

- Diminuer le reste à charge lié au transport
- Rapprocher l'offre de santé et l'usager
- Limiter les reports de prise en charge

Du point de vue des soins hospitaliers

Objectif général :

Faire évoluer l'organisation des prises en charge vers une offre moins centrée sur l'hospitalisation traditionnelle et faisant davantage jouer les complémentarités.

Objectifs intermédiaires

1. Développer des modes de prise en charge substitutifs à l'hôpital pour les activités pouvant être réalisées à meilleur coût, au plus près du patient

→ Développer l'HAD, la chirurgie ambulatoire, la dialyse hors centre (dialyse péritonéale).

Précisions : ce transfert d'activités n'est envisageable que si le secteur ambulatoire fonctionne de façon efficace (voir ci-dessus : 1er recours) afin de bien organiser les suites de la prise en charge.

2. Améliorer l'articulation entre l'hôpital et ses différents partenaires en amont et en aval des hospitalisations
3. Résoudre certains problèmes d'organisation interne aux établissements de santé (attente de diagnostic ou de thérapeutique, attente d'un avis collégial, etc.).
4. Sensibiliser les professionnels de santé quant à la nécessité d'une préparation précoce de la sortie des patients dans le but d'optimiser leur transfert vers les structures d'aval (outils mis en place dans le cadre de la réglementation sur les soins de suite et de réadaptation : coordinations territoriales, fiche de préparation à l'admission, conventions entre SSR et structures médico-sociales, etc.)
5. Piloter le développement des activités hospitalières en intégrant une logique de pertinence des actes

Effets attendus :

- Améliorer l'efficacité des prises en charge par la réduction des coûts de certaines prises en charge actuellement trop centrées sur l'hospitalisation
- Mieux spécifier la place de l'hospitalisation à temps complet.
- Réduire les inadéquations hospitalières et améliorer la prise en charge

6. Garantir les volumes suffisants d'activités des soins spécialisés

→ privilégier une offre regroupée invitant les acteurs du système de santé à la coopération et la mutualisation afin de garantir la qualité des actes grâce à un volume suffisant.

Cette organisation privilégie d'être bien soigné au risque d'un éloignement géographique plutôt que de l'être à proximité de son lieu de résidence, mais dans des conditions moins satisfaisantes.

Cette organisation, par l'éloignement géographique potentiel qu'elle induit, pour une part de la population au moins, risquerait d'accroître les inégalités de santé et nécessite de s'assurer de l'accessibilité de tous à cette offre sans discrimination.

Par conséquent, la question de l'accessibilité à cette offre de qualité constitue l'étape suivante fondamentale dans une perspective de réduction des inégalités.

C'est dans cette phase clé que le 1er recours en tant que tremplin dans le parcours de santé est fondamental.

Effets attendus :

- Maintien de la qualité des soins de haute technicité.

Du point de vue de l'accompagnement et des soins médico-sociaux

Objectif général :

Mettre en œuvre des accompagnements et prises en charge selon une logique de continuité et d'évolution du parcours global de soins et de vie des personnes :

- En priorité un accès au droit commun pour les personnes
- Une adaptation du droit commun dès lors que l'accès doit en être facilité
- En dernier lieu une offre spécifique si des besoins spécifiques ne sont pas couverts

Adapter l'organisation médico-sociale en articulation avec celle développée dans le champ de la prévention et des soins.

Objectifs intermédiaires

1. Redéployer l'offre médico-sociale

→ Privilégier, dans le cadre de la transformation des structures de même que la création de capacité nouvelles, les services d'appui à la scolarité et au maintien à domicile (dans le champ du handicap, les inégalités sociales sont d'abord, pour les enfants et les adultes, sources d'aggra-

vation et/ou de cumul des handicaps, et conduisent à des recours encore trop fréquents aux institutions pour des situations qui ne le nécessitent pas). Sur ce point, la complémentarité avec l'Éducation Nationale ainsi qu'avec les dispositifs d'aide à domicile sous responsabilité des Conseils Généraux sera recherchée,

- Améliorer la desserte de certaines zones par le redéploiement de l'offre médico-sociale et d'une organisation des transports, en lien avec les autres services de l'État ou des collectivités territoriales,
- Inclure dans la politique de tarification la question du « reste à charge » qui par son importance, notamment pour les personnes âgées, peut les dissuader du recours pourtant nécessaire à une solution de prise en charge,
- Agir en transversalité et en intersectorialité (PMI, Éducation Nationale...)

Effets attendus :

- Limiter les inadéquations de prise en charge
- Garantir l'inscription, dans la cité des personnes handicapées et en perte d'autonomie (souhait de rester à domicile, ou de scolariser son enfant handicapé à l'école de quartier avec les aides humaines et techniques nécessaires).

2. Mutualiser – Contractualiser

- Concevoir une méthodologie de prise en charge transversale et commune à tous les acteurs (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux).
- Articuler les réponses sanitaires et médico-sociales (pour un parcours sans rupture),
- Définir des mesures volontaristes pour réduire les disparités entre les coûts à la place pour des ESMS offrant des prestations semblables,
- Développer les différentes formes de coopération (conventions, GCS, GCSMS, CHT,...).

Effets attendus :

- Améliorer l'efficacité des prises en charge,
- Pour l'ensemble de ces enjeux, le passage à un financement par appel à projets constitue pour l'ARS un levier central de modernisation.

3. Impliquer et soutenir les aidants et les accompagnants.

- assurer l'information et la formation
- proposer des solutions d'accompagnement voire de répit
- guider les personnes dans les démarches d'accès

Du point de vue de la prévention

Objectif général :

Identifier et prévoir l'évolution des ressources régionales.

Développer une approche globale (sur tous les déterminants), intégrée (aux différentes politiques) et continue (prévention, soins, médico-sociale) de la prévention.

Objectifs intermédiaires

1. Développer une approche intersectorielle et interministérielle de la promotion de la santé en capacité d'agir avec efficacité (et efficience) sur les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux de la santé,
2. Valoriser l'action des opérateurs en prévention médicalisée, promotion et éducation pour la santé ayant de véritables savoir-faire,
3. Favoriser le continuum entre prévention, soin et accompagnement, notamment par une prévention médicalisée organisée, intégrée dans l'activité des professionnels de santé de premier recours,
4. Améliorer la qualité des interventions et identifier les métiers et les formations nécessaires à une meilleure efficacité et efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région.

Il s'agit notamment de décliner ce secteur d'intervention autour de 4 volets :

1. La promotion de la santé :

Elle constitue un moyen essentiel de lutte contre les inégalités de santé. Il s'agit de :

- changer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens favorable à leur santé,
- donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir en promotion de la santé sont de plusieurs ordres :

- déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales ; habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique...),
- déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...),
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics...) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...),
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique).

2. L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes/compétences influençant positivement la santé des individus et des groupes. Ces actions sont complémentaires des politiques qui cherchent à modifier les déterminants sociaux et/ou environnementaux de santé.

