



Plan Stratégique Régional de Santé

-

Guide méthodologique

Octobre 2010

SOMMAIRE

1. LES PRIORITES D’ACTION QUI DOIVENT GUIDER ET IRRIGUER LES PSRS	3
1.1 AMELIORER L’ESPERANCE DE VIE EN BONNE SANTE	4
1.2 PROMOUVOIR L’EGALITE DEVANT LA SANTE.....	5
1.3 DEVELOPPER UN SYSTEME DE SOINS ET DE SANTE DE QUALITE, ACCESSIBLE ET EFFICIENT	7
2. LES GRANDES LIGNES DE METHODE DE CONSTRUCTION DU PLAN STRATEGIQUE REGIONAL	9
2.1 LES PRINCIPES D’ACTION	9
2.1.1 Développer la connaissance comme socle d’action.....	9
2.1.2 Prévoir, dès le stade de construction, le processus de suivi, d’évaluation et de retour d’expérience	10
2.1.3 Favoriser la concertation dès la phase de diagnostic et tout au long de l’élaboration des plans et des schémas	10
2.1.4 Garantir la transversalité	11
2.2 LA DEFINITION DES PRIORITES REGIONALES ET DES OBJECTIFS ASSOCIES	12
2.3 LE CONTENU DU DOCUMENT PSRS.....	13
3- LES OUTILS ET LES LEVIERS D’ACTION MOBILISES PAR LE PSRS.....	15
3.1 LES OUTILS	15
3.2 LES LEVIERS D’ACTION	16

Le présent document d'aide à l'élaboration du plan stratégique régional de Santé (PSRS), s'inscrit dans la série des guides méthodologique à destination des ARS pour l'élaboration de leur PRS, en particulier le document transversal sur le PRS et les guides méthodologiques sectoriels pour le Schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation des soins, et le schéma régional d'organisation du médico-social. Il sera complété par un document d'aide à l'élaboration du programme régional de gestion du risque (PRGDR); Il prend en compte les travaux et réflexions antérieures sur la politique nationale de santé publique et sur le contexte macroéconomique.

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).

Eminemment transversal, il est commun à tous les acteurs de la santé, de la prévention et du secteur médico-social pour lesquels l'Agence régionale de Santé est compétente, à tous les niveaux territoriaux (régional et local), et aux logiques d'intervention à échelle collective ou individuelle.

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. Il définit ainsi dans ce cadre les priorités de santé de la région et les objectifs qui en découlent permettant de décliner leur mise en œuvre dans les schémas d'organisation et les plans thématiques.

Il intègre également les objectifs fixés à chacune des ARS dans le cadre de la négociation et de la signature de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le PSRS devra être élaboré pour avril 2011. Le reste du PRS devra être adopté d'ici la fin de l'année 2011 (schémas pour septembre 2011, plans thématiques pour décembre 2011).

Ce guide méthodologique expose le cadre d'élaboration du PSRS, en rappelant les priorités nationales (1), traçant les grandes lignes de la méthode de construction du document (2) et en identifiant les leviers et outils susceptibles d'être mobilisés (3).

1. Les priorités d'action qui doivent guider et irriguer les PSRS ¹

Trois priorités nationales transversales ont été retenues par le CNP 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

Dans l'attente de la finalisation du cadrage stratégique de la politique nationale de santé, ces priorités contractuelles ont donc vocation à structurer les PSRS, qui portent les grandes lignes de la déclinaison régionale de la politique nationale par les ARS et la traduisent notamment dans les schémas. Elles sont communes à tous les domaines d'action des ARS, qu'ils soient thématiques

¹ Les priorités nationales retenues dans le présent document ne sont pas strictement superposables à celles indiquées dans le « document de réflexion sur une politique nationale de santé » adressé aux directeurs généraux d'ARS, il y a quelques semaines. Ce document proposait en effet d'orienter cette politique autour de trois finalités pour les cinq ans à venir :

- Promouvoir l'égalité devant la santé,
- Préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun,
- Renforcer la protection de la santé face aux mutations des enjeux sanitaires.

Toutefois, compte tenu des travaux engagés parallèlement pour la préparation des CPOM, il a été jugé préférable de ne pas modifier à ce stade les priorités déjà retenues dans ce cadre et qui sont donc reprises dans ce document.

(handicap et vieillissement, risques sanitaires, périnatalité et petite enfance, maladies chroniques, santé mentale) ou par champ d'action (prévention, organisation des soins, organisation de l'offre médico-sociale). Elles recouvrent également, les champs d'action fixés par le décret du 18 mai 2010.

Ces priorités structurent également les CPOM à signer entre l'Etat et chaque agence régionale de santé

Priorités nationales	Lien avec les objectifs réglementaires du PSRS	Déclinaison dans les objectifs des CPOM, applicables à tout le PRS
Améliorer l'espérance de vie en bonne santé	Prévention	Réduire la mortalité prématurée évitable Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et sécurité sanitaire
Promouvoir l'égalité devant la santé	Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; Respect des droits des usagers	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé Faire vivre les instances de démocratie sanitaire et sociale
Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient	Amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé Qualité et efficacité des prises en charge	Améliorer la qualité et l'efficacité des soins, de la prévention et des services médico-sociaux Adapter l'offre aux besoins Optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoires Maîtriser les dépenses de santé Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées ou handicapées

Les enjeux des priorités nationales des PRS sont les suivants :

1.1 Améliorer l'espérance de vie en bonne santé

Cette amélioration passe principalement par la prévention, c'est-à-dire l'action sur les déterminants de santé. Il a 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'exemple 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.