Des référentiels, des données scientifiques et des ressources existent dans ce domaine. Les IREPS (Instances régionales d'éducation pour la santé) et pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé, tout comme l'Inpes au niveau national, constituent une ressource incontournable pour relayer ces ressources auprès des ARS.

3. La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Elle fait appel aux acteurs du soin, imposant ainsi une forte articulation du SRP avec le SROS et, notamment, son volet ambulatoire. Elle comprend en particulier les dépistages et les vaccinations.

4. La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique

Les actions de prévention tertiaire cherchent à limiter les risques de rechutes, de séquelles ou de complications d'une maladie, et à faciliter la réadaptation et la réinsertion des personnes présentant des incapacités fonctionnelles de toute origine. Elles prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, et toutes les mesures d'accompagnement et d'action sur l'environnement facilitant la reprise d'activité et la participation sociale des personnes.

Effets attendus :

- Maintenir ou améliorer des espaces de vie favorables à la santé
- Améliorer la qualité et la répartition des actions de promotion de la santé
- Améliorer l'efficacité et l'efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région

IV.2 Les orientations prioritaires par domaine de santé

Six domaines ont été définis comme particulièrement structurant du champ de la santé :

- Santé et environnement
- Risques sanitaires
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques
- Santé mentale
- Handicap et vieillissement

Pour chacun de ces domaines des priorités ont été élaborées par des groupes de travail réunissant de nombreux acteurs locaux. L'intégralité des conclusions de ces groupes de travail est présentée en annexe I. Ces priorités sont présentées, à partir des principales étapes du parcours de santé défini par déclinaison des axes structurants du PSRS soit :

Priorité régionale	3 axes stratégiques structurants	Les étapes du parcours de santé	Pour chaque étape les objectifs par domaine de santé
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ	Agir favorablement sur les déterminants socio-environnementaux de santé (Prévention par la Promotion de la santé)	1. Promotion de la santé	• Santé et environnement • Risques sanitaires • Périnatalité et petite enfance • Maladies chroniques • Santé mentale • Handicap et vieillissement
	Garantir l'accès pour tous, sans perte de chances, à une offre de santé de qualité : - prévention : éducation à la santé/dépistage – vaccination/éducation thérapeutique/Veille et alerte sanitaires - soins hospitaliers et ambulatoires - accompagnement et soins médico-sociaux	2. Éducation à la santé 3. Dépistage 4. Veille Alerte Gestion Urgences Sanitaires 5. Éducation thérapeutique du patient 6. Diagnostic orientation traitement de 1 ^{er} recours 7. Suivi et accompagnement médico social 8. Soins hospitaliers aigus	
	Garantir la continuité et la lisibilité de la prise en charge dans le respect du droit des usagers.	9. Coordination du parcours de santé/suivi	

Critères du décret 2010-514 du 18 mai 2010 :

1. prévention ;
2. amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
3. réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;
4. qualité et d'efficience des prises en charge ;
5. respect des droits des usagers ;
6. ainsi que les mesures de coordination avec les autres politiques de santé.

IV.2.1. Promotion de la santé

Santé environnement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Réduire les pesticides et autres produits toxiques dans l'air, dans l'eau, dans l'alimentation et dans les milieux du travail	x					x
Garantir, renforcer et sécuriser la qualité bactériologique et biologique des eaux	x					x
Réduire le bruit pour les publics captifs (écoles, hôpitaux, milieu du travail, etc.) et les risques auditifs dus à l'écoute de la musique amplifiée	x					x
Améliorer la qualité de l'air intérieur dans l'habitat	x					x
Prendre en compte les risques psycho-sociaux dans les milieux de travail	x					x
Encourager la prise en compte de l'évaluation des risques sanitaires dans l'élaboration des documents d'urbanisme et de planification	x					x

Santé mentale	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Reconnaître et prendre en compte les facteurs généraux qui favorisent la santé mentale en ne limitant pas le champ d'action aux troubles mentaux (La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux)	x					
Développer des programmes qui agissent complémentirement sur les 3 dimensions suivantes : - Renforcer les compétences personnelles des individus, leurs facteurs de protection, leurs pouvoirs d'agir sur la santé - Mieux prendre en compte les questions de santé mentale dans les pratiques et le travail des professionnels avec leur public - Intégrer les questions de santé mentale dans les décisions prises par les structures, dans les institutions, dans les politiques publiques et locales.	x					
Relayer l'information sur la santé mentale, la maladie mentale et le handicap psychique auprès du grand public	x					
Développer des stratégies intersectorielles en intégrant la promotion de la santé mentale dans les politiques publiques et programmes (l'éducation, l'emploi, la justice, les transports, l'environnement, le logement et la protection sociale...)	x					x
Développer les activités de promotion de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire	x					x
Éviter la désinsertion sociale et lutter contre l'isolement : des jeunes, des personnes âgées et/ou handicapées, des migrants, des personnes seules et/ou en pertes d'emploi...	x					x
Permettre l'accès à l'offre de droit commun pour tous.	x					x

Maladies chroniques	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer la promotion de la santé en utilisant des méthodes validées assorties d'évaluations des dispositifs. Limites : ne plus délivrer simplement de l'information - disponibilité des professionnels et temps nécessaire.	x					
Impact sur la vie quotidienne Objectifs : favoriser l'autonomie des patients (patients âgés) - Soutenir les patients dans les zones éloignées, les patients isolés ou en rupture dans le parcours de soins – Favoriser les lieux d'écoute	x					

Handicap et vieillissement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Améliorer l'espérance de vie en bonne santé en préservant l'autonomie cognitive, mentale, physique	x					
Maintenir un lien social	x					x
Faciliter l'accès aux services (transports, coût financier, reste à charge,...)	x					x
Faciliter l'accès aux démarches pour les personnes		x				

IV.2.2. Éducation à la santé

Santé mentale	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer les actions de promotion de la santé visant l'acquisition des compétences psychosociales des jeunes.	x					

Maladies chroniques	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Agir sur les déterminants de santé en favorisant l'adoption de comportements sains tout en ciblant les populations et les messages	x					

Handicap et vieillissement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer l'information et la sensibilisation des publics	x	x				
Soutenir les aidants pour permettre le maintien à domicile				x		

Risques sanitaires	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Établir un plan régional de prévention primaire et secondaire pour : convaincre, informer, former, éduquer, maîtriser (ex : vaccinations, dépistages)	x					

IV.2.3. Dépistage

Risques sanitaires	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Anticiper en engageant les actions de promotion « à froid » (en dehors de tout contexte d'alerte ou de crise), concevoir un dépistage « hors murs »..., valoriser les acteurs de premier recours (médecins, pharmaciens, IDE...)		x				

Périnatalité et petite enfance	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Améliorer le dispositif régional coordonné de réalisation des entretiens prénataux précoces	x					
Porter une attention particulière sur les territoires ou les populations les plus vulnérables et/ou ayant les indicateurs de santé les plus défavorables			x			
Améliorer le dépistage précoce du handicap sensoriel et plus particulièrement celui de la surdité congénitale. Améliorer le dépistage précoce de l'autisme et des troubles envahissants du développement	x					
Mettre en place un centre de diagnostic et d'organisation de la prise en charge de la surdité avec la participation active des parents et des associations				x	x	

Maladies chroniques	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Améliorer le dépistage en développant des programmes ciblés, efficaces et accessibles à tous			x			

Handicap et vieillissement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Promouvoir le dépistage et le diagnostic précoce.	x					
Repérer les personnes fragiles et à risque afin de développer une offre de services adaptée (articulation médico-sociale, sociale et sanitaire)	x					

IV.2.4. Veille Alerte Gestion des Urgences Sanitaires (Vagusan)

Santé environnement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Encourager la mise en place de réseaux sentinelles dans le domaine de la santé environnementale (eau, air, habitat, etc.) et favoriser leur fédération	x					

Risques sanitaires	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Organiser et coordonner les recueils de données pour évaluer les risques de façon à prioriser et adapter les actions aux risques réels	x					
Former aux outils et les faire connaître pour optimiser les recueils de données		x				
Permettre la réactivité, l'efficacité et le suivi des actions mise en place (indicateurs ; systèmes de « relance »...)				x		

IV.2.5. Éducation thérapeutique du patient

Risques sanitaires	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Prévenir les complications, rechutes, séquelles, handicap, dépendance, transmission des infections en optimisant la prise en charge	x					

Maladies chroniques	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer l'éducation thérapeutique afin de rendre le patient plus autonome	x					

Santé mentale	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.	x					

IV.2.6. Diagnostic orientation traitement 1er recours

Santé mentale	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Rapprocher l'offre et l'utilisateur :						
- Organiser le maillage des consultations avancées		x				
- Développer la télémédecine						
- Organiser les transports						
Développer la formation des professionnels de proximité aux problématiques liées à la santé mentale (repérage, promotion santé mentale...)				x		
Organiser un dispositif efficace de prise en charge graduée en santé mentale et en garantir l'accès				x		
Optimiser le recours à l'hôpital				x		
Réduire les inadéquations de prises en charges notamment à l'hôpital				x		

Handicap et vieillissement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Permettre l'accès aux services de soins, sociaux et médico-sociaux.		x				

IV.2.7. Suivi et accompagnement médico-social

Maladies chroniques	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Impact sur la vie scolaire et professionnelle : travail avec les services de l'éducation nationale - promouvoir la réadaptation et la réinsertion professionnelles	x					x
Aider les aidants						
Objectifs : cibler les besoins, former les aidants, développer les structures de répit.	x					

Santé mentale	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Maintien et développement des dispositifs permettant le maintien d'une vie sociale des personnes souffrant de troubles mentaux que ce soit dans la cité, la famille ou au travail.					x	

Handicap et vieillissement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer au sein des formations (initiale, continue) une culture du « prendre soin »				x		
Promouvoir l'évaluation continue et régulière des accompagnements				x		
Promouvoir des actions innovantes notamment dans le cadre du rapprochement établissement/domicile				x		
Éviter les ruptures d'accompagnement à domicile par le soutien aux aidants					x	
Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance					x	

IV.2.8. Soins hospitaliers aigus

Périnatalité et petite enfance	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Coordonner et améliorer la prise en charge chirurgicale des bébés et des petits enfants		x		x		
Garantir par une organisation en réseau l'accès de tous les enfants de la région au plateau technique et aux compétences professionnelles nécessaires			x			

IV.2.9. Coordination du parcours de santé suivi

Santé environnement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Faciliter l'accès du public aux données scientifiques détenues par les services et agences		x		x		
Renforcer les programmes d'études dans le domaine de la santé et de l'environnement				x		

Risques sanitaires	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Respecter impérativement l'anonymat ; informer l'utilisateur et demander le consentement éclairé chaque fois que nécessaire					x	
Prévoir des indicateurs simples de suivi à l'échelle régionale et infra départementale, des recueils « croisés » de données, la formalisation et l'exploitation des retours d'expérience (REX) sur les actions de prévention				x		
Informier l'utilisateur ; recueillir son consentement éclairé chaque fois que nécessaire (ex : si relance nominale vaccinale...)					x	

Périnatalité et petite enfance	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Suivre et coordonner les soins de périnatalité en aval des EPP		x				
Coordonner les soins proposés aux enfants entre 2 et 7 ans afin de réduire les délais d'attente, les orientations inadéquates et l'hétérogénéité des réponses selon les lieux géographiques				x		
Favoriser l'information relative aux associations					x	
Améliorer, suite au dépistage et au diagnostic de l'autisme et des troubles envahissant du développement, l'accès à une meilleure information des familles sur le handicap, les démarches administratives ainsi que sur la diversité, la qualité et l'efficacité des prises en charge offertes					x	

Maladies chroniques	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Agir avec les intervenants comme la médecine scolaire, la médecine du travail, le médecin traitant, les hôpitaux, les associations de malades.						x
Identifier le gestionnaire du parcours de soins - la place du médecin traitant.				x		
Conforter les réseaux, les équipes mobiles et le partenariat avec les associations pour une meilleure qualité de la prise en charge en facilitant le travail administratif des intervenants, en améliorant la couverture territoriale ainsi que la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale				x		
Intégrer le patient dans le parcours de soins en le mobilisant ainsi que son entourage	x			x		
Construire avec les associations de patients en les mobilisant sur l'information à diffuser et en les soutenant dans leurs projets novateurs				x		

Santé mentale	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer les interventions en santé mentale en milieu de travail (prévention: addictologie, ruptures professionnelles, souffrance au travail – amélioration du repérage des personnes fragiles...)	x					x
Resituer les différents professionnels là où est leur plus-value, optimiser le temps médical						
Expérimenter des dispositifs de délégation de tâches entre médecins et professionnels para médicaux						
Différencier les besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie				x		
DISTINGUER urgences sociales ou médico sociales et urgences psychiatriques; distinguer accueil médico-social et soin psychiatrique				x		
Améliorer la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation				x		
Accroître et améliorer la coopération entre secteurs sanitaire, médico-social et social				x		
Développer des actions d'accompagnement de suivi et de soutien coordonnées				x		
Développer le travail en réseau (formule souple, lisible, opérationnelle et adaptable)				x		
Respect des personnes dans le cadre des soins sans consentement					x	
Favoriser la circulation et la lisibilité de l'information dans le respect des droits des patients				x		
Liens à établir en particulier avec l'Éducation Nationale, l'enseignement agricole, les services de santé au travail, les services de protection de l'enfance...						x
Développer la coordination avec les MDPH						x
En milieu rural s'appuyer, en particulier, sur la MSA et les actions qu'elle développe						x