1.2 Promouvoir l'égalité devant la santé

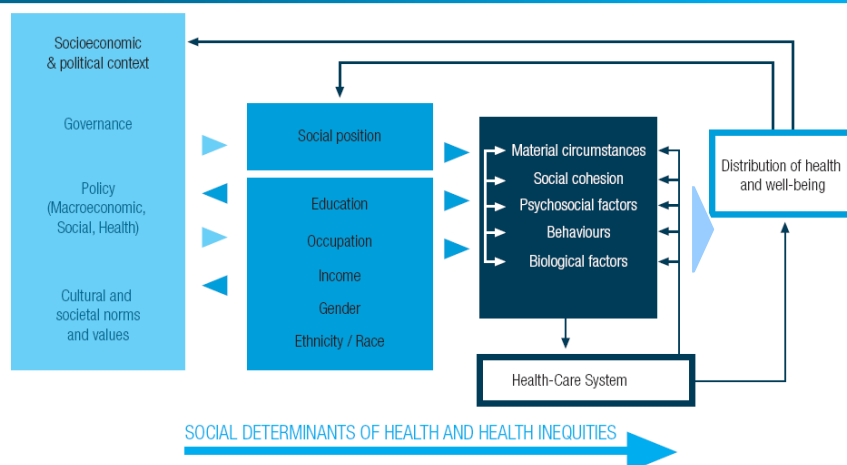
L'ambition est de **réduire les inégalités de santé** entre groupes sociaux, entre territoires et entre hommes et femmes.

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.

Figure 4.1 Commission on Social Determinants of Health conceptual framework.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

Schéma des déterminants de la santé (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS - 2008)

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

La réduction des inégalités de santé, est un des rôles du schéma régional de prévention, à travers notamment 3 leviers : la promotion de la santé, par la mobilisation des partenaires extérieurs à l'ARS et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, l'éducation à la santé, par une action sur la capacité à protéger sa santé quand l'environnement n'est pas favorable, et la prévention médicalisée en favorisant, par exemple, l'accès des publics actuellement non atteints par les dépistages organisés. 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, à chaque fois que c'est possible, 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.

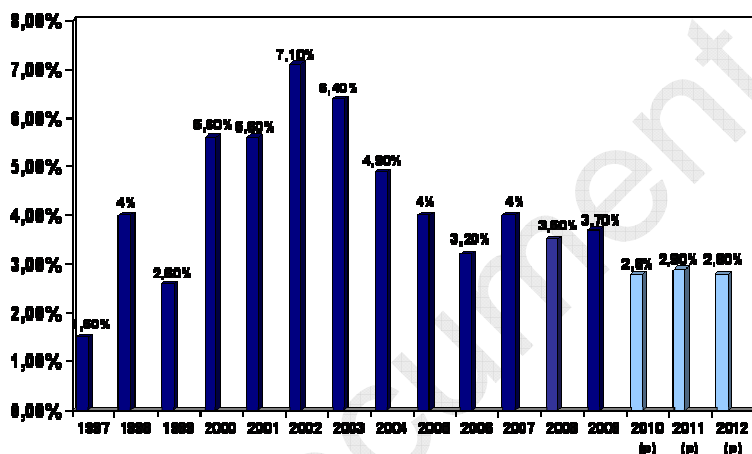
1.3 Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient

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, ou de, 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'efficacité 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'efficacité 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'efficacité 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 CGES 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'efficacité des modes de prises en charge devraient ainsi être les priorités des différents schémas.

Le schéma régional de prévention participe à l'efficacité 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'efficacité hospitalière devra être une priorité des PRS. Cette recherche de l'efficacité 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'efficacité 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 Etat / 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 médicosocial 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.

2. Les grandes lignes de méthode de construction du plan stratégique régional

L'élaboration du PSRS a vocation à reposer sur des éléments de méthode susceptibles d'en faire un document étayé, accepté et porteur d'une valeur ajoutée régionale exploitant les potentialités nouvelles des ARS.

2.1 Les principes d'action

2.1.1 Développer la connaissance comme socle d'action

L'élaboration du PSRS doit nécessairement s'appuyer sur une bonne **connaissance des caractéristiques des populations et des problèmes de santé ainsi que de la structure de l'offre de soins et du recours aux soins**. C'est l'enjeu de la mise en place des systèmes d'observation et de surveillance, et des diagnostics territoriaux à réaliser, en tenant compte des disparités sociales.