Handicap et vieillissement	Critères décret					
	1	2	3	4	5	6
Développer l'information et la formation des professionnels (sociale, sanitaire et médico-sociale) pour faciliter l'accès aux actions de prévention et aux soins des personnes		x				
Développer la communication entre les professionnels				x		
Repérer les situations d'accompagnement inadaptées, sans solution et en rupture	x					
Améliorer la lisibilité de l'offre (géographiquement, qualitativement...) des dispositifs pour permettre aux usagers un choix éclairé et aux professionnels d'optimiser la continuité de l'accompagnement		x				
Articuler les compétences (logique plateaux techniques, pluridisciplinarité, mutualisation...) dans les différents secteurs (sanitaire, médico-social et social) afin de mailler le territoire			x			
Encourager le travail en réseau des professionnels, des établissements, des services				x		
Garantir le libre choix aux personnes en proposant des solutions adaptées à leurs attentes					x	
Garantir le libre choix des prestations et assurer le droit à un accompagnement adapté					x	
Promouvoir la participation des usagers à toutes les instances de concertation dans les établissements et dans les collectivités					x	

V. Principes d'évaluation et de suivi du PSRS

V.1. Les principes

1. Choisir un nombre restreint d'axes PSRS à évaluer
2. Décliner chaque axe PSRS retenu en objectifs évaluables dans les schémas
3. Pour chaque objectif de schémas retenu, déterminer un ou plusieurs indicateurs associés permettant de mesurer le niveau d'atteinte du dit objectif
4. Alimenter les indicateurs ainsi définis
5. Mesurer le degré d'atteinte de chaque objectif
6. Par agrégation de l'évaluation de chaque objectif schémas, mesurer le niveau de réalisation de l'axe PSRS retenu

V.2. Les points de vigilance

- Retenir un nombre d'axes PSRS limité de manière à garantir une évaluation de qualité.
- Bien identifier et garder trace des objectifs schémas associés à l'axe PSRS correspondant.
- Concevoir des objectifs schémas évaluables.
- S'assurer que les indicateurs peuvent être « alimentés ». C'est-à-dire bien repérer les informations nécessaires, leur disponibilité, les modalités d'alimentation.
- S'assurer que les schémas répondent bien aux objectifs du PSRS
- Définir collectivement les indicateurs afin de juger de l'efficacité et de l'efficience de ce PSRS.

ANNEXE I - Conclusion des groupes de travail

Santé et environnement

Le groupe de travail Santé-Environnement a été constitué sur la base du volontariat et avec le souci d'une représentativité optimale de l'ensemble des acteurs de santé publique de la région. 78 personnes représentant 55 structures différentes tant institutionnelles qu'associatives ont accepté de travailler ensemble afin de proposer les priorités qui pourront être intégrées dans la politique de santé publique portée par l'Agence Régionale de Santé en Limousin, pour les quatre années à venir.

Les réunions du groupe de travail

Compte tenu du calendrier contraint, quatre réunions plénières et deux réunions d'un groupe restreint ont été nécessaires pour mener à bien cette démarche de septembre à décembre 2010.

Les réunions plénières ont été un lieu d'échange entre les membres du groupe et de validation des propositions faites par le groupe restreint. En dehors des réunions formelles, les membres du groupe de travail pouvaient formuler des propositions aux deux pilotes.

Après avoir défini une méthode de travail, une priorisation des objectifs réalisée par le groupe restreint a été validée lors de deux réunions plénières. Les objectifs considérés comme prioritaires ont été regroupés en deux priorités stratégiques et déclinés en objectifs clairement exprimés par les membres du groupe de travail et du processus de priorisation utilisant un système de cotation des critères pertinents.

Les conclusions du groupe de travail

Le groupe de travail a assuré un déroulement logique en vue de la définition des priorités stratégiques à partir des données existantes, du contexte régional dans le domaine de la santé environnementale et des discussions très fructueuses de ses membres.

Priorité stratégique n° 1 : Protéger les milieux de vie pour réduire les inégalités de santé.	
Objectifs :	1. Réduire les pesticides et autres produits toxiques dans l'air, dans l'eau, dans l'alimentation et dans les milieux du travail ;
	2. Garantir, renforcer et sécuriser la qualité bactériologique et biologique des eaux ;
	3. Réduire le bruit pour les publics captifs (écoles, hôpitaux, milieu du travail, etc.) et les risques auditifs dus à l'écoute de la musique amplifiée ;
	4. Améliorer la qualité de l'air intérieur dans l'habitat ;
	5. Prendre en compte les risques psycho-sociaux dans les milieux de travail.

Priorité stratégique n° 2 : Mieux connaître les milieux de vie pour prévenir, éduquer et faire émerger une conscience citoyenne en santé environnementale.	
Objectifs :	1. Faciliter l'accès du public aux données scientifiques détenues par les services et agences ;
	2. Renforcer les programmes d'études dans le domaine de la santé et de l'environ- nement ;
	3. Encourager la mise en place de réseaux sentinelles dans le domaine de la santé environnementale (eau, air, habitat, etc.) et favoriser leur fédération ;
	4. Encourager la prise en compte de l'évaluation des risques sanitaires dans l'éla- boration des documents d'urbanisme et de planification.

L'évaluation du travail effectué

96 % des participants estiment que pendant les travaux, leur point de vue a été pris en compte et que les conclusions présentées représentent bien l'avis général du groupe de travail.

Risques sanitaires

Contexte

Le risque sanitaire a été défini comme : « un risque, immédiat ou à long terme, plus ou moins probable auquel la santé publique est exposée ».

La réflexion s'est orientée vers une approche anticipative (préventive) en amont du risque et une approche réactive à posteriori c'est-à-dire en aval du risque. Les définitions de la prévention suivant l'OMS ont été retenues :

- **prévention primaire** consiste à diminuer ou à supprimer un risque en agissant en amont, avant l'émergence de tout problème (les risques étant en termes de conduites individuelles à risque d'environnement ou de risque sociétal) ex : les vaccinations pour les maladies infectieuses, l'interdiction du tabac pour le cancer du fumeur.
- **prévention secondaire** recherche un dysfonctionnement ou une maladie à son tout premier stade, pour en freiner ou stopper l'évolution défavorable : ceci correspond au dépistage (cancer du sein, contrôle technique des véhicules,...).
- **prévention tertiaire** débute après l'accident ou la maladie et vise à en minimiser les séquelles et à en prévenir les rechutes : c'est le champ de la réadaptation médicale ou sociale

Pour détecter les risques il est nécessaire de disposer d'un « système » d'observation de la santé, prenant en compte les structures existantes avec pour objectifs : réactivité, exactitude, accessibilité (lisibilité), exhaustivité et aussi **adaptabilité** car les **risques sanitaires de demain ne seront pas nécessairement détectés par les systèmes d'alerte qui ciblent les risques connus**. Le « système » d'information est l'axe central qui permet de prioriser les actions soit en terme de fréquence, soit en terme de gravité mais aussi de mesurer l'efficacité des actions engagées. Une **connaissance infra-territoriale** des données sanitaires permettrait des actions ciblées plus efficaces et serait un levier important pour réduire les inégalités des Limousins par rapport à la santé.