Ces diagnostics reposent notamment sur :

- des données démographiques sur la démographie populationnelle et la démographie des professionnels de santé
- des données épidémiologiques, sur l'état de santé et le handicap
- des données environnementales, sociales et culturelles
- des déterminants de santé et modes de vie
- des réponses existantes en termes de prévention et prise en charge et accompagnement
- des données de capacités de prise en charge (par type de structure de prise en charge)
- des données de recours aux soins
- des données financières par principaux postes de dépenses

Sur un plan méthodologique, il s'agit :

- d'identifier les besoins de services de santé (prévention, soins, services médico-sociaux) non satisfaits, afin de mettre en œuvre les changements nécessaires pour les satisfaire, dans le cadre des ressources disponibles ;
- de s'assurer que le système de santé utilise ses ressources de la façon la plus efficiente possible,
- de procéder à des comparaisons interrégionales et, par rapport aux recommandations de prises en charge, d'identifier les pistes de progrès possibles

Ces analyses sont conduites en vue de l'établissement des priorités régionales à partir des priorités nationales. A ce titre, **le rapport « objectifs de santé publique », publié en avril 2010 par le Haut conseil de la santé publique fourni une base de référence d'objectifs et d'indicateurs pour la France.** La plupart de ces indicateurs sont utilisables en région.

Le choix des stratégies et des modalités d'action doit aussi pouvoir être argumenté en fonction des **meilleures connaissances disponibles** sur leur pertinence, leur efficacité et leur efficience vis-à-vis des problèmes à traiter.

2.1.2 Prévoir, dès le stade de construction, le processus de suivi, d'évaluation et de retour d'expérience

Le PSRS doit aussi prévoir les **modalités de suivi, de contrôle et d'évaluation** des actions mises en œuvre : en amont, pour aider au choix des stratégies et des modes d'intervention au cours de la mise en œuvre pour pouvoir décider si nécessaires d'actions correctrices, et en aval, pour pouvoir progresser à partir de l'expérience acquise en prenant tout particulièrement en compte la dimension qualitative des actions engagées..

2.1.3 Favoriser la concertation dès la phase de diagnostic et tout au long de l'élaboration des plans et des schémas

Les ARS doivent s'assurer de l'adhésion de la population à la politique de santé, en prenant en compte à la fois les aspirations des Français à voir leur santé protégée et les difficultés à faire accepter des mesures adaptées.

Les **attentes de la population** sont fortes vis-à-vis des réponses immédiates apportées à la maladie et à ses conséquences, mais ces attentes trouvent souvent des réponses non optimales, en termes d'efficacité et d'efficience (utilisation des services d'urgences, consommation de soins...) : la recherche de l'adhésion de la population aux nouvelles organisations mises en place est essentielle.

Cette adhésion est également essentielle pour le développement des actions de prévention, dont les inconvénients possibles sont immédiats, mais les bénéfices différés, et ne sont pas directement perceptibles par les individus ; la réduction des inégalités sociales, qui met en jeu des valeurs sociétales de solidarité, ne peut également s'envisager de façon efficace que si la prise de conscience est largement partagée.

L'adhésion et la participation active de la population à la gestion des crises sont enfin également une condition essentielle de l'efficacité des réponses que peuvent apporter les pouvoirs publics.

Par ailleurs, l'adhésion des professionnels est indispensable et doit être recherchée tout au long des travaux menés

L'action des professionnels de santé, de prévention et du secteur médico-social conditionne la mise en œuvre des PRS, c'est pourquoi leur adhésion aux évolutions prévues est capitale. La prise en compte des situations démographiques contrastées selon les métiers est un enjeu majeur du PSRS,

tant dans une perspective de diagnostic - de l'existant et de l'appareil de formation régional - qu'en matière d'orientations pour les flux de formation. Les difficultés liées au contexte démographique doivent être partagées avec les professionnels, afin de rechercher des pistes de solution en commun.

Le périmètre de compétence de l'ARS permet désormais une réflexion globale et multidisciplinaire sur les filières de prise en charge des personnes ayant besoin de soins ou d'accompagnement médico-social. C'est une opportunité pour élaborer avec les professionnels des projets de nature à conforter des territoires fragiles, en leur permettant aussi d'exercer selon des modalités plus conformes aux aspirations actuelles, qui font une plus large place à l'échange d'information, à l'évaluation des pratiques et au refus des pratiques isolées.

Les outils que la loi a instaurés en matière d'accompagnement des professionnels – maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé, guichets uniques d'accueil, nouveaux modes de coopération entre professions, contrats d'engagement de service public pour les étudiants et les internes en médecine... - sont autant de leviers permettant de faire adhérer les différents professionnels à une approche renouvelée de l'offre d'accès à la santé au niveau des territoires.

L'adhésion de la population et des professionnels du système de santé implique une démarche de concertation approfondie. Il est important et nécessaire de soumettre les données objectives et les points de vue d'experts, à l'analyse des professionnels du champ sanitaire, médico-social et social, des usagers, des élus etc. C'est pourquoi la concertation sur le diagnostic régional doit être organisée de manière à ce que tous les acteurs de la démarche s'approprient complètement les enjeux et les données qui conduiront aux choix des priorités. Cette concertation repose sur la consultation formelle des instances selon les modalités prévues au plan législatif et réglementaire, mais également par des entretiens/rencontres avec tous les acteurs concernés afin de garantir un véritable exercice de démocratie sanitaire reposant sur leur participation active.

En outre, **la lisibilité des organisations mises en place et la capacité de susciter l'adhésion** vont dépendre de l'implication des professionnels de santé, de prévention et du médico-social et de la participation active de la population. Ce seront les enjeux, notamment, des conférences régionales de la santé et de l'autonomie et des conférences de territoires.