La réponse en cas de crise n'a pas fait l'objet d'un axe stratégique spécifique car il existe déjà des plans d'action régionaux (blanc, rouge, NRBC...) et un guide de l'Invs ciblé sur cette thématique (L'alerte sanitaire en France, 2005, 77 pages).

Éléments principaux du bilan de l'existant

Des données existent tant au plan national que régional ou local mais manquent « d'optimisation » : bases de données quasi confidentielles ; manque d'information sur les systèmes existants ; sous déclaration des MDO, rien sur maladies infectieuses, manque de données par « type » de population (marginalisés, handicapés, prisonniers...), peu de données « infra-territoriales »...

Les actions de prévention sont réglementées (ex : vaccination des professionnels de santé, CDAG, CLAT, CDIST...), proposées au travers de plans nationaux (plan VIH, plan de lutte contre le cancer, plan maladies chroniques, Plan nutrition santé...) ou organisées au plan régional sous forme de programme (ex : dépistage du cancer du sein) ou d'action ponctuelle (ex : vaccination méningocoque en Haute Vienne en 2007).

La qualité et la sécurité des prises en charge vise à limiter au maximum la « perte de chance » pour les personnes quel que soit le lieu où elles se trouvent. Cela implique une connaissance infra-territoriale des besoins, une communication active entre les différents acteurs de santé (hommes, réseaux, structures...) et une coordination efficace du parcours de soins (traitement, éducation thérapeutique...) pour une optimisation de la prévention tertiaire afin de limiter séquelles, handicap et dépendance ou transmission croisée des maladies transmissibles.

A l'échelon du territoire « Limousin », les actions de prévention sont primordiales pour la gestion des risques sanitaires et des actions de prévention correctement conduites doivent éviter (ou limiter) les crises sanitaires.

Orientations stratégiques déclinées en objectifs

Les 3 axes proposés s'organisent logiquement autour du système d'information qui permet :

- une connaissance objective des données sanitaires du territoire pour prioriser, organiser la prise en charge et la prévention tertiaire mais aussi et surtout la prévention primaire et secondaire ;
- une amélioration permanente chiffrée pour évaluer l'impact des actions mises en place, anticiper les besoins de la population et minimiser « la perte de chance ».

Chaque axe est décliné en objectifs numérotés de 1 à 5 par domaines d'action :

- 1 - prévention ;
- 2 - amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
- 3 - réduction des inégalités sociales et territoriales en santé ;
- 4 - qualité et efficience de la prise en charge ;
- 5 - respect du droit des usagers.

Construire un système régional efficient de veille et d'alerte

Objectifs :

- 1 - Organiser et coordonner les recueils de données pour évaluer les risques de façon à prioriser et adapter les actions aux risques réels ;
- 2 - Former aux outils et les faire connaître pour optimiser les recueils de données ;
- 3 - Prendre en compte les variabilités pour réduire les inégalités territoriales, infra départementales, sociétales... ;
- 4 - Permettre la réactivité, l'efficacité et le suivi des actions mise en place (indicateurs ; systèmes de « relance »...) ;
- 5 - Respecter impérativement l'anonymat ; informer l'utilisateur et demander le consentement éclairé chaque fois que nécessaire ;

Organiser une politique régionale équitable de prévention des risques sanitaires

Objectifs :

- 1 - Établir un plan régional de prévention primaire et secondaire pour : convaincre, informer, former, éduquer, maîtriser (ex : vaccinations, dépistages) ;
- 2 - Anticiper en engageant les actions de promotion « à froid » (en dehors de tout contexte d'alerte ou de crise), concevoir un dépistage « hors murs »..., valoriser les acteurs de premier recours (médecins, pharmaciens, IDE...) ;
- 3 - Prendre en compte les inégalités d'exposition aux risques (travail, détenus, personnels de santé...), les inégalités d'accès aux soins (personnes isolées, populations précaires, migrants...) ainsi que la notion « d'isolement » (géographique, dû à la précarité, socioculturel...) ;
- 4 - Prévoir des indicateurs simples de suivi à l'échelle régionale et infra départementale, des recueils « croisés » de données, la formalisation et l'exploitation des retours d'expérience (REX) sur les actions de prévention ;
- 5 - Informer l'utilisateur ; recueillir son consentement éclairé chaque fois que nécessaire (ex : si relance nominale vaccinale...)

Conforter la qualité et la sécurité des prises en charge sur le territoire régional

Objectifs :

- 1 - Prévenir les complications, rechutes, séquelles, handicap, dépendance, transmission des infections en optimisant la prise en charge ;
- 2 - Améliorer l'accès aux soins : professionnels de référence (ex : « télé experts » dans le cadre de la télémedecine), réseaux de professionnels, moyens de transports adaptés ;
- 3 - « Mailler » le territoire pour proposer des offres de prise en charge équitablement réparties (télémedecine, moyens de transports...), veiller à ne pas générer de « déserts » sanitaires ;
- 4 - Améliorer et garantir la qualité des soins de premier recours (prise en charge précoce), développer les actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), disposer de protocoles de traitement validés, actualisés et utilisés, promouvoir le bon usage des antibiotiques ;
- 5 - Valoriser le droit de « savoir » : éducation sur les signes précurseurs (infarctus, AVC...), responsabiliser l'utilisateur (gestes d'urgence...) et lui faire prendre conscience de son rôle en tant qu'acteur de sa propre santé (« case manager »).

Mesures de coordination à prévoir :

Articulation avec les autres politiques prioritaires du PSRS (périnatalité et petite enfance, handicap et vieillissement, maladies chroniques, santé et environnement, santé mentale), acteurs de premiers recours ; médecins généralistes et autres professionnels de santé ; PMI ; santé scolaire, santé universitaire ; santé au travail ; sécurité civile ; IREPS, associations ; éducation nationale ; organismes d'assurance maladie ; maison de santé pluri professionnelle ; établissements sanitaires et médico-sociaux ; réseaux de santé ; transports sanitaires, transports publics.

Périnatalité et petite enfance

Définition du champ d'intervention

Le champ de cette thématique « périnatalité et petite enfance » s'étend du diagnostic de la grossesse à la fin de la scolarité en cours préparatoire afin de prendre en compte l'apprentissage du langage écrit. C'est l'apprentissage du CP qui permet d'évaluer les potentialités réelles d'un enfant et ses capacités d'intégration scolaire.

Données régionales ORS

Périnatalité :

- 7300 naissances domiciliées, un faible taux de natalité mais également un faible taux de fécondité.
- Un taux de mortalité infantile plus faible qu'au niveau national (2,7 vs 4,5)
- Une plus faible proportion de femmes mal suivies (1re consultation après le 1er trimestre, moins de 3 échos).
- Un recours à la préparation à l'accouchement identique au niveau national en Haute-Vienne et Corrèze, sensiblement plus faible en Creuse (accessibilité géographique).
- Un dispositif d'EPP très rapidement monté en puissance ciblant prioritairement des femmes présentant une vulnérabilité, en particulier psychosociale.
- Des indicateurs périnataux proches de la moyenne (tx de préma. un peu élevé en Creuse). Davantage de transferts post-nataux dans ce département.
- Un allaitement à la naissance proche du niveau national, sauf en Creuse (en particulier à l'Est)

Petite enfance :

- À 5-8 ans : 10 % des enfants en surcharge pondérale (dont 3 % obèses) : chiffres en baisse et plus faibles qu'au niveau national.
- Un suivi dentaire a priori plutôt satisfaisant (sans relation avec le PIB et la densité en dentistes).
- Sensiblement moins d'enfants portant des lunettes (prévalence ? dépistage ?).
- Couverture vaccinale (Rougeole) du même ordre qu'au niveau national à 5-6 ans. Hétérogénéité interdépartementale à 4 ans.

Orientations stratégiques déclinées par objectifs

Les trois axes proposés sont précédés par une orientation transversale d'amélioration de la connaissance en matière de périnatalité et petite enfance soit :

- Poursuite du suivi du parcours de vie des enfants nés prématurément en région Limousin
- Organisation d'un regroupement régional de données issues des suivis des enfants de 2 à 7 ans, pris en charge dans les structures de soins CAMPS, inter secteur de pédopsychiatrie, PMI, CMPP, SESSAD, IME...

- Recensement exploitation et mise à disposition par le réseau périnatalité, des données existantes relatives à la périnatalité et à la petite enfance.
- Suivi à titre expérimental et sur un territoire défini d'une cohorte d'enfants de la naissance à l'âge adulte, 18 ans.

Chaque axe est décliné en objectifs numérotés de 1 à 5 par domaine d'action :

- 1 - prévention
- 2 - amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé
- 3 - réduction des inégalités sociales et territoriales en santé
- 4 - qualité et efficience de la prise en charge
- 5 - respect du droit des usagers

Amélioration de l'accès à la parentalité de la période ante natale à la petite enfance

- 1 - Améliorer le dispositif régional coordonné de réalisation des entretiens prénataux précoces.
- 2 - Suivre et coordonner les soins de périnatalité en aval des EPP.
- 3 - Porter une attention particulière sur les territoires ou les populations les plus vulnérables et/ou ayant les indicateurs de santé les plus défavorables.
- 4 - Coordonner les soins proposés aux enfants entre 2 et 7 ans afin de réduire les délais d'attente, les orientations inadéquates et l'hétérogénéité des réponses selon les lieux géographiques.
- 5 - Favoriser l'information relative aux associations.

Amélioration du dépistage du handicap en période périnatale et durant la petite enfance

- 1 - Améliorer le dépistage précoce du handicap sensoriel et plus particulièrement celui de la surdité congénitale.

Améliorer le dépistage précoce de l'autisme et des troubles envahissants du développement.

- 4 et 5 - Mettre en place un centre de diagnostic et d'organisation de la prise en charge de la surdité avec la participation active des parents et des associations.

- 5 - Améliorer, suite au dépistage et au diagnostic de l'autisme et des troubles envahissant du développement, l'accès à une meilleure information des familles sur le handicap, les démarches administratives ainsi que sur la diversité, la qualité et l'efficacité des prises en charge offertes.

Amélioration de la prise en charge des bébés et enfants en établissement de santé

- 2 et 4 - Coordonner et améliorer la prise en charge chirurgicale des bébés et des petits enfants.
- 3 - Garantir par une organisation en réseau l'accès de tous les enfants de la région au plateau technique et aux compétences professionnelles nécessaires.

Mesures de coordination à prévoir

Pour toutes les orientations stratégiques la mise en œuvre nécessite un partenariat avec en particulier la PMI, la santé scolaire, les associations de malades, parents, usagers... les structures sociales, les praticiens libéraux...

Maladies chroniques

Champ et définition du thème « maladies chroniques »

Le HCSP préconise de définir la maladie chronique selon les critères suivants :

- La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- Une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle
- Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Données régionales ORS

Des caractéristiques sociodémographiques qui impactent fortement l'état de santé de la population :

- Sur-incidence et surmortalité de la plupart des pathologies liées à l'âge : cancers, maladies CV, pathologies chroniques et neurodégénératives.
- Assez peu de spécificités limousines : suicide (nettement) et, de manière plus modérée, certains cancers et maladies de l'appareil CV

Mais de très fortes disparités infrarégionales et infra-départementales entre certains territoires qui présentent un cumul d'indicateurs négatifs (pas seulement sanitaires)

Importance de proposer dans ces territoires :

- Le maintien d'une offre de santé primaire adaptée aux besoins de la population
- Une offre renforcée en matière de prévention
- Une levée des obstacles à l'accès aux soins et à la prévention (économiques, géographiques, socioculturels...) »

Éléments clés et limites de la prise en charge des maladies chroniques

Les grands axes structurants de la prise en charge des maladies chroniques

- 1 - Patient partenaire : du patient « suiveur » au patient « associé »
- 2 - Communication – Dialogue – Échanges
Entre professionnels, entre réseaux, avec les usagers...
- 3 - Isolement et disponibilité des professionnels de santé
 - a. géographique
 - b. délais de prise en charge

4 - Principes de la prise en charge

- a. projet de soins personnalisé pour chacun
- b. formation des intervenants à la spécificité de cette prise en charge
- c. qualité de vie et non de « survie »

Les facteurs pouvant limiter la prise en charge des maladies chroniques

- 1 - Un système de santé plutôt mal organisé pour la prise en charge de la phase chronique : multiples intervenants, multiples secteurs, système de tarification, cloisonnement...
- 2 - Augmentation prévisible du nombre et de la durée de prise en charge des maladies chroniques : évolution vers des polyopathologies
- 3 - Un coût de plus en plus lourd tant pour la collectivité que pour le patient

Les 3 axes stratégiques proposés avec comme fil rouge la réduction des inégalités

- Le temps de la prévention : diminuer ou retarder l'entrée dans la maladie
- Le temps du soin : accès, qualité, patient partenaire
- Le temps de la vie ou comment « vivre avec »

AXE PRIORITAIRE 1 : LE TEMPS DE LA PRÉVENTION

Principes :

- Pas d'action sans **diagnostic éducationnel** - besoins? cibles? attentes?...et sans **suivi ni évaluation**
- Partenariat institutionnel à renforcer en considérant aussi le partenariat dans la réalisation des actions avec les « politiques » (collectivités, municipalités, élus)
- Attention aux inégalités d'accès à la prévention et au dépistage

Les problématiques mises en évidence :

- 1 - Agir sur les déterminants de santé en favorisant l'adoption de comportements sains tout en ciblant les populations et les messages

Limites : Capacité à adapter les pratiques et les messages aux territoires et aux publics afin d'éviter les effets contre productifs, négatifs, culpabilisant ou stigmatisant.