2.1.4 Garantir la transversalité

L'enjeu principal du PRS est de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs jusqu'ici séparés: promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales, sans oublier la préparation aux urgences sanitaires.

La construction du Projet Régional de Santé et du PSRS doivent envisager de façon coordonnée les différents leviers d'action du système de santé, y compris l'impact des innovations technologiques, mais aussi la nécessité de développer des approches intersectorielles agissant sur les déterminants de la santé.

Il s'agit de décroiser la conception et l'organisation des actions de prévention, de prise en charge et d'accompagnement des personnes, et d'accompagnement. Une telle approche intégrée suppose :

- le développement d'un volet de prévention et de promotion de la santé dans toute politique de santé, qu'elle soit envisagée par catégorie de populations ou par pathologie ;
- une conception de la prise en charge globale, aussi bien préventive que curative, médicale que médico-sociale ;
- une réflexion systématique sur le dispositif d'accompagnement adapté, pour les volets préventifs et curatifs. Parmi les pistes évoquées dans l'analyse, on peut citer notamment :
 - une meilleure organisation au niveau local, incluant une utilisation accrue des nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
 - l'encouragement à la mise en place de réseaux de vie (personnes de confiance, associations de malades, groupes d'auto-support, aidants);

- le développement des coopérations professionnelles, qui devra notamment s'appuyer sur une analyse des missions menées par les professionnels du soin, de la prévention et de la prise en charge médico-sociale, et des limites de leurs compétences respectives

Il est également nécessaire de rechercher des complémentarités avec des politiques portées par l'État ou les collectivités locales afin de développer des approches intersectorielles de la santé nécessaires à la réduction des inégalités de santé. Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé sont partie intégrante du PSRS (art. R.1434-2).

Le PSRS doit ainsi prendre sa place dans un ensemble de stratégies ayant un impact en faveur de la santé, impliquant différentes autorités publiques :

- la santé en milieu scolaire, incluant les enfants malades et/ou handicapés, qui relève de la compétence du recteur d'Académie ;
- la santé environnementale, et les risques liés aux milieux où il s'agira d'établir les mesures relevant de la santé du plan régional de santé environnement, chargé de mettre en œuvre les dispositions prévues par le plan national santé environnement, et de veiller à la cohérence de ce plan avec les volets santé des agendas 21 développés par les collectivités territoriales ;
- la santé au travail où est établi, sous l'autorité de la DIRECCTE, le plan régional santé au travail ;
- la sécurité routière ;
- la PMI, et la protection de l'enfance ;
- l'action sociale des Départements, des organismes de protection sociale et des services de l'État ;
- la lutte contre les exclusions et la politique de la ville ;
- la politique de l'Education nationale
- la politique de l'emploi et de l'insertion professionnelle
- la politique du logement et la santé dans l'habitat ;
- l'emploi des professionnels du secteur santé et social : politique de recrutement et formation.
- la cohésion sociale gérée par les DRJSCS,
- les collectivités territoriales, pour leur action sur les déterminants sociaux et environnementaux (ex urbanisme).

2.2 La définition des priorités régionales et des objectifs associés

La déclinaison régionale de la politique nationale de santé a vocation à s'inscrire dans les différents outils du PRS : schémas régionaux d'organisation des soins, de prévention, du médico-social et plans thématiques. Concrètement, la construction de ces différents schémas et plans peut se faire par mode d'intervention, à partir des cinq domaines d'action identifiés par le CNP :

- handicap et vieillissement,
- veille et sécurité sanitaire,
- périnatalité et enfance,
- maladies chroniques,
- santé mentale et addictions

Les actions spécifiques fixées nationalement (lutte contre le cancer, contre la maladie d'Alzheimer,...) s'inscrivent dans cette démarche.

Le nombre de priorités régionales retenues

A la suite du diagnostic régional, il est nécessaire, dans chaque domaine d'action, de fixer un nombre limité de priorités (1 à 3, à titre indicatif), déclinées des priorités nationales, afin de permettre

une concentration des moyens. Deux grands avantages peuvent être mis en évidence à ce choix de priorités :

- concentrer les ressources disponibles sur quelques problèmes jugés importants par les acteurs régionaux. En sélectionnant les problèmes prioritaires, on traite, par les interventions les plus efficaces :
 - o les questions de santé les plus importantes,
 - o les populations les plus susceptibles d'en bénéficier ;
- donner une plus grande visibilité à la politique de santé publique en région. Cette plus grande visibilité de la politique de santé permet aux différents acteurs locaux de la santé (institutionnels, professionnels, élus) et à la population de plus facilement se positionner par rapport aux choix faits et de s'engager dans les actions nécessaires qui en découlent.