- 2 - Développer l'éducation et la promotion de la santé en utilisant des méthodes validées assorties d'évaluations des dispositifs

Limites : ne plus délivrer simplement de l'information - disponibilité des professionnels et temps nécessaire

- 3 - Améliorer le dépistage en développant des programmes ciblés, efficaces et accessibles à tous

Limites : ne pas être intrusif ni stigmatiser et porter attention à la question éthique

- 4 - Agir avec les intervenants comme la médecine scolaire, la médecine du travail, le médecin traitant, les hôpitaux, les associations de malades

Limites : question du temps et de la rémunération des professionnels

AXE PRIORITAIRE 2 : LE TEMPS DU SOIN

Les points à souligner :

- Patient partenaire
- Transdisciplinarité - Partage des infos et du projet de soins
- Respect des recommandations de bonne pratique

Les problématiques mises en évidence

1 - Inégalités d'accès aux soins

Objectif : Le bon soin au meilleur coût, au bon moment, par le bon professionnel

Limites : Démographie des professionnels de santé, éloignement, délais d'accès, problèmes de tarification

2 - Une prise en charge complexe transdisciplinaire

Objectifs : identifier le gestionnaire du parcours de soins - la place du médecin traitant - Développer les consultations multidisciplinaires pour définir avec le patient un projet thérapeutique cohérent (Projet de soins personnalisé)

Limites : dossier partagé, sécurisé ; la bonne info au bon moment à la bonne personne - Disponibilité et rémunération du travail en interdisciplinarité et multidisciplinarité

3 - Conforter les réseaux, les équipes mobiles et le partenariat avec les associations pour une meilleure qualité de la prise en charge en facilitant le travail administratif des intervenants, en améliorant la couverture territoriale ainsi que la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale

Limites : Cloisonnement des réseaux, Implantations personne – dépendante - Surcharge de travail pour les professionnels. Fragilité du système

4 - Développer l'éducation thérapeutique afin de rendre le patient plus autonome

Développer l'expertise des professionnels, y compris des associations par l'incitation à la formation.

Limites : une nouvelle manière de travailler mais dans un contexte économique, démographique et de disponibilité difficile.

5 - Intégrer le patient dans le parcours de soins en le mobilisant ainsi que son entourage

Limite : Patient « décrocheur »

AXE PRIORITAIRE 3 : LE TEMPS DE LA VIE, LA RÉADAPTATION, LA QUALITÉ DE VIE : VIVRE AVEC LA MC

Les points à souligner :

- C'est le patient ou son entourage qui assure la continuité
- Impact sur le milieu de vie (famille, école, travail)
- Importance du milieu associatif
- Formation de la diversité des intervenants
- Développer une culture de santé au-delà du soin, vers une approche globale de santé des populations

Les problématiques mises en évidence

1 - Impact sur la vie scolaire et professionnelle : travail avec les services de l'éducation nationale promouvoir la réadaptation et la réinsertion professionnelles

2 - Impact sur la vie quotidienne

Objectifs : favoriser l'autonomie des patients (patients âgés) - Soutenir les patients dans les zones éloignées, les patients isolés ou en rupture dans le parcours de soins – Favoriser les lieux d'écoute

Limites : Disponibilité et difficultés de l'ensemble des professionnels (soignants et associatifs) - importance des conséquences financières de la maladie : assurances, emprunts

3 - Construire avec les associations de patients en les mobilisant sur l'information à diffuser et en les soutenant dans leurs projets novateurs

Limite : survie associative parfois (lourdeur administrative et limite des financements)

4 - Aider les aidants

Objectifs : cibler les besoins, former les aidants, développer les structures de répit

Santé mentale

Éléments de définition

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté (OMS)

Données régionales (source Observatoire Régional de la Santé)

La région se caractérise par :

- un taux de suicide plus élevé que la moyenne nationale ;
- un mal être répandu chez les jeunes avec des idées suicidaires fréquentes pour 5 à 6 % d'entre eux (10 % pour les filles de 15-16 ans) et des tentatives de suicides déclarés pour plus de 10 % des filles et 5 % des garçons ;
- des troubles psychosociaux en relation avec le travail du même ordre que le niveau national ;
- une forte consommation de psychotropes, y compris chez les jeunes.

Les priorités

- Rappel de la priorité régionale commune du PSRS : Réduire les inégalités de santé
- Les priorités du groupe de travail « santé mentale » :
 - Agir sur les déterminants en santé mentale
 - Améliorer qualitativement l'offre en santé mentale et son accès
 - Améliorer la continuité et la lisibilité de la prise en charge

Déclinaison des priorités en objectifs

En matière de prévention et de promotion de la santé

- Reconnaître et prendre en compte les facteurs généraux qui favorisent la santé mentale en ne limitant pas le champ d'action aux troubles mentaux (La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux)
- Développer des programmes qui agissent complémentirement sur les 3 dimensions suivantes :
 - Renforcer les compétences personnelles des individus, leurs facteurs de protection, leurs pouvoirs d'agir sur la santé
 - Mieux prendre en compte les questions de santé mentale dans les pratiques et le travail des professionnels avec leur public
 - Intégrer les questions de santé mentale dans les décisions prises par les structures, dans les institutions, dans les politiques publiques et locales.

- Relayer l'information sur la santé mentale, la maladie mentale et le handicap psychique auprès du grand public
- Développer des stratégies intersectorielles en intégrant la promotion de la santé mentale dans les politiques publiques et programmes (l'éducation, l'emploi, la justice, les transports, l'environnement, le logement et la protection sociale,..)
- Développer les activités de promotion de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire
- Développer les actions de promotion de la santé visant l'acquisition des compétences psychosociales des jeunes.
- Développer les interventions en santé mentale en milieu de travail (prévention : addictologie, ruptures professionnelles, souffrance au travail – amélioration du repérage des personnes fragiles,..)
- Éviter la désinsertion sociale et lutter contre l'isolement : des jeunes, des personnes âgées et/ou handicapées, des migrants, des personnes seules et/ou en pertes d'emploi...
- Développer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.

En matière d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé

- Permettre l'accès à l'offre de droit commun pour tous.
- Rapprocher l'offre et l'utilisateur :
 - Organiser le maillage des consultations avancées
 - Développer la télémédecine
 - Organiser les transports

En matière de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé notamment en matière de soins

- Développer des programmes spécifiques pour :
 - les groupes sociaux vulnérables : (jeunes, enfants, personnes dépendantes dont personnes âgées pour lesquelles les besoins ont fortement augmenté, personnes atteintes de maladies chroniques, victimes d'événements traumatisants, personnes ayant fait des tentatives de suicide, consommateurs addicts, précaires, migrants, détenus ;
 - les territoires fragiles (ZUS et certains territoires ruraux)
- Mettre à disposition des personnes isolées, dépourvues de moyens de déplacement une offre adaptée de transport et des consultations avancées

En matière de qualité et d'efficacité des prises en charge

- Coordonner les actions et les moyens.
- Resituer les différents professionnels là où est leur plus-value, optimiser le temps médical :
 - Expérimenter des dispositifs de délégation de tâches entre médecins et professionnels para médicaux
 - Différencier les besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie
- Développer la formation des professionnels de proximité aux problématiques liées à la santé mentale (repérage, promotion santé mentale,...),
- Organiser un dispositif efficient de prise en charge graduée en santé mentale et en garantir l'accès. Ce dispositif repose sur l'offre de premier recours, point d'entrée dans le système. Il convient donc d'en consolider l'offre et d'en améliorer la qualité.
- Optimiser le recours à l'hôpital.
- Réduire les inadéquations de prises en charges notamment à l'hôpital.