Critères de détermination des priorités

Différents auteurs ont proposé des outils, plus ou moins complexes. Schématiquement, il est proposé de se poser un certain nombre de questions - correspondant à des critères - pour chaque problème ou action. L'ensemble des réponses à ces questions permet de classer les problèmes ou les actions, les uns par rapport aux autres. Par exemple, on peut proposer de classer successivement les actions envisagées vis à vis de problèmes de santé identifiés en fonction de 4 groupes critères :

- ampleur du problème (ex : nombre de personnes concernées par une pathologie ou une exposition – prévalence et incidence par exemple) ;
- sévérité du problème (appréciée sur la base d'éléments objectifs - ex : létalité, DALYS, répercussion sur l'entourage – et subjectifs : « valeurs », perception par les patients et leur entourage, perception par la population, etc.) ;
- efficacité de la solution proposée – capacité à intervenir efficacement (ex : effet de telle programmation / action / service sur la morbidité, la mortalité) ;
- faisabilité de la solution (ex : en termes politique, budgétaire, technique, éthique, etc.).

On mobilisera finalement des moyens pour des interventions jugées faisables, efficaces et correspondant à des problèmes importants de par leur fréquence et/ou leur gravité objective ou perçue.

Exemple : Le cancer fait l'objet d'un programme national. Le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez la femme : un cancer sur quatre est un cancer du sein et une femme sur neuf risque d'être atteinte d'un cancer du sein à un moment de sa vie. La fréquence de ce cancer, la gravité potentielle des conséquences pour la santé, la vie affective et sociale, l'efficacité du dépistage et des traitements peuvent conduire à retenir cette priorité au niveau régional, notamment si la situation régionale est défavorable. Un effort sera alors fait pour la prévention, le dépistage, l'organisation des soins et le suivi des patients.

Pour chaque priorité régionale, un nombre limités d'objectifs seront définis associés à un indicateur de suivi. Ces indicateurs doivent se référer à des sources de données fiables et disponibles pour la durée du PRS.

Exemple : Si le cancer du sein est reconnu comme une priorité régionale, un objectif pourrait être d'augmenter de X% la couverture du dépistage organisé du cancer du sein des femmes de la tranche d'âge de 50 à 74 ans, avec comme indicateur de suivi : proportion de femmes dépistées (source InVS)

2.3 Le contenu du document PSRS

Formellement, il s'agit d'un arrêté du directeur général de l'ARS.

Le PSRS devra comporter :

- un diagnostic régional résultant d'une part de la confrontation entre l'évaluation des besoins de santé et de leur évolution, et l'analyse de l'offre et de son évolution prévisible et d'autre part d'une comparaison interrégionale permettant de situer la région et de déterminer ses marges de progrès².
- les priorités régionales, spécifiques ou déclinées des priorités nationales, et les objectifs correspondants
- les modalités de suivi et d'évaluation

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.

Etant donné le degré d'avancement du PRS, variable entre les régions, les recommandations sur l'élaboration du PSRS et le calibrage de son contenu par rapport à celui des schémas ne doivent pas remettre en cause les démarches en cours.

La distinction entre ce qui doit relever du PSRS et ce qui peut être inséré dans les schémas repose sur des éléments à portée obligatoire et une démarche pragmatique.

Les éléments à portée obligatoire :

- o Le PSRS constitue un diagnostic à portée stratégique : il doit donc contenir l'évaluation régionale des besoins et de l'offre de santé et de prévention pour permettre d'identifier les priorités et objectifs stratégiques régionaux.
- o Le SROS doit comporter les éléments relatifs à l'évaluation des besoins et les objectifs d'organisation des soins, nécessaires à l'instruction des demandes d'autorisation, en vertu des articles L. 6122-2 et R.6122-34 : cette obligation peut se traduire soit par un renvoi au document PSRS, s'il est suffisamment explicite sur ces points, soit par la reprise synthétique des éléments indispensables dans le corps du SROS, soit par des développements, propres aux circonstances locales, ou pour certaines matières, sur le fondement du PSRS.

La démarche pragmatique :

- o Le PSRS doit sur les points qu'il traite, énumérés à l'art. R. 1434-2 CSP, permettre aux intéressés – et aux juridictions - de retrouver les données et analyses utilisées et d'en vérifier la réalité et la pertinence, au regard notamment du moyen de juste appréciation des faits et circonstances.

² à ce titre, le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS présente l'offre de soins ambulatoire, la démarche pour réaliser le diagnostic ainsi que les études, outils et méthodes d'analyse disponibles

- o Si des évaluations de portée plus "micro" sont réalisées dans le cadre de l'élaboration des schémas et n'apportent pas de plus-value dans le cadre du diagnostic stratégique, elles peuvent tout à fait apparaître uniquement au niveau des schémas.

3- Les outils et les leviers d'action mobilisés par le PSRS

3.1 Les outils

Différents outils sont à la disposition des ARS :

- Les autorisations données à travers les schémas et programmes opposables
- Les allocations de ressources :
 - crédits de l'État en faveur d'actions de santé publique ou à destination des établissements ou services d'aide par le travail
 - crédits provenant des fonds constitués au sein de la CNAMTS, de la CNRSI et de la CCMSA et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
 - dotations régionales déléguées au titre du FIQCS (Art. L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale)
 - dotations régionales de financement des MIGAC
 - dotations régionales au titre des dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale
 - dotations régionales provenant du FMESPP
 - dotations régionales de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du CASF
 - crédits du plan d'aide à l'investissement (PAI)
- Le développement des coopérations via les GCS et GCSMS
- Les outils contractuels avec les offreurs de soins (notamment les CPOM avec les établissements de santé)
- Les contrats locaux de santé permettent la mise en œuvre de proximité du projet régional de santé, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, et peuvent porter sur la promotion de la santé, la prévention, les soins et l'accompagnement médico-social. Ils représentent un outil majeur pour la réduction des inégalités sociales de santé. Une mission nationale d'appui à l'élaboration CLS est en cours de mise en place.
- La redéfinition de la permanence des soins ambulatoires au niveau des territoires, avec un financement adapté ;
- Les mesures d'accompagnement des professionnels :
 - modalités d'exercice coordonné : maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé ;
 - 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.
- Les nouvelles modalités d'exercice, permettant plus d'échanges professionnels et de coordination :

- nouveaux modes de rémunération (art. 44 LFSS pour 2008) ;
- possibilités de coopération des médecins avec d'autres professionnels dans le cadre de protocoles de suivi de malades chroniques (art.51 loi HPST);

3.2 Les leviers d'action

On distingue différents leviers d'action, dont un axe transversal qui concerne la démographie des professionnels, et des leviers plus sectoriels organisés autour des trois schémas.

Faire évoluer nos politiques en matière de démographie pour l'ensemble des professionnels

Parmi ces leviers, l'action sur la démographie des différents professionnels est transversale aux trois schémas

L'évaluation des besoins de santé à l'échelle d'un territoire doit prendre appui sur une étude préalable de la démographie des professions de santé et médico-sociales.

Cette étude a une visée prospective et peut s'articuler de la manière suivante :

- un volet sur les flux de formation entrants et sortants, les départs en retraite et les mouvements migratoires inter-territoire, interrégionaux et internationaux ;
- un deuxième volet, établi sur la base de cette vision dynamique de la population des professions de santé, déterminant le nombre de professionnels à former (par profession et, le cas échéant, par spécialité) et a fortiori à fidéliser au sein de la région ;
- un troisième volet comportant un diagnostic de l'appareil de formation et une planification des évolutions nécessaires au regard des besoins de formation identifiés ;
- un quatrième volet peut utilement être consacré à une analyse de l'attractivité du territoire et des types d'exercice proposés, libéral ou salarié, ambulatoire ou hospitalier.

Au regard du diagnostic prospectif de la démographie des professions de santé, les acteurs régionaux pourront mettre en place un panel de mesures permettant d'adapter les ressources humaines aux besoins de soins de la population.

Pour les soins

- Les professions médicales et paramédicales et les modes d'exercice professionnel

Elaborée à partir d'un diagnostic partagé par les acteurs de la région (enseignants, ordre, établissements, URPS...), elle est établie au sein du Comité régional de l'Observatoire de la démographie des professions de santé (ONDPS).

Parmi ces mesures doivent notamment être soulignées :

- La détermination du nombre de professionnels à former au sein de la région, pour les professions à quota (infirmier, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste), pour les professions concernées par la première année commune aux études de santé (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, pharmacien) et pour l'ensemble des professions formées sur le territoire.
- La détermination du nombre d'internes à former par subdivision territoriale et spécialité pour une période de 5 ans au sein des comités régionaux de l'ONDPS ;
- L'évolution de l'appareil de formation (terrains de stages nouveaux, aides aux stages en zones sous-denses, ouverture d'écoles paramédicales, rapprochement avec l'université ...) en lien avec la/les universités et le Conseil régional, et travailler avec ces derniers sur les schémas régionaux des formations sanitaires ;
- L'adaptation de l'offre de post-internat pour aider les jeunes médecins à parachever leur formation et s'installer dans la région (fidélisation) ;
- La définition pour les médecins des lieux d'exercice proposés aux bénéficiaires des contrats d'engagement de service public (CESP), en particulier au sein de zones où l'offre médicale

est jugée insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée et animer ce dispositif auprès des étudiants et internes ;

- La stimulation de programmes de Développement professionnel continu en lien avec les besoins de soins et de prise en charge spécialisée de la région ;
- La mise en place d'accords de coopération en professionnels de santé, pour lesquels le besoin de prise en charge spécialisée constitue le point d'entrée de la réflexion ;
- La mise en place de contrats de clinicien au sein des établissements.

L'élaboration des schémas d'organisation doit aussi être l'occasion de promouvoir **l'amélioration des pratiques professionnelles**.

La régulation démographique des professionnels de santé s'opérant également via les dispositifs conventionnels, les SROS devront également s'articuler avec les dispositifs de régulation conventionnelle de l'installation existants aujourd'hui (infirmiers) ou à venir.

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

L'organisation des parcours de soins et de vie doit viser à d'organiser la réponse adaptée au bon endroit, réalisée par le bon professionnel, avec le bon réseau de soutien pour la personne malade.

Il s'agit de développer les modes de prises en charge substitutifs à l'hôpital pour les activités pouvant être réalisées, au moins en partie, à meilleur coût et au plus près du patient. C'est le cas par exemple de la chimiothérapie ambulatoire ou de la dialyse hors centre. C'est le cas également de prise en charge de patients en médecine en ville à la place d'une prise en charge en établissement pour un certain nombre de pathologies.

La poursuite d'une politique volontariste en matière de chirurgie ambulatoire est une priorité dans la restructuration de l'offre de soins, aussi bien pour des objectifs de qualité pour le patient que d'optimisation des ressources hospitalières. Le développement de la chirurgie ambulatoire en substitution de l'hospitalisation complète, sur certains actes ciblés considérés comme offrant le potentiel de développement le plus important, fait l'objet d'un indicateur de suivi dans les CPOM des ARS. Ce développement pourrait se faire, pour certaines pathologies et dans certains cas, en substitution de la réduction des capacités de chirurgie en hospitalisation complète.

Ce transfert d'activités n'est envisageable que si le secteur ambulatoire se structure davantage :

- par une organisation territoriale mieux affirmée avec le regroupement des professionnels au sein de maisons de santé pluri-professionnelles
- par des filières de prise en charge sur certaines activités (dialyse)
- par de nouvelles compétences acquises (Exemple : chimiothérapie à domicile : enjeu de formation des infirmières)
- par le renforcement de la permanence des soins ambulatoire, notamment en vue de limiter le recours aux urgences.

Ce transfert doit pouvoir reposer sur des référentiels de bonnes pratiques permettant d'éviter d'ajouter des prises en charges indues par le secteur ambulatoire.

Ceci suppose cependant souvent le développement concomitant de services sociaux ou médico-sociaux à domicile. C'est pourquoi l'évolution des prises en charge ne doit plus être envisagée dans le cadre de transferts d'activité entre établissements (sanitaires ou médico-sociaux) mais bien à partir d'une organisation territoriale des différents acteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale. Les économies ainsi générées sont susceptibles de contribuer à l'augmentation de la valeur faciale des tarifs hospitaliers pour couvrir l'accroissement inéluctable des coûts de production.

In fine, les évolutions de l'organisation des prises en charge doivent permettre de spécifier la place de l'hospitalisation à temps complet. Ceci permettra de mieux répondre aux besoins des patients, d'anticiper l'effet du vieillissement sur le nombre de séjours hospitaliers, et de réduire le coût de certaines prises en charge actuellement trop centrée sur l'hospitalisation.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients passe également par la réduction des inadéquations hospitalières via différentes actions correctives :

- une meilleure articulation entre l'hôpital et ses différents partenaires en amont et en aval des hospitalisations
- la résolution de certains problèmes d'organisation interne aux établissements de santé (attente de diagnostic ou de thérapeutique, attente d'un avis collégial, etc.).
- la sensibilisation des 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.)

Les résultats de l'étude nationale sur les inadéquations hospitalières attendus pour fin 2010, sur la base d'un échantillon représentatif des établissements de santé, permettront de mesurer le taux d'inadéquation au niveau national et en particulier la part des inadéquations évitables, leurs origines et l'impact économique de leur réduction.

- Rénover la procédure des OQOS comme outil de pilotage du développement des activités hospitalières, en intégrant une logique de pertinence des actes

Afin que les futurs SROS prévoient une réelle programmation des volumes d'hospitalisation, la fixation des OQOS sera primordiale. A cet effet, une méthodologie sur la définition de taux de recours de référence régionaux, en tenant compte notamment des projections démographiques à horizon 2015 ainsi que des taux de fuite et d'attractivité entre régions est en cours d'élaboration. Cette méthodologie a vocation à être partagée avec les ARS pour tenir compte de leurs caractéristiques épidémiologiques, sociales et autres, dans le cadre d'une démarche ascendante de construction des OQOS puis de consolidation au niveau national.

La consommation des OQOS par rapport aux OQOS contractualisés fera l'objet d'un suivi régulier.

Pour l'accompagnement et les soins médico-sociaux

La caractéristique du champ médico-social consiste à 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.

Un cadre conceptuel nouveau a notamment été posé par la loi du 11 février 2005 qui donne au terme handicap une acception très large en le définissant comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

La politique médico-sociale repose d'abord sur le principe d'égal accès de tous à la santé - au sens de l'OMS -, et vise à assurer aux personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie et ayant des difficultés spécifiques l'accès en priorité aux dispositifs de droit commun dans tous les domaines, avant d'envisager la mobilisation des moyens de compensation individuels et collectifs (ESMS). C'est en dernier recours que les dispositifs spécifiques, avec ou sans hébergement, seront développés lorsque les actions précédentes de compensation s'avèrent insuffisantes.

Dans le domaine stratégique « Handicap et Vieillesse » les objectifs du PSRS doivent intégrer cette approche autour de trois enjeux majeurs pour lesquels peuvent être actionnés différents leviers:

- La réduction des inégalités tant géographiques que sociales dans l'accès à l'offre de services via les redéploiements, les créations de places nouvelles prévues dans les plans nationaux pluriannuels et la tarification

- Au plan géographique, le secteur médico-social pâtit souvent du poids « historique » des implantations d'établissements, et d'une desserte insuffisante de franges ou de territoires enclavés. -. Cette question revêt une importance particulière dans la mesure où le recours aux services médico-sociaux est fréquent, voire quotidien.

La réorganisation de l'offre devra y remédier - sans omettre la question des transports qui nécessite une coordination avec d'autres services de l'Etat ou des collectivités territoriales

- Au plan social et économique, ces inégalités s'exercent notamment dans le champ des personnes âgées, où la question du « reste à charge » peut dissuader les personnes du recours pourtant nécessaire à une solution de prise en charge.

La politique de tarification doit être attentive à cette dimension, et ce en lien avec les Conseils Généraux.

Dans le champ du handicap, les inégalités sociales sont d'abord, pour les enfants et les adultes, sources d'aggravation et/ou de cumul des handicaps, et conduisent à des recours encore trop fréquents aux institutions pour des situations qui ne le nécessitent pas.

La transformation des structures de même que la création de capacités nouvelles devra privilégier les services d'appui à la scolarité et au maintien à domicile.

La réduction des inégalités comporte enfin une forte dimension de transversalité avec d'une part, l'ensemble des politiques relevant du champ de compétence de l'ARS (prévention et soins), et d'autre part, le champ des autres politiques publiques (PMI, Education nationale, Santé au travail ...).

- L'amélioration de la continuité des parcours et de l'efficience d'ensemble du dispositif médico-social, via les mutualisations et les contractualisations

Le secteur médico-social est un secteur jusqu'à présent marqué par une tradition départementaliste, particulièrement morcelé et caractérisé par une dispersion des opérateurs y compris des organismes gestionnaires.

Cette situation impose d'améliorer l'articulation des réponses sanitaires et médico-sociales afin d'assurer à la personne un parcours sans rupture et adapté à ses besoins.

En outre, il subsiste une hétérogénéité des coûts à la place pour des ESMS offrant des prestations semblables. Cet état de fait souvent lié à des raisons historiques requiert des mesures volontaristes pour réduire les disparités.

Il s'agit donc pour les ARS, à travers leurs schémas et programmes (notamment le PRIAC), de contribuer à la politique nationale d'optimisation de l'allocation des ressources dans le secteur médico-social. En complément de la politique de réforme de la tarification des ESMS engagée au plan national, les schémas peuvent et doivent contribuer à cet objectif de réduction des disparités, en encourageant la mutualisation des réponses entre ESMS, voire entre ESMS et secteur ambulatoire / hospitalier, en mobilisant les outils que constituent les différentes formes de coopération (conventions, GCS, GCSMS...). Les schémas devront également encourager le développement de la contractualisation avec les gestionnaires d'ESMS au travers des CPOM.

- La réponse à des besoins croissants mais évolutifs dans leur nature via la recherche de diversification et de complémentarité des dispositifs.

L'allongement de l'espérance de vie a pour conséquence un poids accru des maladies chroniques et des polypathologies, nécessitant des prises en charge adaptées.

Parallèlement, les attentes exprimées par les personnes en situation de vulnérabilité (handicap, perte d'autonomie) privilégient la mise en œuvre de solutions garantissant l'inscription dans la cité (souhait de rester à domicile, ou de scolariser son enfant handicapé à l'école de quartier avec les aides humaines et techniques nécessaires).

Ces évolutions de la demande conduiront à développer tous les types de services d'intervention à domicile (SESSAD, SSIAD...).

Sur ce point, la complémentarité avec l'Education nationale ainsi qu'avec les dispositifs d'aide à domicile sous responsabilité du Conseil Général sera recherchée.

Le développement du maintien à domicile implique également de concevoir des solutions d'aide aux aidants, très présents tant auprès des personnes âgées que des personnes handicapées : accueils de jour, séjours temporaires de « répit » ...

Pour chacun de ces enjeux, le passage à un financement par appel à projet constitue pour l'ARS un levier central de modernisation.

Enfin, tout comme dans le secteur sanitaire, la démographie des professionnels, leur formation et leurs modes d'exercice constituent des leviers essentiels pour le secteur médico-social.

Dans ce contexte, le PSRS développera les axes de progrès attendus pour la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie qui se traduiront par l'adaptation de l'organisation médico-sociale en articulation avec celle développée dans le champ de la prévention et des soins.

Pour la prévention :

- **Identifier et prévoir l'évolution des ressources régionales**

A partir de la réflexion sur les niveaux géographiques pertinents, le SRP devra répondre aux questions : qui fait quoi, pour quel public, sur quel territoire ? Qui devrait faire quoi, pour quel public, sur quel territoire pour répondre aux objectifs fixés par le PSRS ? Quels sont les freins et les leviers pour une bonne couverture (quantitative et qualitative) de la région en offre de PPS ?

L'ARS pourra s'appuyer sur les observatoires régionaux de la santé (ORS), des plateformes de l'observation sanitaire et sociale, des pôles de compétences en éducation pour la santé, des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et, au titre des associations généralistes, les grands réseaux associatifs représentés dans la région.

En mobilisant ces différents moyens, l'ARS pourra dresser la liste (au mieux cartographier) des acteurs régionaux susceptibles de jouer un rôle, leur domaine et territoire d'intervention, dans le champ de la PPS, pour l'atteinte des objectifs du PSRS.

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

Au total, la prévention doit permettre de :

- 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,
- 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,
- 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 vaccination.

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.

* * *

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, mais qu'elle bénéficie d'une concertation large et pédagogique pour que tous les acteurs s'approprient les enjeux et adhèrent au choix des priorités.