DISTINGUER urgences sociales ou médico sociales et urgences psychiatriques ; distinguer accueil médico-social et soin psychiatrique

- Améliorer la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation
- Accroître et améliorer la coopération entre secteurs sanitaire, médico-social et social
- Optimiser et valoriser les ressources locales existantes :
 - Développer des actions d'accompagnement de suivi et de soutien coordonnées
 - Développer le travail en réseau (formule souple, lisible, opérationnelle et adaptable)

En matière de respect des droits des usagers

- Associer tous les usagers quel que soit le handicap dès la conception des projets
- Respect des personnes dans le cadre des soins sans consentement
- Maintien et développement des dispositifs permettant le maintien d'une vie sociale des personnes souffrant de troubles mentaux que ce soit dans la cité, la famille ou au travail.
- Favoriser la circulation et la lisibilité de l'information dans le respect des droits des patients

Mesure de coordination à prévoir (avec les autres politiques publiques en particulier travail – milieu scolaire - PMI).

- Liens à établir en particulier avec l'Éducation Nationale, l'enseignement agricole, les services de santé au travail, les services de protection de l'enfance...
- Développer la coordination avec les MDPH
- En milieu rural s'appuyer, en particulier, sur la MSA et les actions qu'elle développe.

Handicap et vieillissement

Contexte

Ce domaine concerne tout le parcours de la personne. Il s'agit tout au long de la vie de prévenir, prendre en charge médicalement et accompagner les situations de perte d'autonomie.

La déclinaison en objectifs stratégiques doit se penser en terme de droit à une vie la plus proche possible de celle de toute population, avec en priorité un accès au droit commun, une adaptation du droit commun dès lors que l'accès doit en être facilité et en dernier lieu une offre spécifique.

Éléments principaux du bilan de l'existant

Diagnostic régional

Le Limousin est une petite région qui représente 3 % du territoire national et 1,2 % de la population nationale. La région se distingue par la faiblesse de ses zones urbaines et le poids de sa ruralité.

En infra, sont constatées des inégalités territoriales.

- Est/ouest avec une situation globalement moins défavorable à l'ouest (zone d'implantation des zones urbaines)
- Rural/urbain dont plus des trois quart de la part rurale et de sa population est en situation difficile.

Les personnes âgées

La région Limousin est la plus vieille de France et l'une des plus vieilles d'Europe. Les trois départements sont concernés mais surtout la Creuse. La proportion des 85 ans et plus devrait progresser de + 40 % entre 2006 et 2015.

La moitié des 75 ans ou plus vivent en milieu rural et 85 % des plus de 80 ans vivent à domicile.

Le Limousin est l'une des régions de France les plus marquées par la précarité financière des personnes âgées, en particulier la Creuse et à un degré moindre, la Corrèze.

La région est particulièrement concernée par la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés.

Les personnes en situation de handicap

Il est constaté un faible niveau d'information sur les données concernant ces personnes. La définition du handicap étant déclinée sous de multiples facettes, les études réalisées ne présentent pas un caractère d'homogénéité. Il sera nécessaire pour poser un diagnostic de disposer de données fiables sur le handicap.

Orientations stratégiques déclinées en objectifs

Orientation stratégique n° 1 - Développer la prévention

Objectifs

- de prévention
 - améliorer l'espérance de vie en bonne santé en préservant l'autonomie cognitive, mentale, physique
 - maintenir un lien social
 - promouvoir le dépistage et le diagnostic précoce
- d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé
 - développer l'information et la formation des professionnels (sociale, sanitaire et médico- sociale) pour faciliter l'accès aux actions de prévention et aux soins des personnes
 - développer l'information et la sensibilisation des publics
- en matière de qualité et d'efficience des prises en charge
 - soutenir les aidants pour permettre le maintien à domicile
 - développer la communication entre les professionnels

Orientation stratégique n° 2 - Améliorer la coordination et la continuité des prises en charge

Objectifs

- de prévention
 - repérer les personnes fragiles et à risque afin de développer une offre de services adaptée (articulation médico-sociale, sociale et sanitaire)
 - repérer les situations d'accompagnement inadaptées, sans solution et en rupture
- d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé
 - permettre l'accès aux services de soins, sociaux et médico-sociaux
 - améliorer la lisibilité de l'offre (géographiquement, qualitativement...) des dispositifs pour permettre aux usagers un choix éclairé et aux professionnels d'optimiser la continuité de l'accompagnement
- de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé notamment en matière de soins
 - articuler les compétences (logique plateaux techniques, pluridisciplinarité, mutualisation...) dans les différents secteurs (sanitaire, médico-social et social) afin de mailler le territoire
 - faciliter l'accès aux services (transports, coût financier, reste à charge,...)
- en matière de qualité et d'efficience des prises en charge
 - développer au sein des formations (initiale, continue) une culture du « prendre soin »
 - promouvoir l'évaluation continue et régulière des accompagnements
 - encourager le travail en réseau des professionnels, des établissements, des services

- promouvoir des actions innovantes notamment dans le cadre du rapprochement établissement/ domicile

- en matière de respect des droits des usagers
 - éviter les ruptures d'accompagnement à domicile par le soutien aux aidants
 - garantir le libre choix aux personnes en proposant des solutions adaptées à leurs attentes
 - promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance

Orientation stratégique n° 3 - Assurer à chaque personne le respect de ses droits : choix du projet de vie, bientraitance

Objectifs

- en matière d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé
 - garantir l'égal accès aux soins des personnes âgées et des personnes handicapées en situation de précarité sociale
 - faciliter l'accès aux démarches pour les personnes
- en matière de qualité et d'efficience des prises en charge
 - garantir le libre choix des prestations et assurer le droit à un accompagnement adapté
- en matière de respect des droits des usagers
 - promouvoir la participation des usagers à toutes les instances de concertation dans les établissements et dans les collectivités

Mesures de coordination avec les autres politiques de santé

Elles s'articulent pour les 3 priorités autour des thèmes suivants :

- Santé en milieu scolaire (Rectorat)
- Santé environnementale (Plan régional de santé-environnement) : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- La santé du travail : DIRRECTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi)
- Organismes de sécurité sociale (CARSAT, CPAM, MSA, RSI...)
- Les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux, Conseils Municipaux...)
- DRJSCS (Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale)
- Les Directions Départementales de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations.