

Cadre d'orientation stratégique

2018-2028

ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes



Préambule

Le projet régional de santé (PRS) est un document de référence en matière de santé pour l'agence et pour l'ensemble de la région. Il permet de prendre en compte les principaux enjeux de notre système de santé :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Répondre aux besoins des personnes par une approche décroisée.
- Associer les professionnels et les usagers à l'élaboration et au suivi des actions.
- Gérer de manière efficiente les ressources mises à disposition.

et d'apporter des réponses.

Il est élaboré, mis en œuvre et suivi par l'ARS mais implique nombre d'acteurs :

- les autres administrations de l'Etat (Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale – DRDJSCS, Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement – DREAL, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE, Education nationale, Service de santé des armées notamment),
- les collectivités territoriales, et en particulier les Conseils départementaux et la Métropole de Lyon,
- les fédérations représentatives des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux,
- les professionnels de santé, du médico-social et du social, et de la prévention,
- les usagers
- les instances de démocratie sanitaire.

C'est pourquoi, le projet du présent PRS a été soumis à une large consultation, ouverte du 30 janvier 2018 au 29 avril 2018, et à l'issue de laquelle des évolutions notables ont été apportées.

Ce premier PRS, à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes, est élaboré selon une approche assez différente des deux précédents puisque son point d'entrée est populationnel.

L'enjeu est d'apporter des réponses aux besoins de santé non couverts des personnes âgées, des malades chroniques, des personnes en situation de handicap, des personnes en souffrance psychique, des personnes en situation de précarité mais également des nouveaux nés, des enfants et des jeunes.

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 et le décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 dans le chapitre relatif à la « Territorialisation de la politique de santé » définissent réglementairement le PRS. Il est désormais simplifié avec seulement trois documents qui renvoient à une mise en œuvre opérationnelle au sein des territoires :

- le cadre d'orientation stratégique (COS), ce présent document,
- le schéma régional de santé (SRS),
- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

De plus, un document spécifique définira les enjeux de l'évaluation du PRS Auvergne-Rhône-Alpes.



Le cadre d'orientation stratégique détermine « les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, et pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social ».

Ces objectifs portent notamment sur :

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

Il s'inscrit, enfin, dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Sa dimension la plus novatrice est sans doute celle de la prospective qui oblige à projeter et à anticiper les grandes tendances d'évolution des besoins et des réponses apportés par le système de santé dans un cadre qui restera contraint.

Le COS comprend deux grandes parties :

La première consiste, dans un premier temps, à présenter les problématiques de santé de la région Auvergne Rhône Alpes.

En effet, l'action des agences régionales de santé s'inscrit pleinement dans le cadre d'une politique de santé qui est arrêtée au niveau national. Pour autant, à l'intérieur de ce cadre, chaque région présente des problématiques

spécifiques, et le PRS constitue l'instrument privilégié qui permet d'adapter la mise en œuvre de la politique nationale de santé aux caractéristiques de la région.

Il convient donc, avant d'élaborer des objectifs généraux pour la région à dix ans, de bien comprendre les spécificités et problématiques particulières de santé ; d'autant que la région est nouvellement constituée de deux ex-régions aux caractéristiques relativement éloignées.

Les caractéristiques de la région, sa taille, sa diversité, les disparités territoriales sont des éléments importants. Il convient donc de les prendre en compte, mais aussi de tenter de se projeter sur leur évolution à dix ans.

La situation de l'offre, les besoins et leur évolution, sont une donnée importante pour la définition des objectifs généraux, cette dimension étant ensuite reprise de manière plus spécifique dans les annexes opposables du schéma.

Enfin les attentes des citoyens à l'égard du système de santé et les innovations technologiques et organisationnelles qui, en même temps, les suscitent et permettent d'y répondre, constituent les derniers éléments de compréhension des problématiques de la région.

La seconde partie définira les orientations dans lesquelles devra s'inscrire l'élaboration du schéma.

SOMMAIRE

Comprendre le contexte, dessiner les enjeux 7

COMPRENDRE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES 7

LES FONDAMENTAUX SPÉCIFIQUES DE LA RÉGION 19

COMPRENDRE LES ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES ACTUELS :
LES ÉVOLUTIONS DEPUIS LE PREMIER PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ..... 23

SE PROJETER À 10 ANS 27

Les orientations stratégiques du COS35

RENFORCER, EN LIEN AVEC LES AUTRES PORTEURS DE POLITIQUES,
LA PLACE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ, DE LA PRÉVENTION
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE..... 37

FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ 39

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ
PAR UNE ORGANISATION EN PARCOURS REPOSANT PRIORITAIREMENT
SUR L'AMBULATOIRE ET PAR LE SOUTIEN À DOMICILE 41

RENFORCER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À FAIRE FACE AUX SITUATIONS
EXCEPTIONNELLES 46

RENFORCER LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE
PROFESSIONNELS ET USAGERS..... 48

ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN S'APPUYANT SUR LES INNOVATIONS51

Comprendre le contexte, dessiner les enjeux

COMPRENDRE LA RÉGION AUVERGNE-RHONE-ALPES

Pour avoir une analyse plus détaillée conférer le document « Données de santé » en ligne sur le site Internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

La région se caractérise principalement par sa taille, son étendue et sa diversité.

Elle compte en effet aujourd'hui près de 8 millions d'habitants, soit 12 % de la population française et 13 % du territoire national avec 70 000 km². C'est la deuxième région la plus peuplée de France, après l'Ile-de-France (11,9 millions) et devant les Hauts de France (5,79 millions).

Elle bénéficie d'une forte attraction qui explique sa croissance démographique.

C'est une région marquée par de fortes disparités. Elle conjugue de vastes espaces urbains à la densité élevée avec des zones rurales et montagneuses peu denses.

Plus âgée et en situation plus précaire à l'ouest et au sud de la région, la population connaît généralement un état de santé moins favorable dans ces territoires tandis que la natalité des territoires urbains et du Grand Lyon emporte des résultats de prévalence de certaines pathologies ou de déficiences qui peuvent créer une situation de saturation des dispositifs de prise en charge.

Tableau. 1 - Caractéristiques de la population régionale par département

	POPULATION	TAUX BRUT DE NATALITE (‰)	INDICE DE VIEILLISSEMENT
	Au 1 ^{er} janvier 2016	Au 1 ^{er} janvier 2015, pour 1000 habitants	Au 1 ^{er} janvier 2014, pour 100 jeunes de moins de 20 ans
Ain	640 400	11,0	61,5
Allier	343 000	8,7	118,0
Ardèche	325 400	10,0	98,7
Cantal	145 800	7,7	134,0
Drôme	506 200	11,4	81,0
Isère	1 261 000	11,9	64,6
Loire	762 100	11,9	85,0
Haute-Loire	227 400	9,6	93,9
Puy-de-Dôme	649 800	10,2	88,7
Rhône	1 840 800	14,5	61,8
Savoie	431 800	10,8	78,0
Haute-Savoie	807 200	12,5	60,7
Auvergne-Rhône-Alpes	7 941 000	11,9	74,1

Sources : Insee, État civil, Estimations de population - Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2016) – Insee, Recensement de la population 2014

● POPULATION : CONTRASTE ET MONTAGNE

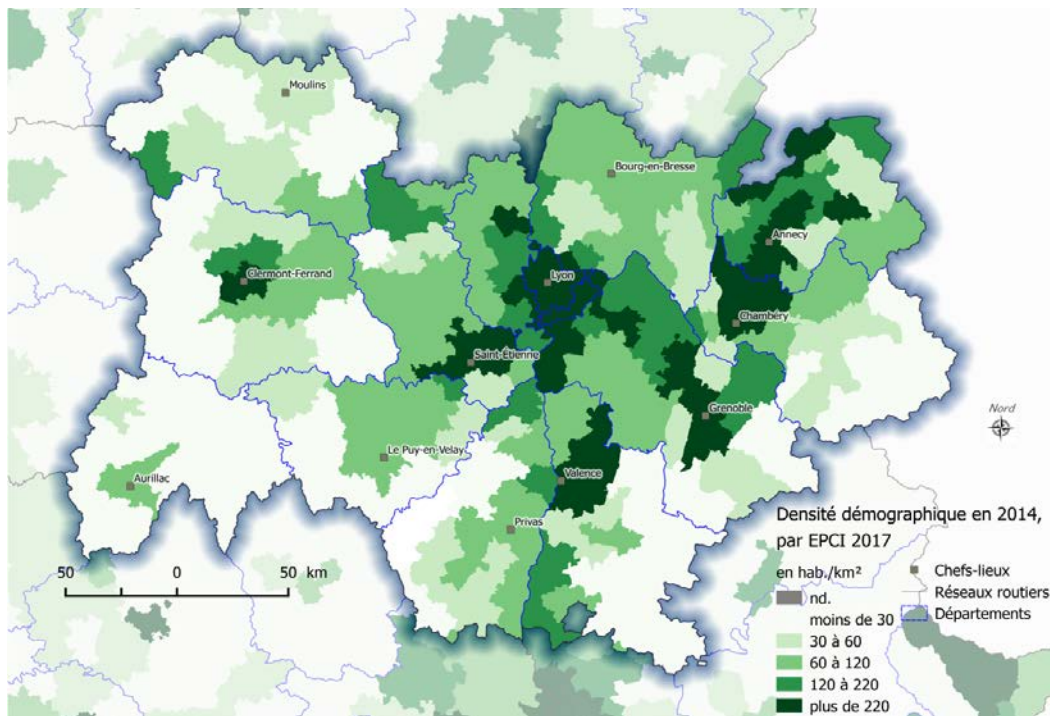
Auvergne-Rhône-Alpes est une terre de contrastes.

Les écarts de densité de population sont importants ; la densité est très forte dans les départements qui comptent une grande métropole (Rhône, Isère, Loire) ou bénéficient d'une attraction transfrontalière (Haute-Savoie, partie de l'Ain). L'Ain connaît une progression démographique similaire à la Haute-Savoie (+ 1,3 %, et + 3 % pour le seul pays de Gex).

A l'inverse, les départements ruraux de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire ont des densités très faibles et leur population se concentre dans les aires urbaines. Les problématiques d'isolement et de mobilité sont plus fortes dans les secteurs ruraux et complexifient l'accès à l'offre.

La région est par ailleurs une région de montagne : 42 % des Auvergnats résident dans une commune classée en zone de montagne et 35 % des rhônalpins. Seule la Corse connaît un taux plus élevé, toutes les autres régions sont en dessous de 20 %.

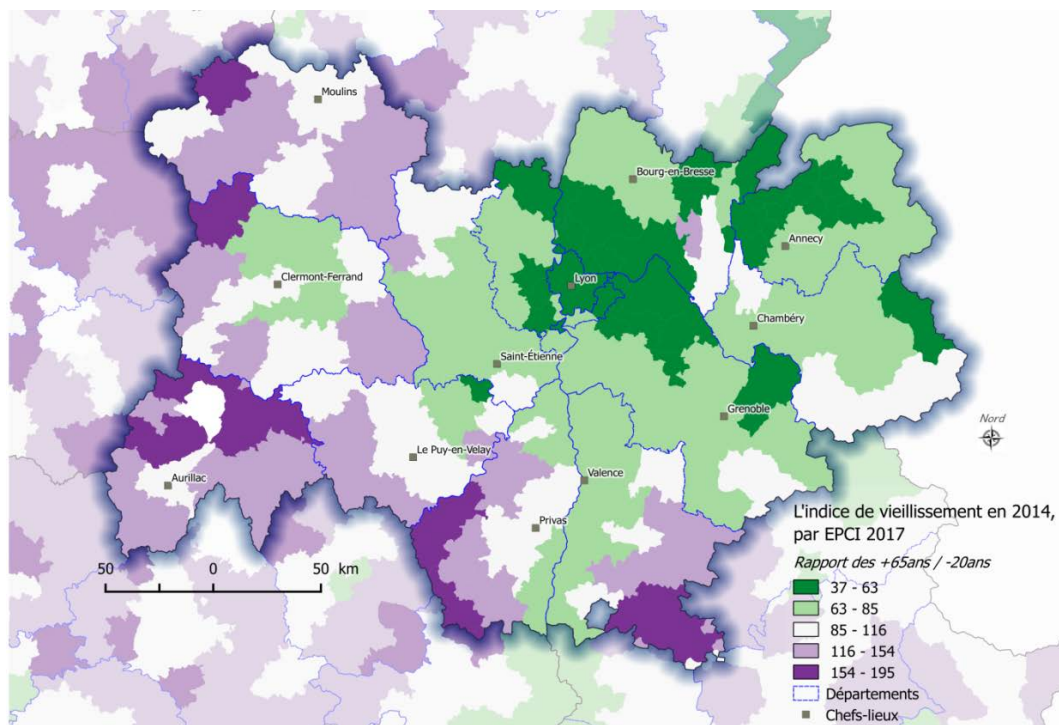
Carte 1 - Densité démographique en 2014, par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : ATLASANTE, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, INSEE RP 2014

S'agissant de la structure par âge, celle-ci est très proche de celle de la France métropolitaine, mais avec des différences marquées en infra -régional, ce qui renvoie à un des enjeux du PRS Auvergne 2012-2017.

Carte 2 - Indice de vieillissement en 2014, par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : INSEE RP 2014

● REVENU ET PRÉCARITÉ : DES DISPARITÉS

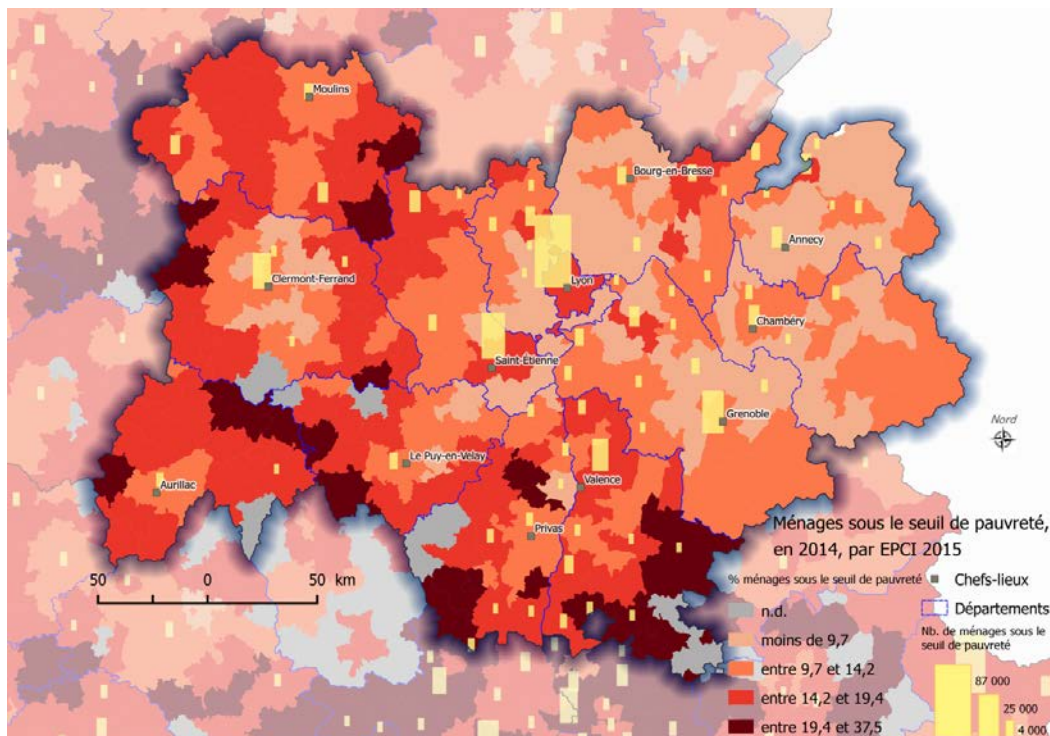
Malgré un revenu disponible médian de 20 340 € par unité de consommation en 2012, revenu le plus élevé des régions après l’Île de France, 12,3 % des habitants de la région sont en situation de pauvreté, percevant des revenus inférieurs à 987 € par mois.

C’est donc encore le contraste qui prédomine, avec une différence territoriale marquée où le taux de pauvreté va croissant lorsqu’on se déplace d’est en ouest de la région.

On observe ainsi un nombre de foyers fiscaux non imposés supérieur à la moyenne métropolitaine dans cinq départements : Loire, Drôme, Ardèche, Allier et Cantal.

L’Auvergne est à la moyenne pour le taux de pauvreté, alors que Rhône-Alpes est deux points en dessous, tiré vers le haut par les deux Savoie, l’Ain, l’Isère et le Rhône.

Carte 3 - Ménages sous le seuil de pauvreté en 2014, par EPCI, Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : ATLASANTE, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, INSEE, DGFIP FILOSOFI 2014

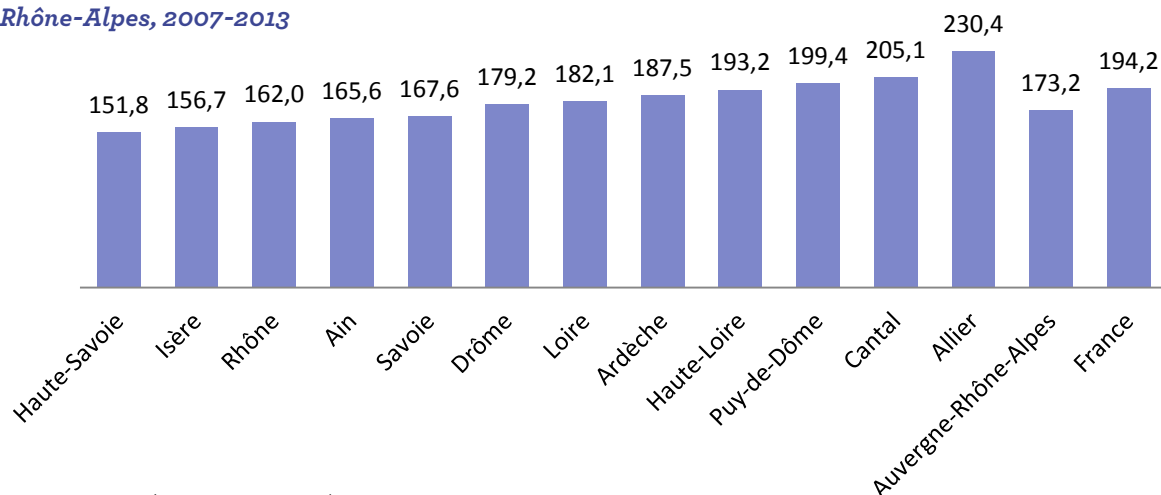
● ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION : GLOBALEMENT SATISFAISANT MAIS AVEC DES EXCEPTIONS

L’état de santé de la population dans cette nouvelle région apparaît globalement satisfaisant avec des taux de mortalité générale, de mortalité prématurée, par cancers et par maladies cardio-vasculaires inférieurs aux taux nationaux. Mais ce constat global masque des disparités territoriales amplifiées aujourd’hui eu égard au nouveau périmètre géogra-

phique de la région. L’exemple des maladies cardio-vasculaires, un des enjeux des deux PRS 2012-2017, illustre ce constat.

Alors que les zones urbaines connaissent des taux de mortalité très faibles, l’ouest de la région concentre des taux plus élevés que la moyenne nationale.

Graphique 1 - Taux standardisés annuels de mortalité prématurée par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2007-2013

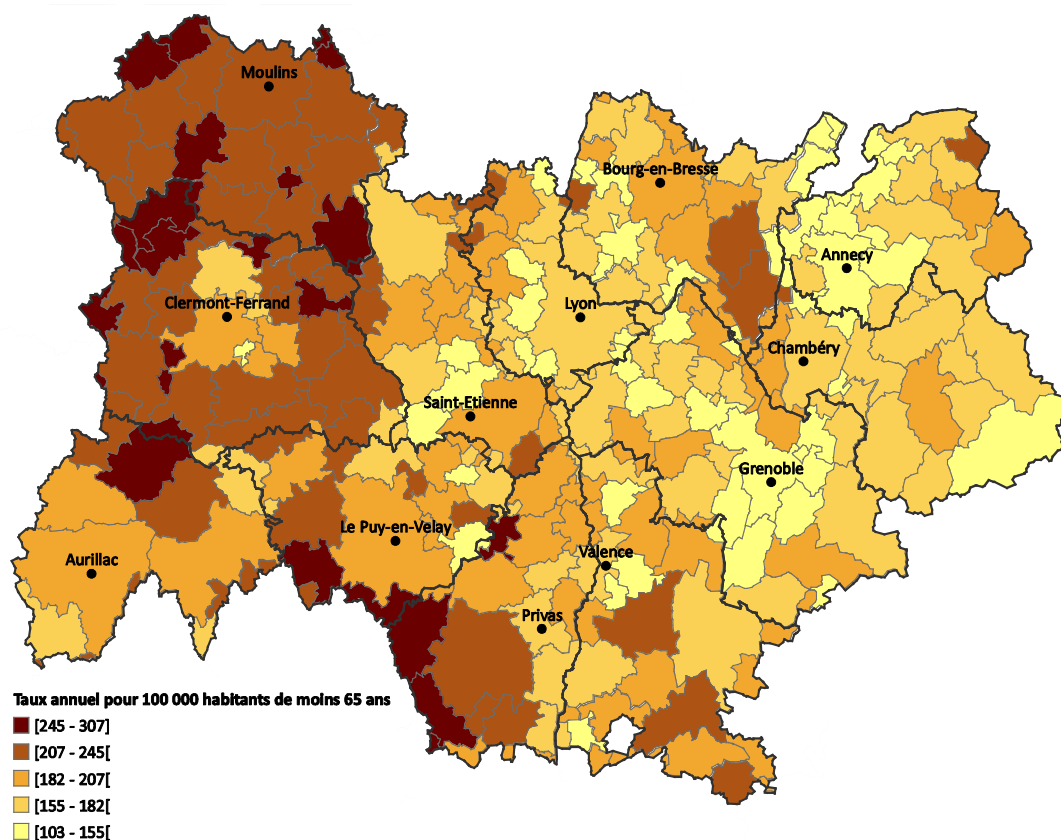


Source : Inserm CépiDc, Insee RP – Exploitation ORS

Il est cependant satisfaisant d'observer que, depuis 2000, la mortalité générale et prématurée diminue dans l'ensemble de la région :

- Une baisse de la mortalité générale et mortalité prématurée plus rapide en Rhône-Alpes qu'en Auvergne.
- Une baisse de la mortalité prématurée évitable plus prononcée sur la partie Auvergnate.

Carte 4 - Taux standardisés annuels de mortalité prématurée par bassin de vie, Auvergne-Rhône-Alpes, 2007-2013



Source : Inserm CépiDc, Insee RP – Exploitation ORS

● ACCÈS AUX SOINS : L'OUEST DE LA RÉGION EST DAVANTAGE CONFRONTÉ À LA PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS À UNE OFFRE DE PREMIER RECOURS

Concernant les dépenses de santé, hors dépenses prises en charge par les collectivités territoriales, l'assurance-maladie complémentaire ou les usagers eux-mêmes, la région Auvergne Rhône-Alpes représente 11,6 % des dépenses nationales de santé (202,6 milliards d'euros), soit 23,6 milliards d'euros, part stable depuis 2013.

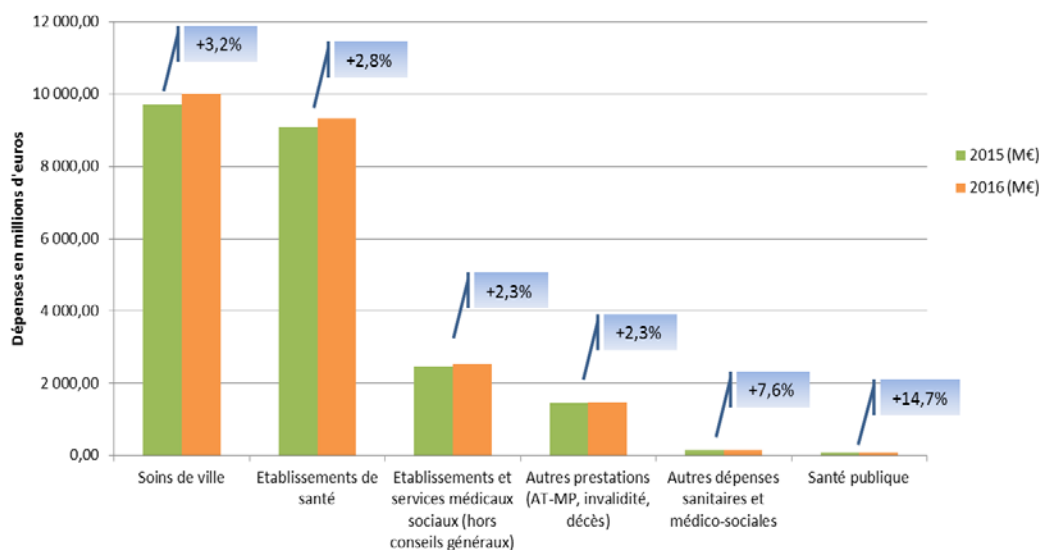
Depuis 2013, le taux de progression des dépenses en Auvergne-Rhône-Alpes est plus élevé qu'au niveau national. En 2016, l'écart est de 0,7 point (2,9 % en Auvergne-Rhône-Alpes contre 2,2 % au niveau national), ce qui est particulièrement important par rapport aux années précédentes.

Parmi les 18 régions, le montant total des dépenses de santé d'Auvergne Rhône-Alpes arrive en deuxième position. Le classement des régions est inchangé depuis 4 ans. Les huit régions les plus peuplées représentent toujours environ 80 % des dépenses.

La dépense par habitant en Auvergne-Rhône-Alpes est légèrement inférieure à la dépense par habitant moyenne en France, et la progression de la dépense par habitant en 2016 est conforme à la hausse nationale (+1,2 %).

La répartition des dépenses de santé s'établit comme suit :

Graphique 2 – Comparatif des dépenses 2015-2016 par type de dépense - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Etat financier 2016 ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant l'offre de soins libérale, le constat le plus prégnant est qu'au niveau régional, plus d'un omnipraticien sur 4 en activité a plus de 60 ans et

que les disparités infrarégionales sont assez fortes pour cet indicateur.

Tableau 2 - Part d'omnipraticiens de plus de 55 ans et de 60 ans et plus, par département, Auvergne-Rhône-Alpes

	PART D'OMNIPRATICIENS DE PLUS DE 55 ANS	PART D'OMNIPRATICIENS DE 60 ANS ET PLUS
Ain	53,4%	28,2%
Allier	58,8%	34,6%
Ardèche	56,6%	31,0%
Cantal	47,8%	29,0%
Drôme	54,7%	32,2%
Isère	47,5%	24,5%
Loire	44,2%	21,6%
Haute-Loire	49,7%	21,8%
Puy-de-Dôme	46,7%	24,7%
Rhône	49,3%	25,0%
Savoie	50,5%	29,4%
Haute-Savoie	46,3%	24,5%
Auvergne-Rhône-Alpes	49,3%	26,1%
France	54,9%	29,8%

Source : FNPS

Concernant l'offre hospitalière, la région compte quatre CHU et environ 400 établissements de santé.

L'activité de soins de traitement des urgences représente en Auvergne-Rhône-Alpes, comme dans chaque région française, des volumes importants en forte augmentation depuis une dizaine d'années : 2,5 millions de passages dans ses 81 services d'urgences (hors l'hôpital du service de santé des armées), 85 000 sorties de ses 55 SMUR ou antennes

SMUR, ou encore 1,8 millions de dossiers traités par les 13 SAMU - centre 15, pour, au total, un coût direct régional du traitement des urgences de plus de 280 millions € en 2016.

Malgré une attractivité touristique particulière (activités de montagne, parfois à risque), ces chiffres rapportés à la population locale sont dans les moyennes nationales.

Tableau 3 - Activité des urgences, 2016, Auvergne-Rhône-Alpes

	Nombre de services			Volume d'activité			Montant en millions €		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Services d'urgences (Nb passages)	60	21	81	2 081 824	441 124	2 522 948	154,8	23,9	178,8
SMUR (volume en Nb de sorties)	54	1	55	83 797	758	84 555	75,4	1,0	76,4
SAMU (volume en Nb de dossiers)	13		13	1 830 215		1 830 215	28,6		28,6

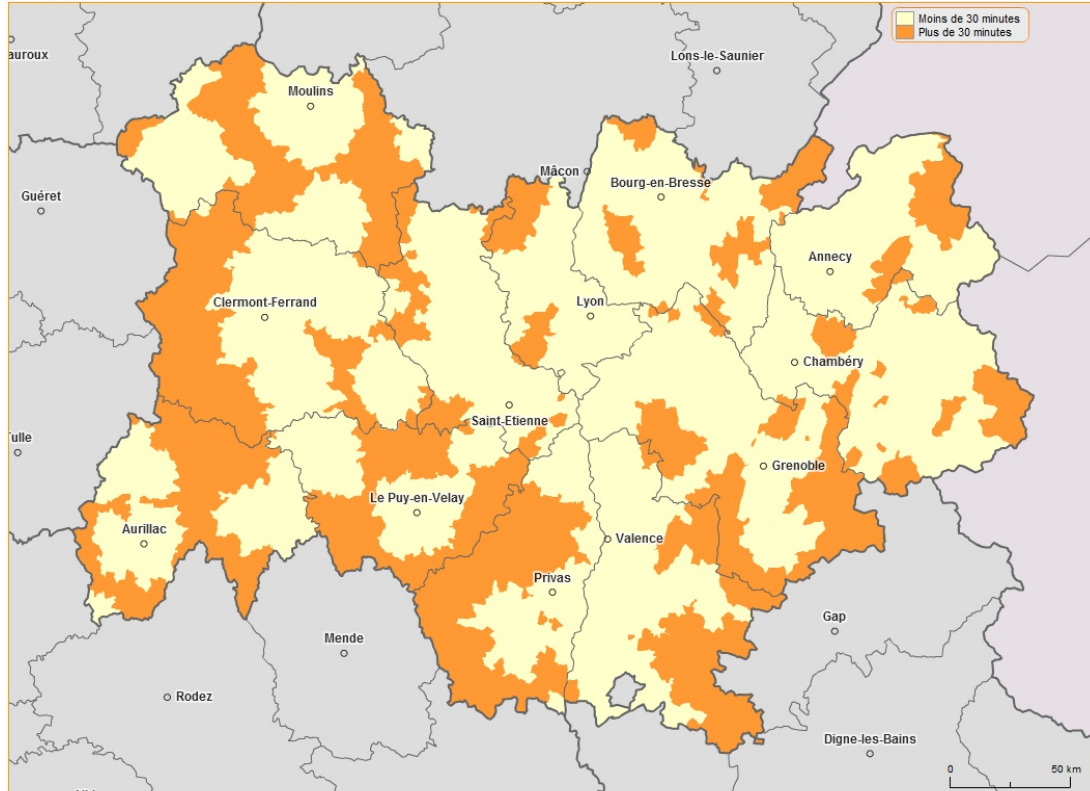
Source : SAE 2016

95 000 habitants vivent à plus de 30 minutes des soins urgents, soit 7 % de la population. L'est de la région est globalement moins concerné, mais néan-

moins 4 % de la population se trouvent à plus de 30 minutes des soins urgents.

Carte 5 - Communes à plus de 30 mn d'accès d'un service d'urgence ou du SMUR, Auvergne-Rhône-Alpes

Zones à plus de 30 minutes de soins urgents



© Atlasanté - IGN GEOFLA® - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur

Sources : INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS

Sources des données présentées dans cette partie (pages 14 à 18) : INSEE 2013 et FINESS 24/11/2016

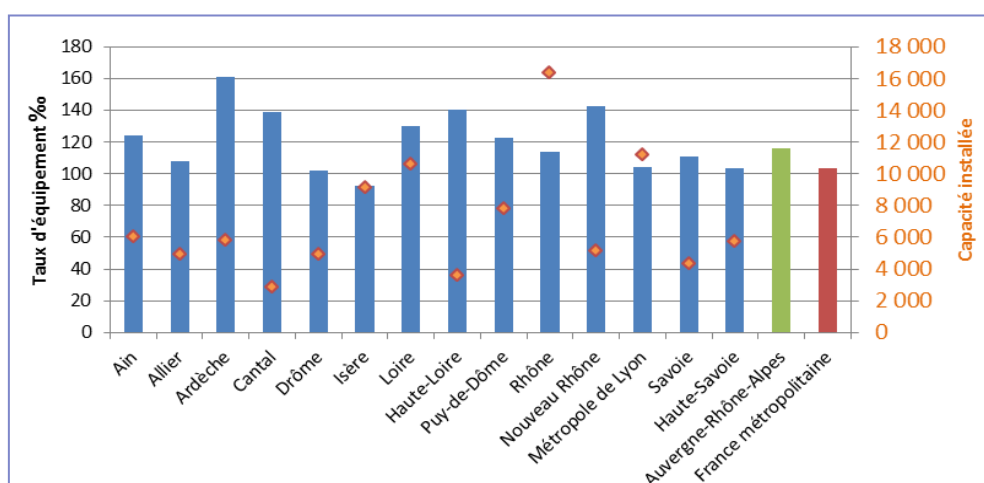
Concernant l'offre médico-sociale.

La région Auvergne Rhône Alpes compte plus de 2300 structures et services.

Pour répondre aux besoins de la population en perte d'autonomie, la région est dotée de plus de 1 000 structures d'hébergement permanent médicalisées (Source : FINESS 30/08/2017/ INSEE 2013/Statiss 2016) : établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD ou EHPA) et 100 résidences autonomie permettent d'offrir 81 000 places (=places installées).

Le taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus dans les structures non EHPAD est de 26 et dans les EHPAD de 107,9, supérieur aux taux d'équipement national respectivement de 25,4 et 101,4.

Graphique 3 - Taux d'équipement en hébergement médicalisé places installées, par département, Auvergne-Rhône-Alpes

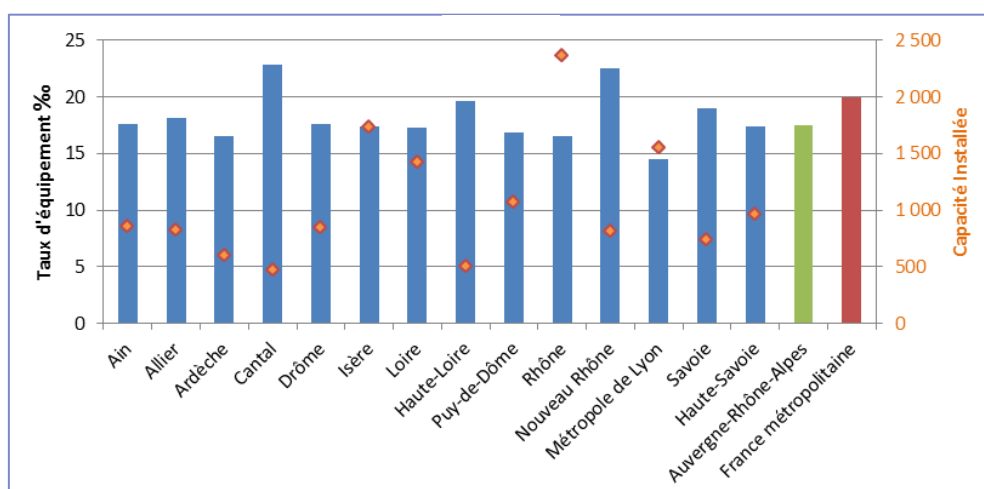


Lecture :

En Ardèche, 5 805 places sont installées en hébergement médicalisé et le taux d'équipement est de 160 places installées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

262 structures de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) proposent des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées, soit 12 423 places installées.

Graphique 4 - Taux d'équipement des services de soins infirmiers à domicile en places installées, par département, Auvergne-Rhône-Alpes



Lecture :

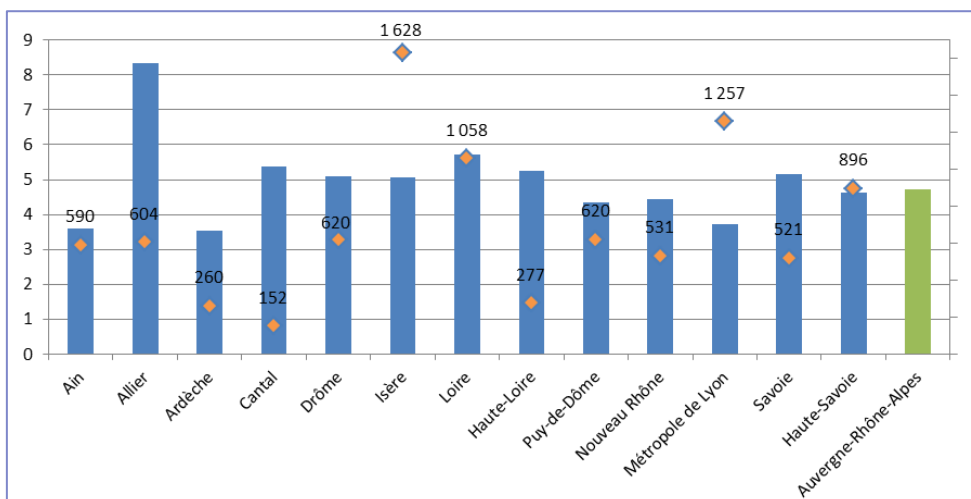
Le département du Cantal a un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile de 23 places / 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. La capacité installée en services de soins infirmiers à domicile est de 473 places.

Pour répondre aux besoins de la population en situation de handicap, il convient de distinguer la population des enfants de celle des adultes en termes de structures et services.

Concernant les enfants

194 structures, composées d'Instituts médico-éducatif, Instituts d'éducation motrice (IEM) et Etablissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP) proposent de l'hébergement pour enfants handicapés, soit 9 014 places installées.

Graphique 5 - Taux d'équipement en places installées d'IME/IEM/EEAP pour 1 000 enfants de moins de 20 ans par département et capacités installées associées



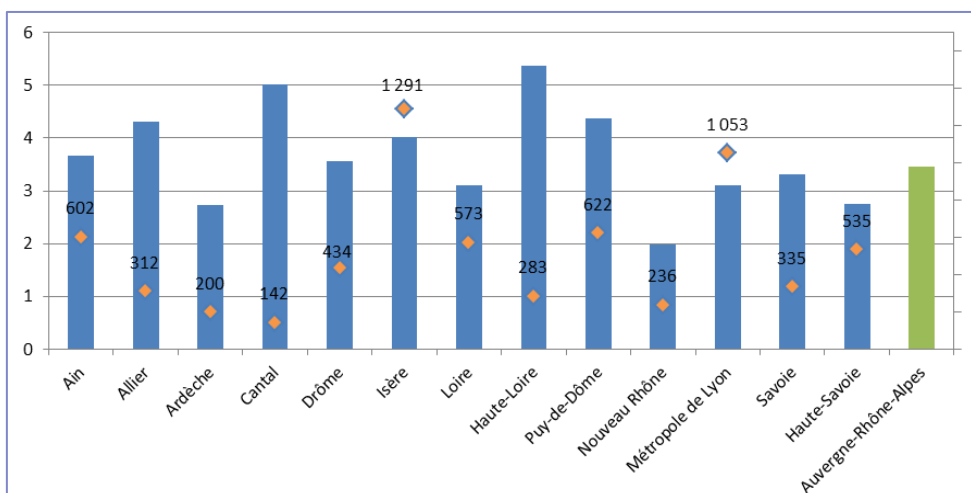
Lecture :

Le département de l'Ain dispose de 590 places installées en IME / IEM / EEAP. Cela représente un taux d'équipement de 3,6 places installées pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

◆ Capacité installée

- 229 structures de Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) proposent de l'hébergement pour enfants handicapés, soit 6 618 places installées.

Graphique 6 - Taux d'équipement en places installées de SESSAD pour 1 000 enfants de moins de 20 ans par département et capacités installées associées



Lecture :

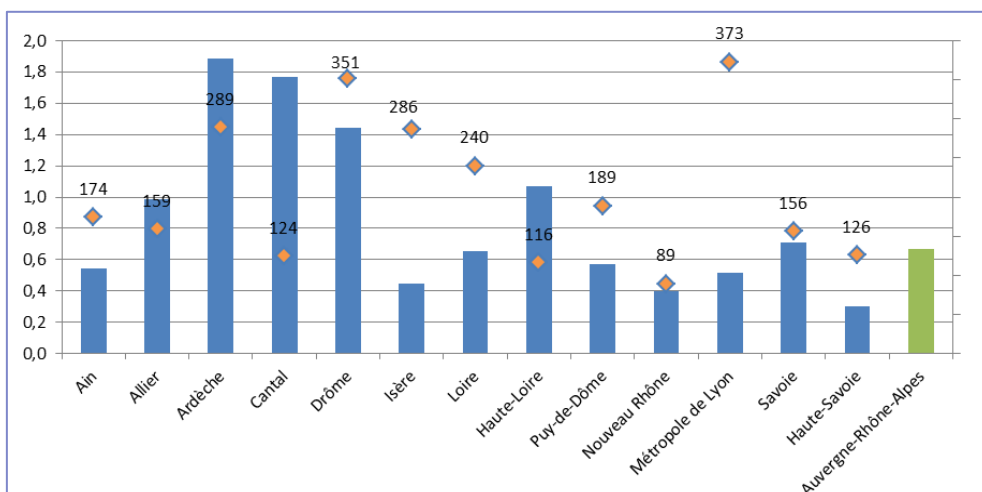
Le département de l'Ain dispose de 602 places installées en ITEP. Cela représente un taux d'équipement de 3,67 places installées pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

◆ Capacité installée

Concernant les adultes

64 maisons d'accueil spécialisées (MAS) proposent de l'hébergement pour adultes handicapés, soit 2 672 places installées.

Graphique 7 - Taux d'équipement en places installées de MAS pour 1 000 personnes de 20 ans à 59 ans par département et capacités installées associées



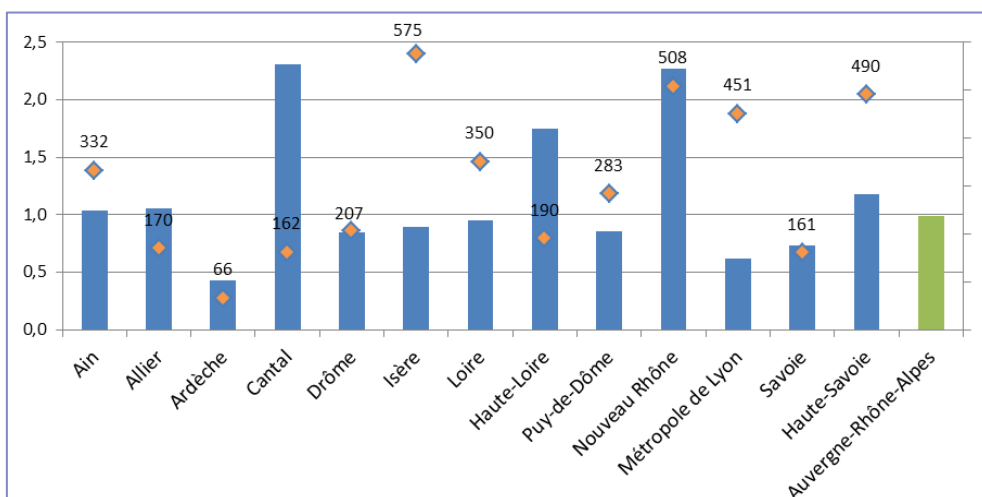
Lecture :

Le département de l'Ain dispose de 174 places installées en MAS. Cela représente un taux d'équipement de 0,54 places installées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.

◆ Capacité installée

135 Foyers d'accueil médicalisé (FAM) proposent de l'hébergement pour adultes en situation de handicap, soit 3 945 places installées.

Graphique 8 - Taux d'équipement en places installées médicalisées de FAM pour 1 000 personnes de 20 ans à 59 ans par département et capacités installées associées



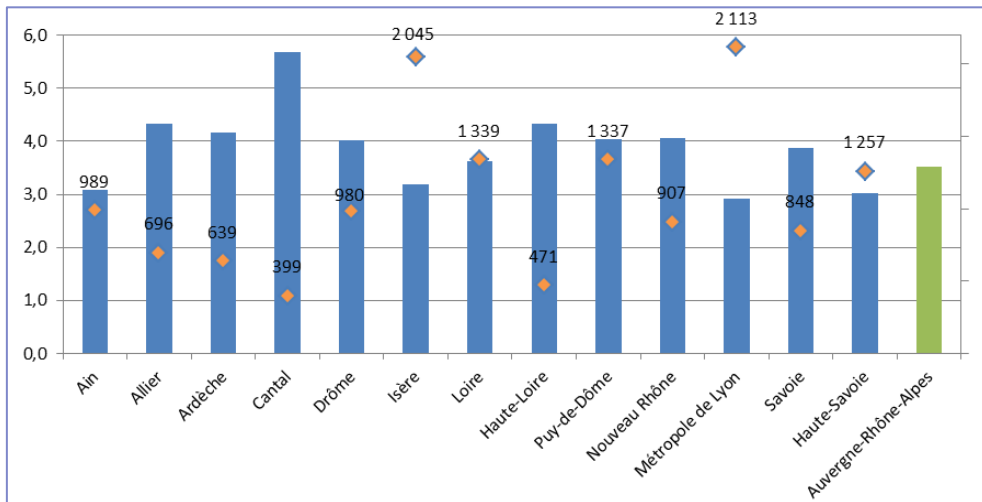
Lecture :

Le département de l'Ain dispose de 332 places installées médicalisées en FAM. Cela représente un taux d'équipement de 1,03 place installée médicalisée pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans

◆ Capacité installée

Enfin, 199 Etablissements et Services d'Aide par le Travail proposent de l'accueil pour adultes en situation de handicap, soit 14 020 places installées.

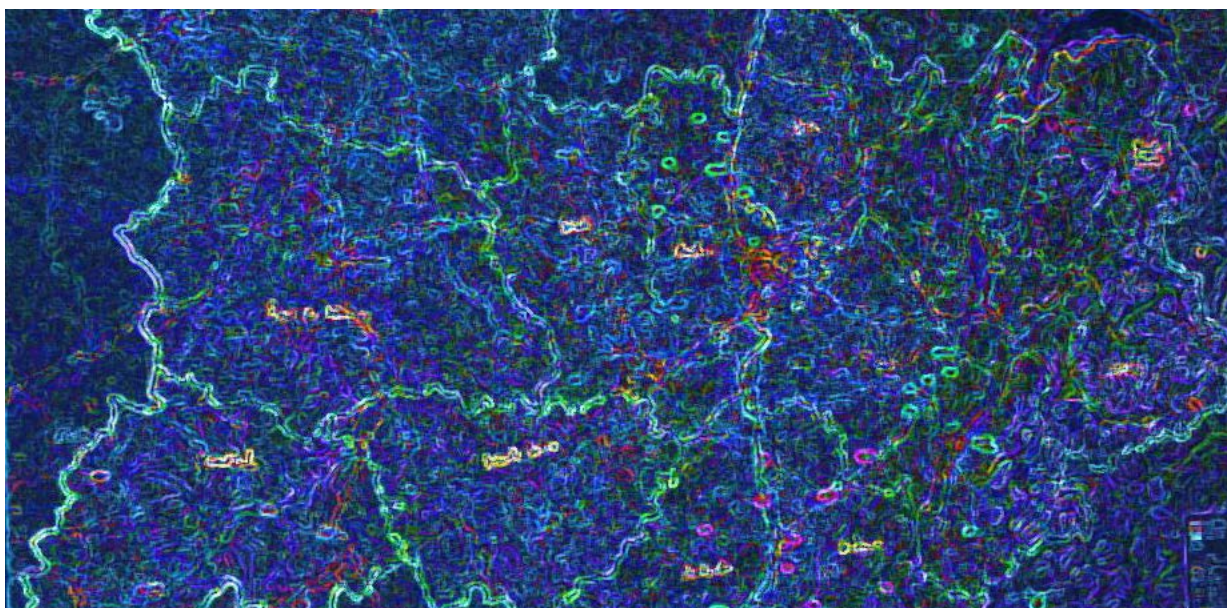
Graphique 9 - Taux d'équipement en places installées d'ESAT pour 1 000 personnes de 20 ans à 59 ans par département et capacités installées associées



Lecture :

Le département de l'Ain dispose de 989 places installées d'ESAT. Cela représente un taux d'équipement de 3,08 places installées médicalisées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.

◆ Capacité installée



LES FONDAMENTAUX SPÉCIFIQUES DE LA RÉGION

Onze territoires de démocratie sanitaire

Comme dans toutes les régions, l'ARS se doit de décliner la politique nationale de santé, en tenant compte des spécificités du territoire.

Un des facteurs de complexité du PRS Auvergne-Rhône-Alpes tient, comme on l'a vu précédemment, à la taille et à la situation très contrastée de la région. S'il est donc indispensable d'avoir une vision régionale de la politique à mener, il est tout aussi nécessaire, dans la mise en œuvre, d'adapter cette vision à la particularité de chacun des territoires. Cette nécessité se renforce avec les objectifs de territorialisation et d'organisation des parcours fixés par la loi de modernisation de notre système de santé.

« Le département, premier niveau de territorialisation »

Le premier niveau de territorialisation qui s'impose à l'ARS est celui des départements avec l'instauration de la loi d'adaptation de la société au vieillissement qui conforte les compétences et responsabilités des départements à l'égard de la prise en charge des personnes âgées et celles en situation de handicap.

C'est ce qui a conduit l'Agence, pour l'organisation de la démocratie en santé au niveau local, à choisir les départements comme territoire d'installation des conseils territoriaux de santé. Seules deux exceptions à ce principe ont paru utiles, compte tenu de l'imbrication de leurs problématiques. Il s'agit de l'Ardèche et la de la Drôme d'une part, et, du Rhône et de la Métropole de Lyon d'autre part.

« 11 conseils territoriaux de santé en Auvergne-Rhône-Alpes »

Ces conseils territoriaux sont notamment mobilisés sur la réalisation d'un diagnostic territorial et sur l'organisation des parcours de santé à l'échelle de leur territoire. Pour autant, cette organisation des parcours, comme on l'a laissé entendre précédemment, s'inscrira à une échelle plus fine, infra-départementale, pour laquelle les acquis des bassins de santé intermédiaires auvergnats et des filières gériatriques rhônalpines constituent des repères utiles.

Le Service de santé des armées, acteur de santé publique

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du Service de santé des armées (SSA) en tant qu'acteur du service public de santé dans plusieurs domaines. Toutes les composantes du SSA présentes en région Auvergne-Rhône-Alpes (hôpital des armées, centres

médicaux des armées, écoles de formation) sont engagées dans l'offre de soins, l'enseignement, la recherche, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.

Des inégalités marquées entre populations et territoires : l'exemple de la santé des jeunes

L'indicateur de jeunesse par département illustre parfaitement le contraste entre l'est de la région, avec quatre départements (Ain, Isère, Haute-Savoie, Rhône) au-dessus de la moyenne nationale, et l'ouest, avec quatre départements éloignés, voire très éloignés, de cette moyenne (Cantal, Allier, Ardèche, Haute-Loire).

A l'exception du Cantal qui reste proche de la moyenne, on retrouve ces mêmes départements pour ce qui concerne les taux standardisés de mortalité chez les 10-24 ans, très supérieurs à la moyenne régionale et nationale. On retrouve également ces trois mêmes départements en écart avec les

moyennes régionale et nationale, pour les taux standardisés de prévalence des affections de longues durées (ALD) chez les 10-24 ans sachant que les affections psychiatriques de longue durée sont le premier motif d'admission en ALD pour cette tranche d'âge (un tiers).

Ces quelques chiffres, concernant a fortiori les jeunes, soulignent la nécessité de disposer d'une approche locale et ciblée des problématiques de santé, qu'elles concernent la prévention -sans doute l'aspect le plus important pour espérer inverser les tendances à moyen et long terme- ou l'accès aux offres sanitaires et médico-sociales.

Une région industrielle, des zones de montagne et d'autres très rurales

Auvergne-Rhône-Alpes est à la fois une région industrielle avec les risques que cela entraîne, et une région étendue avec des zones très rurales et de montagne. De ce fait, des problématiques environnementales sont multiples et variées.

Pour les zones rurales et montagneuses la question de la qualité de l'eau apparaît en premier, avec, pour l'ensemble de la région, un très grand nombre de captages à surveiller.

L'Est de la région doit faire face à la propagation de l'ambrosie et des autres plantes allergisantes, qui tendent à envahir l'ensemble des départements.

Sur les zones urbaines, les risques industriels et les problèmes de qualité de l'air sont prédominants : couloir de la chimie à Lyon et vallées alpines. On

peut désormais établir un lien direct entre la qualité de l'air et le développement de pathologies chroniques comme l'insuffisance respiratoire et certaines formes de cancers. Le risque nucléaire est aussi très présent le long de la vallée du Rhône et dans le Bugey.

De même, la question de l'habitat indigne est très prégnante dans les quartiers urbains défavorisés.

Un environnement qui met en premier rang l'impact de l'environnement sur la santé

Au total, il apparaît que la région se prête particulièrement à investir le champ du lien entre environnement et santé, afin d'agir sur les déterminants de santé.

Une organisation très dispersée du secteur médico-social et une offre inégalement répartie

La région compte 2292 établissements et services sous compétence ARS ou ARS/Conseils départementaux et Métropole de Lyon ; 3280 si l'on intègre les établissements et services sous compétence exclusive des conseils départementaux et de la Métropole de Lyon.

La région se caractérise par des taux d'équipement, dans le secteur personnes âgées comme dans celui du handicap, équivalents à la moyenne nationale. Cependant, ces équipements sont très inégalement répartis et la part des services dans l'offre d'accompagnement demeure en deçà des référentiels nationaux. Dans son contrat, l'agence a affiché un objectif de réduction des écarts d'équipement entre territoires mesurés en euros par habitant afin

de tenir compte de l'offre libérale infirmière et des unités de soins de longue durée dans l'offre en direction des personnes âgées.

Le secteur des personnes âgées est notamment organisé à partir de 950 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) gérés pour 51 % d'entre eux par un organisme gestionnaire mono-établissement. En effet, les EHPAD se sont la plupart du temps développés en proximité à partir d'objectifs relevant plus de l'hébergement que de la couverture des besoins en soins.

« 2292 établissements et services médico-sociaux dont 950 établissements pour personnes âgées dépendantes »

La gestion de ces structures peut apparaître insuffisamment outillée au regard des enjeux et des réformes à venir : accompagnement de la grande dépendance, âge de plus en plus tardif d'admission, accroissement des pathologies neurodégénératives, accompagnement de la fin de vie.

Aujourd'hui, devant les exigences plus grandes des usagers à l'égard du rapport qualité/prix, auxquelles s'ajoutent une offre plus importante de services alternatifs au modèle classique de l'EHPAD et une charge croissante en soins et dépendance, les gestionnaires de ces structures pourraient ne pas pouvoir disposer des marges de progression en termes d'efficience, voire, se trouver en difficultés.

Le secteur du handicap a, depuis quelques années, poursuivi une structuration autour de quelques associations gestionnaires importantes de dimension départementale voire régionale. Cette structuration conjuguée à un dispositif de contractualisation a, dans une certaine mesure, favorisé l'adaptation de l'offre et l'innovation.

Sur le secteur du handicap, les attentes nouvelles en faveur d'une participation sociale dans une société plus inclusive, l'approche par les droits et la stratégie nationale d'une réponse accompagnée pour tous invitent les organismes gestionnaires à repenser l'organisation de l'offre en termes de prestations ou de combinaisons de modalités d'accompagnement privilégiant la logique de service.

Une offre sanitaire consistante mais qui ne garantit pas un égal accès aux soins

Comme dans le champ médico-social, **le taux d'équipement hospitalier** de la région est satisfaisant, voire excédentaire dans certaines zones et disciplines (chirurgie en zone urbaine notamment).

Une des caractéristiques de la région, malgré, ou du fait de sa taille, est de disposer d'un grand nombre d'hôpitaux de proximité.

En contrepartie, cette dispersion de l'offre génère des difficultés pour assurer un bon niveau de compétences médicales et maintenir la performance des établissements dans un système porté par l'activité.

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) doit permettre de pallier ces difficultés dans le secteur public et garantir, de ce fait, un même niveau de qualité de prise en charge à tous les habitants de la région.

De nouvelles pratiques professionnelles issues de consensus scientifique promouvant l'approche neuro-développementale (Expertise collective relative aux déficiences intellectuelles INSERM-CNSA mars 2016) ainsi que l'intervention éducative et rééducative conduisent à de nouvelles pratiques professionnelles, d'ores et déjà mises en avant dans l'accompagnement de l'autisme et dans la remédiation cognitive.

Ces corpus théoriques traduits dans de nouvelles pratiques professionnelles font socle à une organisation de l'offre sous forme de prestations personnalisables et modulables faisant place à une logique de parcours inclusif et de reconnaissance d'un droit au choix, conformément à la convention européenne des droits des personnes en situation de handicap ratifiée par la France.

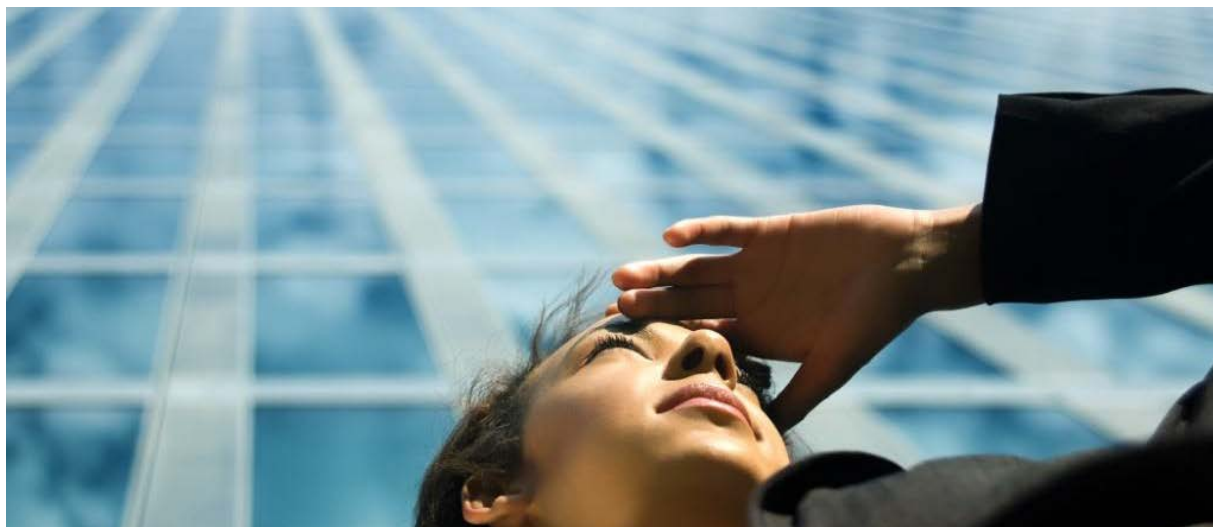
Les travaux coordonnés par l'ARS en matière de référentiels d'activités et de compétences favorables à une logique de parcours publiés en 2016 font la même démonstration.

Le renouvellement des pratiques professionnelles dans les secteurs des personnes âgées et en situation de handicap constitue une formidable opportunité de reconnaissance et de valorisation des métiers du champ médico-social ; indispensables pour légitimer leur nouvelle mission de médiation sur les environnements de droit commun dont dépend la capacité de notre société à s'adapter au vieillissement et au handicap.

Mais la problématique majeure de la région, en termes d'accès aux soins, demeure l'accès à une offre de proximité en médecine générale. Elle concerne prioritairement l'ouest de la région, mais également certaines zones au sud (Drôme et Ardèche), et à l'est (Ain, zones de montagne) sans oublier les quartiers urbains défavorisés des grandes villes.

La dynamique **des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)** et pôles de santé pluri-professionnels ainsi que certains dispositifs innovants pour l'accès à l'urgence ont apporté un début de réponse qu'il faudra poursuivre et amplifier.

L'action des hôpitaux de proximité est également à souligner. Certains proposent aujourd'hui une offre de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap en lien avec les médecins libéraux.



COMPRENDRE LES ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES ACTUELS : LES ÉVOLUTIONS DEPUIS LE PREMIER PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

La santé comme élément d'attractivité d'un territoire

La réponse aux besoins de santé peut être un marqueur des difficultés d'un territoire. Plusieurs exemples ont été cités ci-dessus pour lesquels on peut faire le constat que la santé n'est pas, pour eux, le seul problème.

Mais on peut aussi retourner le propos et considérer que répondre aux besoins de santé, notamment en imaginant des dispositifs nouveaux – dont les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) font partie –, peut être un élément d'attractivité pour relancer certains territoires.

On peut citer à ce propos le lancement récent des « contrats de ruralité », destinés à pallier la perte

d'attractivité de certains territoires ruraux, pour lesquels le volet santé est un secteur clef de redynamisation. Des dispositifs comparables existent pour les quartiers urbains sensibles dans le cadre de la politique de la ville.

La territorialisation de la politique de santé, impulsée par les deux lois récentes, conduira sans doute à une intégration plus forte de la santé dans l'aménagement du territoire, ce qui ne se résume pas à la question du devenir de l'hôpital, celui-ci étant souvent, dans ces zones, relativement éloigné ou déjà principalement attelé à la prise en charge des personnes âgées.

Des enjeux démographiques importants

En 2015, 1,9 million d'habitants de la région étaient âgés de 60 ans et plus, soit près d'un quart de la population (24 %). C'est la proportion la plus faible après l'Île-de-France et les Hauts-de-France. Mais c'est l'accélération du phénomène qui est le plus préoccupant. En 20 ans, de 1975 à 1995 cette part est passée de 18 à 20 %, mais de 1995 à 2015 elle est passée de 20 à 24 %.

En termes de réponses à apporter, pour contenir la perte d'autonomie liée à ce vieillissement, il est clair que la prévention apparaît très prioritaire et la loi d'adaptation de la société au vieillissement a identifié les conseils départementaux comme pivots de cette action autour de la conférence des financeurs.

« En 2020, on estime que 187 000 personnes âgées seront dépendantes »

Il reste, que, malgré cela, la part de personnes dépendantes va augmenter. En 2015, la région Auvergne-Rhône-Alpes comptait 172 000 personnes âgées potentiellement dépendantes (groupes iso-ressources 1 à 4). Selon une étude menée par l'INSEE en juillet 2016, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 187 000 en 2020, puis 215 000 en 2030, soit + 25 % entre 2015 et 2030. Il s'agit d'une hypothèse médiane entre deux scénarios plus extrêmes.

Cet accroissement ne sera pas linéaire sur la période. Jusqu'en 2020 la progression sera soutenue (+ 1,7 % par an) ; entre 2020 et 2027 elle connaîtra un ralentis-

sement relatif (+ 1,3 % par an) ; et après 2027 interviendra une nouvelle accélération (+ 2 % par an).

Cependant, le pic démographique de 2020 concerne les 60-74 ans et celui de 2030 porte sur les plus de 75 ans.

Dans ce contexte, l'enjeu de prévention de la perte d'autonomie devient central, tant du point de vue du critère démographique que de celui de la dépendance elle-même, s'agissant des personnes relevant des groupes iso-ressources (GIR) 3 et 4, capables majoritairement de vivre à domicile.

En termes de réponses, tout reposera sur la capacité des institutions et collectivités à construire des stratégies adaptées de prévention et à offrir des alternatives à la prise en charge classique en établissement requérant une structuration d'une offre ambulatoire renforcée, tant libérale que médico-sociale, appuyée par des plateaux techniques hospitaliers gériatriques de proximité.

« 3 000 personnes nouvellement dépendantes chaque année »

Des séjours hospitaliers plus courts, des maladies plus longues

Ce paradoxe résulte directement des progrès de la médecine. Ces progrès permettent aujourd'hui de traiter les phases aiguës de la maladie dans des délais très courts. Le taux de chirurgie ambulatoire progresse rapidement chaque année et la marge de progression est encore importante par rapport à ce qui se pratique dans d'autres pays.

Dans le même temps, ces progrès permettent de maintenir en vie, avec un bon niveau d'autonomie, un nombre plus important de personnes qu'auparavant.

C'est toute la problématique du lien ville-hôpital et du parcours de santé qui est posée là.

L'épisode hospitalier est de plus en plus court et intense, mais n'apporte que peu de réponse en amont : la prévention, et en aval : le retour à domicile avec accompagnement par les structures d'appui et une meilleure autonomie des personnes face à leurs pathologies.

En 2015, 55 % des personnes dépendantes vivent à domicile et 45 % en établissements. La réussite de la politique de soutien à domicile se traduira par l'augmentation de la part des « vivants à domicile ».

Apporter des réponses aux 3 000 personnes nouvellement dépendantes chaque année – sans augmenter les places en établissements – suppose de faire progresser ce taux de + 2 % par an, ce qui conduirait, en 2030, à avoir 65 % des personnes dépendantes vivant à domicile, au lieu de 55 % aujourd'hui.

Cet objectif serait conforme aux situations des pays européens voisins ; en effet la France se caractérise par un taux de placement en établissement élevé : 43,5 % de personnes âgées dépendantes sont prises en charge en établissement, contre seulement 30 % en Allemagne (rapport IGAS-IGF 2013).

Ce problème est d'ores et déjà présent, mais va s'amplifier encore avec la pression de la tarification à l'activité (T2A) et l'attente des usagers à revenir le plus tôt possible à une vie normale.

Cette évolution est d'autant plus avérée que l'hôpital devra répondre, notamment, aux besoins en soins d'une population de plus en plus âgée.

Les réponses nouvelles à apporter se situent du côté d'une organisation territoriale des parcours, avec une médecine de proximité mieux structurée en « équipes de soins primaires » et en « communautés professionnelles territoriales de santé » et des structures d'appui dédiées pour les parcours complexes associant néanmoins systématiquement les médecins traitants. Elle suppose des moyens d'échange dématérialisés et sécurisés entre l'ensemble des acteurs, dont prioritairement l'utilisateur.

Une sensibilité grandissante en matière de sécurité et de vigilance sanitaire

Les exigences des citoyens et le contexte ambiant concourent à une sensibilité plus grande sur les questions de sécurité sanitaire, et l'attente à l'égard des agences est déjà aujourd'hui plus forte et va s'amplifier.

Plusieurs domaines sont concernés :

- le risque « attentats », qui nécessite une très grande réactivité du système de santé, y compris en lien avec les forces armées et le Service de santé des armées ;

- les événements « naturels » dont l'ampleur est augmentée par le réchauffement climatique ;
- les accidents industriels et sanitaires (les centres dentaires *Dentexia* par exemple) ;
- la qualité environnementale (eau, air notamment),
- les maladies infectieuses, dont certaines qui sont émergentes, et le maintien de certaines pathologies anciennes (tuberculose) ;
- le développement des résistances aux traitements ;
- la sécurité des soins.

Proximité et spécialisation

L'aspiration à une égalité de prise en charge, quel que soit le lieu d'habitation, apparaît tout à fait légitime.

Le système de santé est aujourd'hui confronté à une tension forte entre :

- la nécessité d'assurer une porte d'entrée facile dans le système en tous points du territoire, via la médecine générale,
- la mise en œuvre accélérée des progrès techniques et médicaux permettant de révolutionner les modes de prises en charges (cf. plan génomique 2025).

Cette tension peut concerner l'affectation des ressources financières (choix entre prévention et molécules onéreuses, par exemple), mais aussi les choix des professionnels de santé eux-mêmes (choix entre la médecine générale et les spécialités).

L'Agence se doit de veiller à la prise en compte de cette double nécessité afin que la possibilité de bénéficier de soins de haute technicité pour certains ne se fasse pas au détriment de l'accès à des soins de base pour d'autres.

L'effet « grande région » sur la question des inégalités

On l'a vu précédemment, dans la présentation de la région, les contrastes infra-territoriaux, déjà marqués dans le premier projet régional de santé, s'accroissent à l'échelle de la grande région.

En caricaturant et simplifiant, on pourrait parler d'une différenciation est/ouest.

Il convient cependant d'être prudent dans la lecture et l'analyse des indicateurs qui ne rendent pas toujours compte des situations infra-territoriales.

Ainsi, les grandes métropoles peuvent-elles connaître, malgré des moyens conséquents, des pro-

blèmes de santé majeurs dans certains quartiers et des écarts en termes d'équipement s'accroissant compte tenu de la pression démographique.

L'approche territoriale et locale a donc tout son sens pour la prise en compte des besoins dans toutes leurs composantes, de tous les territoires et de toutes les populations, quel que soit le lieu d'habitation.

La socialisation de la dépense est un facteur d'équité qui exige une rigueur financière

Le PRS ne peut prétendre à une parfaite exhaustivité dans les objectifs et les réponses aux problématiques de santé mais il se doit de les prioriser.

« En 2015, le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale est de 5,8 milliards d'euros. »

Depuis 20 ans la part de la consommation de soins couverte pour le régime général est restée stable autour de 77 %. Le reste à charge des usagers est passé de 9,8 % en 1995 à 8,5 % en 2014, grâce à l'augmentation de la part des complémentaires de 12,1 % à 13,5 %.

La socialisation de la dépense a donc été maintenue, mais au prix d'un endettement du système. De 1998 à 2015 la branche maladie a été constamment en déficit, atteignant un pic en 2004 et 2010 de - 11,6 milliards d'euros.

En 2015, ce déficit a été ramené à - 5,8 milliards d'euros, grâce à un effort de limitation des dépenses. La progression annuelle des dépenses avait atteint + 7,1 % en 2002 et est retombée à + 2 % en 2015.

La part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB), de l'ordre de 11 % n'a sans doute

pas atteint son sommet (17 % aux Etats-Unis), mais le maintien d'un système solidaire suppose que la progression des dépenses suive celle des recettes, et donc celle de l'évolution de la richesse nationale.

L'Agence, en mettant l'accent sur la nécessité absolue de maintenir notre système solidaire, souhaite donc inscrire le PRS dans ce cadre contraint, mais qui demeure en croissance et pourrait augmenter son efficience par une approche décloisonnée entre champs hospitalier et ambulatoire et entre champs sanitaire, médico-social et prévention.



SE PROJETER À 10 ANS

Les besoins évoluent

Nous avons abordé précédemment la prospective en matière d'évolution des publics touchés par la dépendance en raison de l'âge. En parallèle, les pathologies chroniques se développent largement sous l'effet des progrès de la médecine.

L'Observatoire régional de la santé (ORS) a publié une étude en décembre 2016 sur « la projection des maladies chroniques en Auvergne-Rhône-Alpes » qui permet, au travers de l'observation des personnes

en Affection longue durée (ALD) depuis quinze ans, de se faire une idée de l'importance du problème à venir.

La répartition du total de ces ALD par pathologies souligne, dans les nouvelles admissions, l'importance des maladies cardio-vasculaires (~30 %) et des cancers (~23 %), et à un degré moindre pour l'instant du diabète (~16 %).

PATHOLOGIES	NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD EN 2014
Maladies cardio-vasculaires	52 760
Cancers	40 320
Diabète	28 560
Maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer, SEP)	16 780
Maladies rhumatologiques	7 170
Maladies respiratoires	5 020
Maladies digestives	3 895
Maladies infectieuses (VIH, tuberculose, hépatites)	1 990

Les projections sur la période 2015/2025 sont les suivantes :

En termes de morbidité

(nouvelles admissions en ALD)

- **Pour le cancer**, les projections sont contrastées à l'horizon 2025. On observe une quasi stabilité chez les hommes et une hausse chez les femmes. L'analyse nécessite une approche par type de cancer sur la période 2015/2025.

- *Poumon : l'évolution serait en légère hausse chez les hommes (+ 9 % sur la période) et en forte hausse chez les femmes (+ 72 %).*
- *Sein : l'augmentation devrait être lente (+ 7 %).*
- *Prostate : la diminution amorcée se poursuivrait (- 48 %).*
- *Colon / rectum : baisse pour les hommes (- 9 %) et pour les femmes (- 4 %).*

- **Pour les maladies cardio-vasculaires**

Mêmes évolutions contrastées qui nécessitent une approche plus fine :

- *Cardiopathies ischémiques : augmentation de +47 % pour les hommes et +193 % pour les femmes, mais une stabilisation peut être espérée si les tendances très récentes (moins de deux ans) se confirment.*
- *Maladies vasculaires cérébrales : une forte augmentation est prévisible pour les deux sexes avec +110 % chez les hommes et +148 % chez les femmes.*
- *Insuffisance cardiaque : progression également (+60 % pour les hommes et +92 % pour les femmes) mais avec le même espoir de stabilisation au vu des dernières évolutions.*

• Pour le diabète

La hausse est de 20 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes entre 2015 et 2025, mais elle pourrait être moindre si l'évolution du diabète continuait à suivre l'évolution de l'obésité dans la population. La progression de l'obésité a en effet beaucoup ralenti entre 2009 et 2012 selon l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (OBEPI).

• Pour les troubles psychiatriques

La part des troubles psychiques est en constante progression. La part des ALD augmente tandis que selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 1 Français sur 5, en 2020, sera touché par des troubles psychiques sévères et persistants relevant, depuis 2005, du handicap.

En termes de mortalité

Au global, la situation de la région au regard de la France est plutôt favorable avec des taux d'admissions en ALD proches de la moyenne, mais des taux standardisés de mortalité inférieurs de 5 %.

Ainsi, entre 1980 et 2013, le nombre de décès a augmenté de +4 % du fait de l'accroissement de la population, mais le taux de mortalité a baissé de +47 %.

L'accès aux soins courants

Bien qu'il s'agisse de soins dits « courants », c'est sans doute dans ce domaine que la problématique de la réduction des inégalités, qu'elles soient populationnelles et/ou territoriales, est la plus difficile à résoudre.

« Réduire les inégalités tout en prenant en compte la liberté d'installation des médecins. »

En nombre de décès le cancer est en tête, avec 17 864 décès en 2013, devant les maladies cardio-vasculaires 16 084 décès. Le recul des taux de mortalité entre 1980 et 2013 a été beaucoup plus fort sur les maladies cardio-vasculaires (-66 % chez les hommes et -68 % chez les femmes) que pour les cancers (-32 % chez les hommes et -24 % chez les femmes). La diminution est de même niveau pour la mortalité par diabète (-20 % chez les hommes et -31 % chez les femmes), mais cette pathologie occasionne encore environ 1 300 décès par an.

Enfin, les maladies neurologiques, même si elles occasionnent pour l'instant moins d'admissions en ALD, progressent très vite (+60 % en 10 ans). De plus, le taux de mortalité, au lieu de diminuer comme pour les autres pathologies, a été multiplié par 2,5 entre 1980 et 2013, occasionnant 4 420 décès en 2013.

Ces quelques chiffres montrent que la prévention et le suivi des pathologies chroniques, notamment maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète, et maladies neurologiques demeurent une priorité, des progrès restant à faire notamment pour les trois dernières.

Au-delà des chiffres, cette croissance des pathologies chroniques vient impacter doublement un système de santé et de prise en charge pas suffisamment préparé pour cela.

Les soins hospitaliers notamment, sont de plus en plus spécialisés et se concentrent sur la prise en charge des phases aiguës.

Le patient, de son côté, attend une réponse spécifique à sa situation, laquelle déborde très largement le soin aigu, tant en amont (prévention) qu'en aval (soins de suite et retour à domicile).

Ces questions sont au cœur des liens ville-hôpital, qui sont à renforcer, et de l'organisation territoriale des parcours de santé.

L'organisation du système de santé français est caractérisée par la libre installation des médecins et les ARS ne disposent que de moyens incitatifs pour tenter de pallier le déficit de ressources médicales dans certains territoires ou pour certaines disciplines.

Ces mesures incitatives reposent sur des leviers principalement financiers (primes à l'installation,

majoration des actes, garanties de revenus, financement des études) alors que le principal frein à l'installation réside dans le mode d'exercice.

C'est ce qui a amené l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes à privilégier, dans son action, la promotion de nouveaux modes d'exercices regroupés, en particulier les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les centres de santé.

La dynamique est forte dans la région avec plus de 100 créations nouvelles de MSP.

En termes de diagnostic des zones fragiles en offre de soins de premier recours, la région Auvergne-Rhône-Alpes est plutôt dans une situation médiane versus France. Au niveau national, coexistent une moitié Nord marquée par cette problématique et une moitié Sud qui est de plus en plus en surdensité au fur et à mesure que l'on descend.

Au sein de la région, on retrouve une similitude dans les territoires en difficulté pour l'accès aux soins courants (sud et ouest) mais une analyse plus fine fait apparaître des « zones blanches » un peu partout, comme par exemple le département de l'Ain, le Roannais ou encore les zones de montagnes alpines.

La fragilité de l'offre de premier recours (5 professions de base) concerne 22 % de la population des départements ex-auvergnats. Elle est plus marquée au nord (Allier) et au sud (Cantal et Haute-Loire). Toutefois, la densité en médecins généralistes est proche de la moyenne nationale. En revanche, certaines professions sont plus en déficit : médecins

spécialistes, opticiens, orthophonistes, podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens.

L'accès aux soins urgents reste aussi plus problématique à l'ouest, avec 7 % de la population à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents, alors qu'à l'est ce taux est tombé à 4 % grâce au développement des médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU), les MCS.

Dans les 4 départements ex-Auvergnats ainsi qu'en Ardèche et Savoie, ces données de l'offre sont à mettre en perspective avec l'espérance de vie, qui est inférieure à la moyenne nationale, alors que l'espérance de vie moyenne de la région est, elle, nettement supérieure à la moyenne nationale.

« Promouvoir l'exercice de groupe pour l'exercice des médecins. »

Le fil conducteur à suivre pour améliorer l'accès aux soins reste la promotion d'un « exercice de groupe », au sein d'une structure située dans une ville de taille suffisante pour conserver une attractivité auprès de l'entourage proche du médecin (enfants et conjoint).

On devrait pouvoir s'orienter aussi, à terme, vers une atténuation des frontières entre médecins hospitaliers et médecins ambulatoires, pour aller de plus en plus vers une notion de « médecin de territoire », pouvant exercer alternativement et/ou simultanément dans les deux champs.

Cela suppose des réformes dont l'Agence n'a pas la maîtrise mais qu'elle peut expérimenter et promouvoir.

Une aspiration forte à la sécurité en santé

La question de la sécurité en santé n'est évidemment pas nouvelle. Les deux précédents PRS comportent des priorités dans les différents champs concernés :

- l'environnement (air, eau, bruit),
- les infections associées aux soins (champ sanitaire et médico-social),
- la veille et la gestion des alertes et réponses aux situations exceptionnelles.

Ce qui apparaît plus nouveau, est l'aspiration de la population à davantage de sécurité dans ces différents champs, en miroir ou en réassurance, avec un monde de plus en plus marqué, sous forme de « bain médiatique », par la crainte de la survenue d'événements indésirables soit inopinés (attentats),

soit au contraire résultant de phénomènes structurels (activités polluantes et propagation des infections dans les établissements).

« Une exigence forte des populations à l'égard des institutions dont l'ARS. »

L'exigence, à l'égard des institutions et autorités responsables de ces questions, dont l'ARS dans certains de ces domaines, devient beaucoup plus forte. L'Agence est repérée, à ce titre, comme un des acteurs privilégiés pour tenter de résoudre les difficultés et réassurer les usagers.

L'affaire récente de Dentexia (fournitures de prestations dentaires à bas prix) a parfaitement illustré cette situation nouvelle, les « personnes victimes » se tournant spontanément et naturellement vers

l'Agence pour résoudre leurs difficultés, alors qu'une partie des questions soulevées, comme l'indemnisation par exemple, ne relève pas de sa compétence.

On peut citer aussi les actions contentieuses plus fréquentes, mettant en cause l'Etat, du fait de l'absence de réponse apportée à une situation. C'est le cas en particulier dans le champ de handicap.

La loi de modernisation du système de santé a d'ailleurs accompagné ce mouvement général en

encadrant et en donnant des facilités pour que les usagers puissent conduire « les actions de groupe », lorsqu'ils s'estiment victimes collectivement d'une négligence de la part du système de santé.

Ce projet régional de santé doit donc nécessairement prendre en compte cette nouvelle dimension et nous préparer, sans doute avec d'autres acteurs, à mieux répondre à l'aspiration et aux exigences plus fortes des usagers de la santé.

Les révolutions technologiques

Le numérique

La santé est restée, plus longtemps que d'autres secteurs d'activité, à l'écart du numérique. Non pas que les professionnels de santé soient moins aptes à utiliser ces nouvelles technologies, mais plus probablement, parce que ces nouvelles technologies, plus que dans d'autres domaines, viennent percuter et remettre en cause des habitudes de travail et des pratiques professionnelles bien ancrées.

Celles-ci restent fondées sur le socle du « colloque singulier » entre un patient et son médecin, lequel est entouré du secret médical.

« La constitution des réseaux a marqué l'avènement d'une médecine collégiale et pluridisciplinaire. »

Ce n'est pas un hasard si les premiers acteurs de santé ayant imaginé que le numérique pourrait apporter un plus à leur pratique professionnelle ont été les réseaux de santé.

La constitution des réseaux a marqué l'avènement d'une médecine collégiale et pluridisciplinaire pour laquelle la dématérialisation des données médicales, et leur circulation rapide entre professionnels, a représenté un atout essentiel pour le développement de leurs pratiques (réseaux de cancérologie en Rhône-Alpes, réseaux de périnatalité en Auvergne).

Un autre frein au développement du numérique en santé a sans doute été la mise en place des systèmes de protection de la confidentialité des données tellement contraignants, que les professionnels ont fait usage du numérique, mais de manière non sécurisée et non traçable.

« La jeune génération aspire à travailler en équipe et n'ont aucune difficulté à appréhender les nouvelles technologies. »

Ces constats sont d'une certaine manière rassurants, car sur le point d'être levés avec l'avènement des nouvelles générations de professionnels et des progrès technologiques.

Les outils de sécurisation sont aujourd'hui plus adaptés à la pratique professionnelle, et les jeunes générations aspirent à travailler en équipe, et n'ont aucun souci pour appréhender les nouvelles technologies.

« Une plateforme qui dispose de 15 millions de documents. »

Dès le début des années 2000, Rhône-Alpes a mis en place un système d'identification du patient. La plate-forme ainsi créée dispose de 15 millions de documents, concernant deux-tiers des rhônalpins, et plus de 160 000 connexions mensuelles sont comptabilisées sur cette plate-forme, soit autant que le reste de la France entière.

Les connexions se font aujourd'hui principalement entre professionnels de santé, mais elles sont appelées à s'étendre à d'autres catégories de professionnels concourant à la prise en charge de personnes en perte d'autonomie et/ou patients chroniques. La loi de modernisation donne aujourd'hui une base légale à cette ouverture, qui est notamment mise en œuvre dans l'outil « MesPatients », développé dans le cadre de l'expérimentation nationale « Territoire de soins numérique » (TSN) pour permettre le suivi des parcours complexes.

Même si l'on est encore loin d'avoir atteint l'objectif de dématérialisation complet des échanges, celui-ci est désormais largement amorcé.

La question la plus actuelle de l'impact du numérique va concerner, aujourd'hui et demain, le patient lui-même, notamment au travers de la relance du Dossier médical personnel (DMP).

Le patient connecté

D'après une enquête « TNS SOFRES » de 2013, la moitié des français seraient déjà des « internautes santé ». Ceci a un impact positif sur l'équilibre de la relation soignant/soigné, ce dernier ayant la facilité, contrairement au professionnel, de pouvoir concentrer son effort d'information sur sa seule pathologie. Cette dynamique pourrait contribuer à rendre le patient plus autonome vis-à-vis de sa pathologie.

Mais, à l'inverse, le développement des applications en santé pour le patient, avec mise à disposition d'objets connectés pour suivre son état de santé, fait courir le risque d'une perte de maîtrise par le médecin traitant et d'une mauvaise utilisation par le patient.

« Il existe actuellement plus de 750 applications santé francophones, allant du suivi du diabète, à l'éducation thérapeutique, ou encore la surveillance de paramètres de santé. »

Contrairement aux médicaments ou dispositifs médicaux, le service médical rendu par ces applicatifs n'est pas évalué.

Le secteur santé est sans doute moins soumis au risque « d'ubérisation » compte tenu du fait qu'il est fortement régulé et que la dépense est socialisée. Cependant, un glissement est possible, faisant perdre aux professionnels leurs prérogatives en termes de diagnostics et prescriptions. C'est

d'ailleurs ce qui a amené l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins à s'intéresser à ce sujet dans le cadre du projet « Territoire de soins numérique ».

L'autre risque, est plus du côté des patients, avec, via ces sites, le rassemblement de données médicales personnelles dont l'usage peut ensuite être multiple et varié.

De nouveaux services sont proposés en termes de diagnostic, d'expertise médicale, et le cadre contraignant qui encadre encore aujourd'hui les activités de télémedecine et freine son déploiement, joue en faveur du développement de ces sites payants.

« Il est donc essentiel, que la puissance publique et les professionnels ne délaissent pas ce domaine. »

Le frein principal pour les industriels est l'absence d'interopérabilité entre les sources d'information. A l'inverse la puissance publique, l'agence, a la capacité de mettre en œuvre cette interopérabilité en conservant la maîtrise du dispositif. C'est ce qui fonde la valeur du « socle régional » que chaque applicatif souhaitant être labellisé ou soutenu doit respecter.

En parallèle, cela permet à l'utilisateur et aux professionnels d'accéder aux services numériques par une porte d'entrée unique et sécurisée quant à ses usages.

Les innovations technologiques

Le descriptif très synthétique et rapide des principales innovations en cours montre que les problèmes de santé auxquels nous avons à faire face aujourd'hui, trouveront de nouvelles réponses dans les dix ans qui viennent. On pense notamment au cancer pour lequel la mortalité a, pour l'instant, nettement moins reculé que pour les maladies cardio-vasculaires, et potentiellement, à toutes les pathologies chroniques.

L'agence doit donc promouvoir ces innovations, anticiper leur impact sur l'organisation des soins, et veiller surtout à garantir l'accès de tous à ces nouveaux modes de prise en charge.

La télémedecine

Limitée jusqu'ici dans son déploiement dans le cadre du système régulé, la télémedecine apparait comme potentiellement très contributive à la résolution de certaines problématiques :

- rareté des ressources et des compétences dans certains territoires,
- suivi à distance de pathologies chroniques,
- actions de préventions ciblées et personnalisées,
- consultations pluridisciplinaires à distance.

La robotisation

La robotique a fait irruption en chirurgie à la fin des années 90. La France comptait 80 unités en 2013. Dans dix ans, le recours aux robots sera probablement devenu courant, notamment en chirurgie thoracique et abdominale. Les interventions à distance restent rares pour des raisons de coût.

D'autres activités que le seul acte chirurgical, pourront être robotisées comme la logistique des services, la distribution de médicaments et des dossiers aux infirmier(ère)s aux heures voulues.

La génomique

Cette discipline nouvelle fait l'objet d'un tel essor, aux impacts multiples, qu'elle a amené le gouvernement à produire un « Plan France Médecine Génomique 2025 ». Elle consiste à cartographier les génomes et à en étudier le fonctionnement, permettant ainsi de personnaliser les thérapeutiques.

Le séquençage, très coûteux à l'origine, (13 années de recherche et 2,7 milliards \$ pour arriver au premier séquençage en avril 2003) va devenir un examen courant (1 000 \$ en 2014).

Le domaine d'application privilégié concerne aujourd'hui la cancérologie pour les deux-tiers, mais potentiellement toutes les disciplines peuvent en bénéficier à terme. L'objet du plan est de permettre à tous les patients qui en ont besoin de bénéficier du séquençage, à l'horizon 2025. La première étape, en 2020, serait de réaliser 235 000 séquençages.

D'autres innovations

- **Les thérapies cellulaires** qui permettent de reconstituer certains organes en cultivant en laboratoire des cellules prélevées chez le patient. Le nombre d'organes concernés va probablement s'étendre dans les années qui viennent.

- **La nanomédecine** : contrairement aux traitements personnalisés permis par les thérapies géniques, la nanomédecine devrait améliorer l'efficacité des traitements appliqués à l'ensemble de la population. Cela devrait conduire à une efficacité renforcée des médicaments tout en utilisant moins de substances et en réduisant, de ce fait, les effets secondaires.

- **L'immunothérapie** est une avancée importante de ces toutes dernières années. Son principe consiste à renforcer les défenses immunitaires afin qu'elles résistent mieux aux attaques des cellules atteintes. La limite principale au développement de cette technique reste pour l'instant son coût prohibitif, comme l'était le séquençage il y a quinze ans.

- **Une évolution scientifique accélérée en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie** rendant de plus en plus consensuelle et outillée l'approche par les compétences à renforcer, à maintenir ou à compenser issue de la classification internationale du fonctionnement sur laquelle se sont notamment fondés la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et le plan national de prévention de la perte de l'autonomie.

Le parcours de santé en 2028 et la médecine personnalisée

Beaucoup d'acteurs de santé ont désormais l'habitude d'indiquer que la médecine de demain sera celle des 4 P :

- Personnalisée, car elle tient compte du profil génétique d'un individu (cf. ci-dessus séquençage du génome) ;
- Préventive, car elle se concentre sur le mieux-être et non la maladie ;
- Prédictive, car elle tente d'identifier les prédispositions génétiques pour adapter le traitement et la prise en charge ;
- Participative, car elle s'appuie sur l'implication et la responsabilisation de la personne.

Ce concept a été défini par Leroy Hood de « L'Institute for Systems Biology » dans les années 2000.

Le passage d'une médecine orientée sur le curatif à une médecine 4 P va bouleverser le fonctionnement du système de santé, mais c'est, en même temps, ce qui permettra de faire face au défi des pathologies chroniques, sans effondrement du système solidaire.

La médecine 4 P exige de faire évoluer les relations ville/hôpital, la relation médecin-patient, la formation et le mode de rémunération des professionnels de santé, les missions et la structuration de la médecine de premier recours.

L'hôpital deviendrait ainsi progressivement une solution de dernier recours au bénéfice de structures de premier recours bénéficiant de ressources informatiques et d'équipements médicaux.

En parallèle, l'entrée dans le parcours se fera de manière de plus en plus dématérialisée, via internet et une e-consultation permettant d'orienter le patient vers les dispositifs de prise en charge les plus adaptés.

En termes de présence physique, les pharmaciens, au demeurant les plus impliqués aujourd'hui dans le projet Territoires de soins numériques, premiers « opérateurs de santé » de proximité, pourraient jouer un rôle de conseil et d'orientation très complémentaire. Certains domaines ont déjà fait l'objet d'expérimentations avec rémunération des pharmaciens à la clef. La Californie a déjà institué une nou-

velle catégorie de pharmaciens aux compétences cliniques étendues.

Beaucoup de pays ont déjà impulsé ce mouvement en concentrant leurs capacités hospitalières et en affectant plus de ressources au système ambulatoire. Cela s'est traduit par plus d'efficacité du système de santé et une amélioration de l'état de santé

Améliorer notre capacité prospective

Le dispositif réglementaire encadrant ce nouveau PRS nous amène à devoir développer notre capacité prospective.

Ce cadre d'orientation stratégique restera en vigueur jusqu'en 2028. Un nouveau schéma – sauf évolution du cadre réglementaire entre-temps – sera élaboré en 2023, en application des mêmes orientations stratégiques.

Même si, dans les paragraphes précédents, des éléments de prospective ont été introduits, la capacité de l'agence à se projeter dans le système de santé de 2028 reste encore modeste et doit dépasser l'approche trop curative de notre système de santé.

Cette orientation stratégique doit conduire l'agence à s'intéresser à l'innovation et à la recherche du fait de leur contribution possible à l'adaptation du système de santé.

Dans ce domaine et en ex région Rhône-Alpes, une initiative a été prise dès 2013/2014 en mettant en place un dispositif de soutien à l'innovation. Elle a

Une exigence démocratique plus forte

Si l'on estime que demain la porte d'entrée dans le parcours pourrait être majoritairement numérique cela suppose de mettre le citoyen au cœur de la e-santé. C'est le premier objectif de la stratégie nationale e-santé 2020 présentée par la Ministre le 4 juillet 2016.

« Mettre le citoyen au cœur de la e-santé, premier objectif de la stratégie e-santé 2020 »

Pour le citoyen, il y a d'abord l'accès à ses propres données médicales (DMP) y compris sur l'application mobile, et l'accès à des informations scientifiques, médicales et sur l'organisation du système de santé (Service public d'information en santé).

de la population grâce à une meilleure prise en charge des pathologies chroniques.

Il reste très largement à impulser en France, où l'hôpital demeure le plus souvent la solution de recours, faute de dispositifs alternatifs identifiés par les usagers et les médecins traitants.

aussi été retenue pour faire partie des cinq régions impliquées dans « Territoire de soins numérique », projet national destiné à améliorer les prises en charge à une échelle territoriale.

La promotion et l'implication de la recherche dans des champs (médecins de premiers recours) ou des thématiques (prévention, parcours, accompagnement médico-social) moins concernées par les dispositifs traditionnels de la recherche clinique (médicaments et dispositifs médicaux) s'imposent.

Au-delà du soutien pour permettre la faisabilité des projets, il est surtout important que l'agence, avec ses partenaires, puissent évaluer les innovations et, si elles s'avèrent efficaces, accompagner leur transposition et leur généralisation.

Cela suppose un partenariat étroit avec l'Assurance-maladie, car la pérennisation des projets et leur modèle économique, est généralement dépendant du positionnement de l'assurance-maladie à leur égard.

Vient ensuite la télémédecine, notamment pour faciliter l'accès à des soins de qualité, même à distance ou à domicile. Cela suppose comme on l'a vu plus haut, de garantir le « service médical rendu » via un système de labellisation.

Les portails patients, avec accès unique sécurisé sont aussi le moyen, au-delà de la facilitation des démarches administratives (prises de rendez-vous, mise à disposition de documents...), de permettre un dialogue en direct avec les médecins.

« Le numérique au service de l'expression collective des citoyens »

Mais le numérique peut permettre aussi de promouvoir l'expression collective des citoyens. La mise à disposition de plateformes de consultations publiques en ligne peut être le support de cette expression.

Au-delà de l'expression collective, l'utilisateur peut aussi être contributif de la mise en œuvre de la politique de santé au travers, par exemple, de signalements d'événements sanitaires indésirables ou de leur implication dans la co-innovation via les « living-lab ».

Une étude relatée récemment dans la Revue « Droit et Santé » (N° 71 – mai 2016) à propos des attentes des représentants d'utilisateurs relève quatre enseignements remarquables :

1. *« Les représentants d'utilisateurs accordent une grande importance à une analyse globale du système, comprenant le continuum d'offres et d'actions relevant de la sécurité sanitaire, de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers, du médico-social et du social ainsi que l'ensemble des déterminants de santé ».*
2. *« Le système ne propose pas assez d'actions de prévention et d'intégration entre les systèmes ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux... Il ne prend*

pas assez en compte l'ensemble des déterminants de santé ».

3. *« Les représentants d'associations d'utilisateurs peuvent devenir des co-constructeurs du système de santé et d'assurance-maladie... La démocratie sanitaire peut être une force de proposition constructive pour un système de santé solidaire et durable ».*

4. *« Les questions de santé et d'Assurance-maladie ne doivent plus être les parents pauvres des débats politiques, mais doivent devenir une des priorités des débats, particulièrement lors de la présidentielle ».*

On observe, au travers de ces attentes, la pertinence du point de vue des représentants d'associations des utilisateurs.

Depuis la loi « Kouchner » de 2002 des dispositifs de concertation ont été mis en place afin de permettre la représentation des utilisateurs dans de nombreux domaines et dispositifs.

On perçoit aujourd'hui qu'une nouvelle étape est à franchir à la fois pour que cette représentation soit mieux en capacité de peser sur les grandes décisions, et pour qu'elle s'exerce de manière plus directe par les utilisateurs eux-mêmes, dont l'expertise, en tant que patients, est sans concurrence.

Les orientations stratégiques du COS



Six orientations stratégiques, s'inscrivant pleinement dans les quatre domaines de la stratégie nationale de santé 2018-2022, publiée le 20 décembre 2017, sont inscrites au COS d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Il s'agit de

1. Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique.
2. Favoriser l'accès à la santé.
3. Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile.
4. Renforcer la capacité du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles.
5. Renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre professionnels et usagers.
6. Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.

A chacune d'elle sont associés des objectifs stratégiques, qui font l'objet d'une présentation, ci-après, et sont par ailleurs déclinés dans le schéma régional de santé (SRS).

1^{er}

RENFORCER, EN LIEN AVEC LES AUTRES PORTEURS DE POLITIQUES, LA PLACE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ, DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La loi du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur de notre système de santé.

Elle a pour objectif prioritaire de réduire les inégalités en santé qui existent avant même la naissance. Remédier à cette situation ne peut s'inscrire que dans la durée. Pour cela, la mise en place d'un parcours éducatif de santé de la maternelle au lycée, l'accompagnement de chacun pour prendre en charge sa propre santé, l'enjeu de retarder l'apparition de maladies chroniques pour permettre de vieillir en santé, sont autant de défis à relever.

Par ailleurs et dans un même temps, il convient de développer, notamment auprès des professionnels de santé, une culture de la promotion de la santé en complément d'une démarche essentiellement curative.

Cette même démarche devra intégrer peu à peu l'ensemble des politiques publiques visant à promouvoir un environnement porteur de santé pour chaque individu.

Enfin, l'ensemble des outils de diffusion des connaissances, d'appropriation et permettant d'agir soi-même pour sa propre santé, quel que soit son niveau et sa situation vis-à-vis de la maladie, devront être mis au service de la population.

Objectif stratégique 1

« Rendre les jeunes, acteur de leur santé »

Dans la première partie relative aux constats, un zoom a été fait sur la santé des jeunes. Ce bilan montre que certains départements (Allier, Ardèche, Loire), sont particulièrement touchés par une mortalité des jeunes élevée et une prévalence des affections de longue durée, et en particulier des affections psychiatriques.

Les raisons en sont multiples. Elles tiennent à des comportements individuels et familiaux, mais aussi et surtout à des inégalités majeures territoriales, sociales, de revenus financiers, de niveau culturel,

de prise en compte de la question de la santé, et enfin de l'accès à une offre en santé adaptée.

L'accompagnement des familles dans cette démarche de responsabilisation doit donc être ajusté à chaque situation pour avoir une chance d'être efficace.

L'aspect parcours éducatif en santé est au cœur de ce cheminement de chaque enfant, pour acquérir les compétences psycho sociales le rendant maître de sa santé en faisant les choix éclairés et cela durant toute sa vie, dans son propre environnement.

Objectif stratégique 2

« Améliorer les déterminants sociaux de la santé »

On peut observer une forme de paradoxe entre l'ambition de faire de la prévention le cœur du système de santé et la part qu'elle occupe dans l'ensemble des dépenses de santé.

Mais l'ambition de « mettre la prévention au cœur du système » ne réussira pas, via un seul accroissement des crédits. Il convient de mettre en place des actions portant non seulement sur les comportements mais également et surtout sur l'ensemble des déterminants en santé au premier rang desquels sont les déterminants sociaux, sources d'inégalités sociales en santé majeures.

L'action de l'Agence sur ce point sera d'autant plus efficace qu'elle sera accompagnée d'une mise en commun et d'une synergie des actions basées sur un diagnostic partagé. Ce diagnostic doit être un véritable élément dynamique montrant les évolutions et un outil de pilotage à l'échelle des territoires.

Face à ces constats, nombreux peuvent être les moyens pour permettre de porter des actions adaptées à la situation. Ces outils sont ceux des acteurs en santé (équipements) bien évidemment mais aussi et surtout ceux de tous les intervenants dans les politiques publiques et au premier rang d'entre eux les décideurs locaux intervenant dans l'aménage-

ment du territoire au sens le plus global du terme (aménagement urbain, politique de la ruralité, politique de l'éducation, de l'emploi, sociale...). La recherche universitaire apportera son soutien dans le cadre de recherche interventionnelle et d'actions probantes sur les territoires dans chacun de ces domaines d'action.

Objectif stratégique 3

« Promouvoir un environnement favorable à la santé »

La 9^e conférence mondiale sur la promotion de la santé (Shanghai – Novembre 2016) a donné lieu à une déclaration sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à échéance 2030.

Elle retient notamment « *qu'il faut agir de manière résolue sur tous les déterminants de la santé, permettre aux individus de prendre en main leur santé. La santé des peuples ne peut être dissociée de la santé de la planète* ».

L'absence d'effets néfastes pour la santé de l'environnement naturel, de l'environnement bâti et des milieux de vie est un enjeu majeur. La priorité porte-

Ce partage des diagnostics doit conduire à une prise de conscience et une évolution dans la politique locale en santé, passant d'abord par une sensibilisation voire une formation adaptée de tous les acteurs.

Le suivi de ces diagnostics et l'évolution des indicateurs devront être mis en place et tenus à disposition des conseils territoriaux de santé.

ra sur les zones où les cumuls d'expositions sont le plus préoccupant.

Au-delà, il faut convaincre et accompagner les acteurs à faire le choix d'environnement permettant de préserver leur santé. Les décisions politiques doivent mieux prendre en compte la qualité de vie et la santé des citoyens. Tous les relais d'opinion doivent ainsi être repérés, sensibilisés et pouvoir capitaliser les démarches positives en santé pour qu'elles soient portées au plus haut niveau des décideurs. Le développement de la démocratie sanitaire pourra ainsi contribuer à orienter sur le terrain les actions mises en œuvre dans un sens positif.

Objectif stratégique 4

« Renforcer la prévention dans le champ de l'offre sanitaire et médico-sociale »

Les parcours de santé s'inscrivent dans les territoires sur lesquels une offre en matière de prévention de qualité et accessible doit être proposée. L'enjeu sera de créer cette offre de prévention en lien avec les autres acteurs (établissements et professionnels de santé) et en mobilisant les associations afin de créer des réseaux d'intervenants susceptibles de répondre aux besoins de l'ensemble des territoires.

L'effort devra porter également sur la formation en matière de prévention des acteurs de première ligne en contact avec les populations cibles : personnels médicaux, sociaux et médico-sociaux tout particulièrement.

De par son entrée populationnelle, le schéma régional de santé va structurer les parcours pour chaque grande catégorie de population. Chaque parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des personnes, au plus près de chez

elles. Ces parcours de santé articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et social, et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le soutien et le retour à domicile.

La prévention joue un rôle majeur dans ce cadre, car renforcer la prévention à tous les âges de la vie en l'intégrant dans les parcours de santé ralentira l'apparition et l'impact des maladies chroniques, favorisera un vieillissement en bonne santé et réduira les inégalités sociales en santé.

Les structures elles-mêmes (hospitalières ou médico-sociales) doivent être porteuses en leur sein d'actions de santé publique et de prévention tant pour le personnel, les patients ou résidents et leurs visiteurs. Elles doivent s'engager résolument dans le portage de messages, d'actions exemplaires dans ces domaines, d'éducation en santé au moyen de tous les outils possibles.

2^e

FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ

La région Auvergne-Rhône-Alpes rencontre des difficultés pour maintenir un accès à la médecine de premier recours en proximité. Parallèlement aux dispositifs de soutien développés dans le cadre du « Pacte Territoire Santé », l'avenir se situe probablement dans le développement des modes d'exercices renouvelés dont les maisons de santé pluri-professionnelles et les pôles de santé constituent un premier socle.

Le premier recours, grâce à ces nouveaux modes d'exercice, doit pouvoir mieux s'organiser, en lien avec l'hôpital, pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (âgées et/ou en situation de handicap) ou en situation de précarité. Pour ces derniers, le droit commun est à rechercher en priorité.

Enfin l'Agence doit garantir à l'ensemble de la population du territoire un accès identique aux techniques de pointes.

Objectif stratégique 1

« Assurer l'accès au premier recours »

Le virage ambulatoire est souhaité par la population mais la substitution à la prise en charge hospitalière ne doit pas faire baisser la qualité de la prise en charge. Le domicile, on le sait, n'est pas toujours synonyme de qualité de vie et de prise en charge, d'autant plus que cela ne dépend pas seulement du domaine de la santé.

Le virage ambulatoire nécessite donc une réflexion plus large, et une implication des autres secteurs d'action publique (logement, transports, éducation...).

La problématique des aidants est aussi essentielle. Dans le champ de la santé, il s'agit principalement de

renforcer le premier recours, à un moment où le maintien de l'existant est parfois déjà difficile à tenir.

La mise en œuvre du Pacte Territoire Santé a cependant déjà produit des effets positifs qu'il s'agisse d'attirer les jeunes professionnels vers la médecine générale (contrat d'engagement de service public et praticiens territoriaux de médecine générale), de proposer de nouvelles modalités d'exercice (MSP) ou encore d'organiser la prise en charge des urgences en réduisant les temps d'accès (médecin correspondant SAMU).

Cet effort sera poursuivi et amplifié pour pouvoir appuyer le virage ambulatoire.

Objectif stratégique 2

« Assurer l'accès à l'urgence dans les délais requis »

L'accès à l'urgence est dépendant de l'existence de sites d'urgence et de moyens mobiles de secours pour y accéder (Service mobile d'urgence et de réanimation – SMUR).

La région est très vaste, très montagneuse, et dispose déjà d'un grand nombre de sites d'urgence et de SMUR, dont l'existence ne se justifie qu'à partir d'une activité minimale. La région a donc dû faire preuve d'imagination pour que malgré ces contraintes, la plupart des habitants soient situés à moins de 30 minutes d'un premier accueil d'urgence.

Cela s'est traduit par la création d'un nouveau dispositif de Médecins correspondants du SAMU (MCS), qui s'est développé d'abord dans l'arc alpin, très soumis aux variations saisonnières de population, et

qui se voit étendu aujourd'hui progressivement à l'ensemble de la région. Ce dispositif a déjà permis de réduire notablement la part de la population restant à plus de 30 mn d'un point d'accueil d'urgences.

Fondé sur la montée en compétence à la médecine d'urgence de généralistes, il est beaucoup plus diffus que les sites d'établissements, et permet ainsi d'offrir une réponse de qualité et de proximité.

L'accès facilité pour des soins non programmés, y compris en journée, est aussi un objectif complémentaire pour améliorer globalement la prise en charge en urgence. L'organisation plus collégiale de la médecine de premier recours permet d'envisager de nouvelles possibilités de réponse aux demandes de soins non programmés.

Objectif stratégique 3

« Assurer l'accès à la santé pour les personnes les plus démunies et les personnes en situation de handicap »

L'accès à la santé pour les personnes les plus démunies ne peut être résolu, de manière structurelle, que par une prise en compte de ces populations dans les démarches de prévention. Cela réclame des modalités de mise en œuvre et des messages spécifiques. Dans l'attente d'une résolution au fond du problème, il convient de veiller tout particulièrement à l'accès aux dispositifs d'offre, sanitaire et médico-social, pour ces personnes.

Ce sont les plus touchées par le « refus de soins » de certains professionnels ou le non recours aux soins, à leur propre initiative.

La ligne directrice, consiste, au maximum, à faire entrer ces populations dans le dispositif de droit commun, la couverture maladie universelle et le dispositif de CMU-C permettant, théoriquement au moins, de couvrir l'essentiel des situations.

Pour autant, il s'agit, à chaque fois que la situation le nécessite, d'imaginer, en lien avec les services de

l'Etat (Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale – DRDJSCS), des collectivités territoriales et des associations, des dispositifs adaptés.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans le champ sanitaire constituent, de ce point de vue, un dispositif socle.

L'impact de la précarité dans la production du handicap et du sur-handicap est une dimension à prendre en compte.

De manière parallèle, d'ailleurs, l'accès aux soins des handicapés, que ce soit pour des actions de prévention et de dépistage, ou pour des actions curatives, nécessite des approches et des dispositifs particuliers et adaptés, même si la prise en compte de ces populations dans le cadre du droit commun reste la ligne directrice.

Objectif stratégique 4

« Permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux technologies de pointe »

La région dispose de quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) et de nombreux hôpitaux généraux et développe de ce fait une dynamique forte en matière d'évolution des techniques de prise en charge. Cependant, le territoire est vaste, et une partie de la population risque de rester éloignée des nouveaux dispositifs de prise en charge, d'autant que ceux-ci évoluent de plus en plus rapidement.

Si l'on observe, par exemple, la progression des dépenses de médicaments coûteux, pris en charge en sus du séjour, on constate des écarts importants d'un territoire à l'autre, les consommations les plus fortes restant généralement dans les territoires les plus proches des CHU.

De manière prospective, l'Agence anticipe des risques d'inégalité d'accès dans deux domaines où la mortalité reste forte : le cancer et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

La qualité du traitement du cancer va de plus en plus dépendre de la capacité du thérapeute à s'appuyer

sur l'analyse génétique (séquençage du génome). L'agence devra donc veiller à assurer l'accès de tous les patients qui en ont besoin à ce type d'analyse.

Pour les AVC, les chances de survie et de vie sans handicap sont étroitement liées au délai d'intervention, une fois le diagnostic posé. Le maillage du territoire en unités neuro vasculaires, avec l'appui de la télémédecine développée dans les services d'urgence ne possédant pas d'unité neuro-vasculaire (UNV), améliore le temps de réponse.

L'accès à la thrombectomie, technologie officiellement reconnue comme efficace depuis 2015, répond à la même préoccupation d'accès rapide et de qualité. Pour cette technologie, le déploiement de l'offre dépendra néanmoins de la formation d'un nombre suffisant de médecins spécialistes. L'agence veillera à ce que ce maillage permette à tout citoyen de la région d'être pris en charge dans les délais exigés par les recommandations de pratique clinique (sociétés savantes, Haute autorité de santé – HAS).

3^e

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ PAR UNE ORGANISATION EN PARCOURS REPOSANT PRIORITAIREMENT SUR L'AMBULATOIRE ET PAR LE SOUTIEN À DOMICILE

La loi de modernisation du système de santé a mis en avant la notion de parcours. Cette notion n'est pas totalement nouvelle. Elle puise sa source dans les réseaux de santé qui, les premiers, ont estimé que c'était au système de santé de s'organiser autour du patient pour lui apporter une réponse globale.

La notion de parcours est plus générique, car les réseaux, pour la plupart, concernaient une pathologie donnée. Le parcours dont il est question aujourd'hui est un parcours de santé qui intègre les dimensions de la prévention, du sanitaire et du médico-social.

L'autre apport de la loi est de faire du « médecin traitant » le pivot de la coordination du parcours, ce qui suppose que la médecine de premier recours s'organise de manière plus collégiale (équipe de soins primaires) et plus territoriale (communauté professionnelle de territoire).

Pour les parcours les plus complexes le médecin traitant pourra s'appuyer, s'il en a besoin, sur des « plates-formes territoriales d'appui » rendant plus lisibles et accessibles, aux médecins, les dispositifs d'appui existants dans le territoire (réseaux de santé et MAIA notamment).

Le projet « Territoire de soins numérique » a permis d'expérimenter ce type de dispositif et de le roder pour pouvoir le transposer à d'autres territoires. Il s'appuie sur un outil numérique (MesPatients) installé sur le poste de travail des médecins généralistes, leur permettant de faire rapidement circuler les informations médicales entre les acteurs de la prise en charge, y compris du champ médico-social et social.

Ces dispositifs devraient permettre d'accompagner le « virage ambulatoire » en proposant des alternatives de qualité au domicile, plutôt que l'hospitalisation. En effet, le virage ambulatoire, est un objectif plus large que la transformation de la chirurgie classique en chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'un repositionnement plus global des établissements de santé au sein de l'organisation de la santé, qui vise à ce que l'hôpital se concentre sur la production de soins aigus, sur la base de son plateau technique, et laisse d'autres acteurs prendre en

charge l'amont et l'aval de cet épisode de soins aigus.

Cela nécessite des liens plus étroits, dans chaque territoire, entre l'hôpital, le médecin de premier recours et les structures d'appui. L'aspiration des jeunes médecins à travailler en équipe, au sein de structures regroupant diverses compétences, constitue, de ce point de vue-là, un atout pour nouer des liens continus avec les établissements de santé.

En parallèle, le regroupement des établissements hospitaliers publics au sein de « groupements hospitaliers de territoires », intégrant le sanitaire et le médico-social est aussi un facteur de décloisonnement à une échelle territoriale. Cette nouvelle organisation, décloisonnée et territoriale, est indispensable si l'on veut pouvoir faire face, dans le cadre contraint qui s'impose, à l'augmentation des besoins des personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge, d'une situation de handicap ou d'une maladie chronique. Elle doit prendre en compte la dimension de la prévention tertiaire du vieillissement en lien étroit avec les conseils départementaux, dont c'est la mission première en tant que pilote des conférences des financeurs, associant, outre l'agence, les caisses de retraite.

L'objectif est de prévenir la dépendance afin de retarder, voire d'éviter, le recours aux prises en charge lourdes en établissements spécialisés, plus coûteuses et ne répondant pas aux aspirations de la population. Ceci suppose d'être en appui des aidants à domicile. L'objectif est le même dans le champ du handicap où l'évolution de l'offre et le développement d'alternatives s'imposent. (Cf. Rapport Piveteau et la « Stratégie nationale d'une réponse accompagnée pour tous »). En application de l'article 89 de la loi de janvier 2016, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées auront désormais à élaborer des plans d'accompagnement global.

Le développement de ces alternatives aux prises en charge classiques doit s'appuyer sur les institutions existantes. L'exemple de l'évolution des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (article 91 de la loi) illustre cette tendance.

La reconnaissance des aidants, leur inclusion et une politique de développement de l'offre de répit sont indispensables. C'est la condition pour répondre à l'attente sociale de l'inclusion en milieu ordinaire.

Par ailleurs, la politique d'accès aux soins sera poursuivie en s'appuyant sur la charte *Romain Jacob* et en intégrant le soin psychique ambulatoire et mobile

soutenu par la nécessaire adaptation de l'offre en santé mentale.

S'agissant de l'habitat et de l'emploi, il conviendra de faire évoluer la réponse type : emploi en milieu protégé, foyer d'hébergement et services d'accompagnement à la vie sociale pour développer des alternatives qui s'appuient sur l'autonomie de la personne et correspondent mieux à ses attentes.

Objectif stratégique 1

« Objectiver les ruptures dans les parcours au niveau territorial afin de les prévenir »

L'exigence rappelée ci-dessus à l'égard de l'Agence et des acteurs de santé concernant l'organisation des parcours, nécessite d'avoir une vision plus claire de comment les parcours fonctionnent aujourd'hui dans les territoires.

Les bases de données dont nous disposons aujourd'hui, que ce soit dans le champ hospitalier (PMSI) ou ambulatoire (SNIIRAM) sont difficilement exploitables pour permettre de poser un diagnostic sur les ruptures dans les parcours. Cela ne peut être appréhendé correctement qu'en proximité à une échelle territoriale fine.

Les diagnostics territoriaux ont été partagés avec les conseils territoriaux de santé préalablement à l'écriture du schéma régional de santé.

Cependant, les conseils territoriaux de santé auront des difficultés à rendre compte, dans l'immédiat, de l'organisation des parcours de santé dans leurs territoires, faute de bases de données sur le sujet. Cette observation sera à développer, sur la durée du premier schéma, en lien avec les acteurs de santé en proximité.

Objectif stratégique 2

« Soutenir les professionnels libéraux dans la prise en charge des parcours complexes »

Les dispositifs de coordination et d'appui aux parcours complexes sont nombreux aujourd'hui. Tous les territoires de la région seront prochainement maillés avec la présence d'au moins un réseau polyvalent et une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer – MAIA). Pour autant ces dispositifs fonctionnent de manière trop cloisonnée et ne sont pas toujours lisibles pour les professionnels de santé.

Au terme de la loi de modernisation du système de santé 2016, l'objectif des plateformes territoriales d'appui (PTA) n'est pas de créer un dispositif de plus

mais d'apporter de la lisibilité et de la cohérence dans ce qui existe, afin de le rendre facilement accessible aux professionnels libéraux.

L'enjeu, pour les prochaines années, est de faciliter la convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale des parcours de santé. Il convient d'observer aussi que la complexité provient dans la moitié des situations de problématiques de souffrance psychique.

La coordination des acteurs autour des situations complexes doit donc fortement impliquer les professionnels de la santé mentale de façon à améliorer globalement la sensibilisation et la formation des professionnels pour faire face à ce type de situation.

Objectif stratégique 3

« Clarifier la porte d'entrée des parcours pour les usagers »

Même si les PTA ont clairement vocation à être en appui des professionnels, il est évident qu'un soutien doit également être apporté à l'usager. C'est une des briques spécifiques du « Service Public d'Information en Santé » à construire.

Le projet TSN a permis, dans la région, de tester un dispositif imaginé et créé par les usagers pour les usagers. Il s'agit du projet « TANDEM » qui met à disposition des usagers les plus fragilisés un « référent parcours de santé » qui va les soutenir et les accompagner, à la fois pour exprimer leurs besoins et leurs attentes à l'égard des professionnels de

santé et s'assurer ensuite que la réponse apportée est bien adaptée.

Ce projet s'appuie sur la notion de « patient acteur », sinon expert, de son parcours.

C'est une solution dont le modèle économique reste à trouver. En parallèle, un ensemble de dispositifs doivent être mis en place, en s'appuyant sur le portail patient « myHop », pour mieux informer l'usager et l'orienter dans le système afin qu'il trouve la bonne porte d'entrée, celle-ci restant, en première intention celle du médecin traitant.

Objectif stratégique 4

« Développer les bonnes pratiques hospitalières alternatives et adapter les plateaux techniques »

L'objectif est un changement de paradigme : l'hôpital doit être avant tout un plateau technique ; la règle est de le fréquenter en ambulatoire et l'exception d'y être hospitalisé.

Il convient donc de poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation classique à temps plein : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour, chimiothérapie à domicile, télémedecine.

L'utilisation des plateaux techniques est à optimiser, de même que la programmation des hospitalisations et leurs liens avec les structures d'amont et d'aval.

A besoins constants, la structuration de l'ambulatoire devrait jouer à la baisse sur le volume des séjours hospitaliers, notamment pour la part de ceux qui sont réalisés par défaut, en l'absence d'alternatives connues ou proposées.

Il en est de même pour ce qui concerne l'activité d'urgence, ou encore les ré-hospitalisations, consécutives à des retours à domicile effectués dans de mauvaises conditions parce qu'insuffisamment préparés en lien avec les médecins traitants et les structures d'appui.

Objectif stratégique 5

« Accompagner les sorties d'établissement, notamment en psychiatrie, grâce à une prise en charge décroisée et sécurisante »

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation, la mise en œuvre de la tarification à l'activité et les progrès de la médecine ont conduit à une diminution importante des durées moyennes de séjours.

Mais, dans le même temps, on observe un certain nombre de situations de blocage qui peuvent aboutir, pour certains patients, à des durées de séjour très longues pouvant atteindre parfois plusieurs années.

Certes, c'est un motif de perte de ressources pour l'établissement, mais c'est surtout le signe d'un dysfonctionnement du système, de rupture dans le parcours, et de la difficulté des établissements à résoudre le problème.

Des expérimentations récentes et innovantes ont montré qu'en dédiant une ressource et une compétence à ce problème spécifique, on pouvait résoudre la plupart des situations.

En psychiatrie, la problématique est plus complexe car elle touche à l'histoire des institutions et à la culture professionnelle. Une enquête récente commandée par l'Agence a montré qu'il n'y avait pas toujours de corrélation entre le nombre de patients de longue durée en établissement psychiatrique et l'offre alternative dans le médico-social dans le territoire.

La problématique ne relève donc pas seulement de l'existence ou non d'une offre alternative mais, de manière plus complexe, du positionnement des médecins et des pratiques professionnelles à l'égard de ces situations.

Il y a donc des actions à conduire pour faire évoluer ce positionnement, en développant notamment des collaborations entre les professionnels de plusieurs champs : sanitaire, médico-social et social.

Objectif stratégique 6

« Développer des accompagnements au domicile qui intègrent la dimension des soins et du social »

Le PRS 2, de par sa construction du point de vue de l'usager avec une entrée populationnelle, doit être l'occasion d'aller plus loin dans le décroisement entre le sanitaire et le social.

Le schéma transversal doit amener à une coresponsabilité des institutions des deux champs dans l'amélioration de l'accompagnement à domicile.

La région, grâce à l'expérience acquise des filières gériatriques et des bassins de santé intermédiaires, doit pouvoir aujourd'hui être en capacité d'apporter aux usagers une réponse globale associant la dimension des soins et celle de l'accompagnement social.

Ceci suppose un partenariat mené avec les conseils départementaux qui ont la compétence première sur la dimension sociale et une compétence partagée pour le champ médico-social.

Cependant les acteurs du soin, du premier recours à l'hôpital en passant par les services de soins à domicile ou encore les équipes mobiles et l'offre en matière d'hospitalisation à domicile doivent pouvoir intervenir en étayage, du soutien au maintien à domicile des personnes âgées ou avec un handicap lourd avec des problématiques de santé nombreuses. L'accès aux soins est souvent difficile pour elles.

Objectif stratégique 7

« Développer plus encore la politique de soutien aux aidants »

La loi d'adaptation de la société au vieillissement en fait une priorité en instaurant un « droit au répit » permettant aux aidants –souvent eux-mêmes en difficulté– qui accompagnent les personnes atteintes d'une perte d'autonomie de prendre un temps de repos. Durant celui-ci, un financement serait alloué pour l'accueil de la personne aidée dans une structure adaptée à ses besoins.

Il convient aussi de renforcer la compétence des aidants, en particulier dans le champ de la santé mentale, des maladies neurodégénératives et de

l'autisme, de leur donner droit à des actions « de formation thérapeutique » ou de formation aux difficultés de prise en charge des personnes accompagnées.

Là encore le numérique peut permettre d'imaginer de nouvelles modalités d'accompagnement et de soutien des aidants, déjà par la simple mise à disposition de l'offre de répit existante. En effet, la région Auvergne-Rhône-Alpes se caractérise par l'équipement le plus important (France entière) en accueil temporaire.

Objectif stratégique 8

« Adapter l'offre médico-sociale en créant de nouveaux dispositifs alternatifs d'accompagnement »

L'orientation générale vers plus d'autonomie pour les personnes âgées et celles en situation de handicap, l'aspiration des personnes elles-mêmes et les enjeux quantitatifs appellent à imaginer de nouveaux modes d'accompagnement et de prise en charge, s'appuyant le plus possible sur les dispositifs ordinaires.

L'inclusion scolaire en milieu ordinaire en est la plus emblématique ambition pour le secteur du handicap tandis que le soutien à domicile le plus longtemps possible des aînés structure l'adaptation de la société au vieillissement.

L'attente est forte à l'égard de l'agence de moderniser le système de santé pour le rendre capable de soutenir un accompagnement personnalisé et individualisé.

Cela nécessite d'avoir une approche territorialisée qui intègre l'ensemble des ressources disponibles d'un territoire, avec un nécessaire apport de mise en cohérence et de lisibilité donné aux professionnels, notamment du premier recours, et aux usagers.

Cette dimension territoriale de la prévention à l'accompagnement en passant par les soins est

d'autant plus nécessaire dans la région que l'offre est inégalement répartie.

La diversification des réponses apportées devra prendre en compte les spécificités des déficiences et pathologies.

Concernant le handicap psychique, l'intégration en milieu ordinaire repose sur une articulation étroite entre l'organisation de la santé mentale et l'offre médico-sociale. Le travail fait autour de la réhabilitation est, de ce point de vue-là, source d'espoir.

Le troisième plan autisme et le quatrième qui s'annonce reposent sur les mêmes orientations.

La recherche en matière de polyhandicap invite, y compris pour cette déficience, à construire de nouveaux dispositifs plus inclusifs.

Dans le même temps, il sera incontournable de porter l'effort sur la modernisation du bâti des EHPAD dans le cadre d'une stratégie soucieuse de la qualité et ciblant des projets structurants au regard des ressources territoriales et de la taille critique des établissements avec une attention particulière portée aux EHPAD hospitaliers.

4^e

RENFORCER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ À FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Le monde actuel est soumis à des risques en constante évolution : le terrorisme est présent, le climat change, la population s'accroît, vieillit et se concentre dans les métropoles, les résistances aux anti-infectieux augmentent, les ressources se concentrent également et le numérique crée potentiellement de nouveaux risques. Ces risques s'ajoutent aux nombreux risques naturels et technologiques déjà pris en compte.

La préparation du système de santé pour faire face à des situations exceptionnelles doit évoluer en conséquence et notamment améliorer sa capacité anticipatrice de situations de crise complexes, y compris en tenant compte des objectifs de l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018.

Des objectifs opérationnels seront définis dans le schéma régional de santé permettant d'orienter la

planification et l'action qui s'inscriront dans le schéma ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé) à l'échelle de la région.

La démarche ORSAN est, en effet, un continuum partant du concept stratégique (COS) puis intégrant l'évolution des besoins à l'échelle de la région et, si le degré ou la nature de la crise l'exige, avec le volet sanitaire de la chaîne OTIAD (Organisation territoriales inter armées de défense) des forces armées, et les objectifs opérationnels basés sur des principes (SRS) pour aboutir in fine au schéma ORSAN qui déclinera les aspects de conduite et de planification pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Cette démarche, à la méthodologie uniforme, doit cependant être adaptée aux spécificités de la région.

Objectif stratégique 1

« Mettre en place une veille prospective et travailler sur les risques complexes »

Les processus de vigilances ont tendance à s'inscrire dans l'immédiateté et à réagir ponctuellement en cas de crise. Ils doivent cependant être mis à profit pour faire progresser l'agence et l'ensemble des acteurs concernés dans leur capacité anticipatrice et prospective.

Les nouvelles modalités de construction du PRS, et notamment du cadre d'orientation stratégique sont l'occasion de se fixer un objectif d'amélioration de la capacité prospective de l'agence et de ses partenaires.

Cela est particulièrement nécessaire pour bien manager les risques et être capable d'anticiper les situations de crise.

Le fonctionnement dans l'urgence présente aussi l'inconvénient de gérer les situations selon la nature du risque, de manière segmentée, alors qu'il serait nécessaire de développer une capacité à faire face à des situations complexes, c'est-à-dire émergentes ou dormantes ou cumulatives.

Objectif stratégique 2

« Responsabiliser la population par une communication adaptée »

La loi prévoit désormais d'inclure les usagers dans le dispositif de repérage des situations potentielles de crise. Cette disposition est reprise par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) qui souligne « l'importance de l'amélioration de la prise en compte des lanceurs d'alertes dans un processus d'information validée ».

Au-delà du seul repérage, il est très important de sensibiliser et préparer la population aux situations potentielles de crise, dans le sens d'une plus grande responsabilisation, ce qui facilitera grandement la gestion de la crise quand elle surviendra.

Cela passe par l'utilisation d'outils et de messages adaptés, afin d'alerter sans inquiéter à l'excès et d'intégrer la population dans la réponse à une crise notamment afin d'avoir les bonnes attitudes de recours au système de soins en cas d'évènement.

Avec le développement des nouvelles technologies de nouveaux risques apparaissent sans que la popu-

lation, pourtant très familière de ces outils, n'en ait forcément conscience.

La dimension de la formation est également très importante tant pour les établissements de santé et médico-sociaux que pour les professionnels de santé et les usagers.

Objectif stratégique 3

« Rendre interopérables les réponses et travailler en réseau »

Il convient progressivement de ne plus raisonner risque par risque, mais de façon globale et évolutive.

Certaines situations, réelles ou en exercice, ont montré que les acteurs pouvaient se trouver rapidement démunis si l'évènement sortait trop de la procédure prévue par le plan.

C'est toute la question de la capacité d'adaptation des acteurs aux situations. Un des filets de sécurité consiste à essayer de travailler le plus possible en réseau et non pas de manière isolée. Face à des situations complexes la prise de décision par une

seule personne, constitue un risque supplémentaire en soi.

Actuellement, le travail en réseau est limité par la segmentation des plans. Ceux-ci devaient avoir un caractère plus polymorphe et être facilement adaptables. L'implication collaborative du Service de Santé des Armées peut intervenir dans ce domaine, tant pour son expérience des situations de crise que pour son organisation lui permettant de réagir vite et avec résilience dans des conditions éventuellement très dégradées.

Objectif stratégique 4

« Renforcer la capacité de réaction du système de santé »

La capacité de réaction du système en cas de crise dépend étroitement de l'intégration de la gestion des situations exceptionnelles dans la préparation de l'ensemble des acteurs : acteurs institutionnels, professionnels libéraux, établissements sanitaires (plans blancs) et médico-sociaux (plans bleus).

Il faut penser l'offre en intégrant non seulement les risques naturels et anthropiques, les risques organisationnels (financiers, humains,...) mais également les risques systémiques. Ainsi, il faut que l'agence et les établissements développent une approche proactive de management des risques, qui devra

prendre en compte la nécessaire sécurisation renforcée de leurs structures et de leurs systèmes d'information et d'échange, et l'ensemble des personnes accueillies.

Enfin il faut que l'agence incite les établissements à développer, en leur sein, une approche proactive de management des risques.

Ce management a bien progressé ces dix dernières années pour ce qui concerne les risques propres à l'établissement et il faut maintenant l'élargir à la notion de risque territorial.

RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS

La notion de « droit des usagers » en santé n'est apparue qu'à partir de 1974. C'est la loi « Kouchner » 2002 qui l'a consolidée et en constitue toujours le socle.

C'est à partir de là qu'est née la « démocratie sanitaire » qui rassemble, outre les usagers, l'ensemble des acteurs qui concourent au bon fonctionnement du système de santé.

Toutefois le positionnement particulier de l'agence au sein de l'Etat, en tant qu'établissement public autonome, et les attentes de la population à l'égard de la qualité et de la sécurité du système de santé, ont tendance à faire évoluer le positionnement de l'agence, celle-ci se retrouvant plus fréquemment en lien direct avec les usagers.

La loi de modernisation de notre système de santé donne d'ailleurs plus de possibilités aux usagers d'interagir sur le système de santé, soit via l'alerte, soit via « l'action de groupe », en cas de dysfonctionnement du système.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement, de son côté, tend à renforcer l'autonomie des personnes âgées et à les protéger de certains risques.

Ainsi, indépendamment des systèmes de représentation institutionnelle des usagers, au sein des instances (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA, Conseil de surveillance des établissements, commission des usagers...), l'agence va être amenée à développer progressivement des dispositifs de « démocratie directe », la mettant en relation avec les usagers de la santé sans intermédiaire.

Objectif stratégique 1

« Elaborer un schéma régional du point de vue de l'utilisateur »

Pour la première fois, ce PRS va être l'occasion d'élaborer un schéma organisationnel qui s'affranchira des domaines métiers que sont la prévention, le sanitaire et le médico-social, pour se construire à partir de besoins populationnels.

En effet, les instructions nationales affichent clairement que l'objectif est d'élaborer un seul schéma, qui intègre toutes les approches métiers de la prévention à l'accompagnement médico-social, en passant par les soins ambulatoires et hospitaliers.

Cet objectif va de pair avec celui de mettre en place des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de parcours de santé.

Le parcours de santé d'une personne intègre nécessairement toutes ces dimensions, et les différents domaines métiers doivent donc s'organiser pour travailler ensemble à l'édification de ces parcours.

L'entrée populationnelle permettra de spécifier ces parcours selon qu'il s'agit d'une personne précaire, en perte d'autonomie ou encore en souffrance psychique. Les premiers PRS ont déjà permis d'expérimenter au niveau territorial ce modèle d'organisation sur différents types de parcours.

Cette façon d'élaborer le schéma sera l'occasion de progresser dans la transversalité et d'aller vers une territorialisation plus forte de la politique de santé.

Plus on se trouve en effet proche du terrain et des usagers, plus l'exigence de produire des solutions globales qui intègrent toutes les dimensions des politiques de santé est importante.

Objectif stratégique 2

« Faire de l'information et la communication des outils efficaces pour le bon usage du système de santé en direction des usagers et des professionnels »

C'est la priorité numéro un de la CRSA en matière de droit des usagers. Une information très opérationnelle, très pratique. La méconnaissance actuelle des dispositifs par les acteurs, tant de la part des professionnels que des usagers, conduit trop souvent, selon l'instance de démocratie sanitaire, à « une errance des usagers et à un mésusage du système ».

La loi de santé a prévu un certain nombre de dispositifs pour remédier à cette situation (plate-forme territoriale d'appui, services public d'information en santé, accès aux données de santé) mais ceux-ci ne seront efficaces que si leur mise en place est accompagnée d'une communication simple et de qualité.

Cette information, selon la CRSA, est « une composante de la démocratie en santé car elle permet des prises de décisions éclairées ».

Cela rejoint aussi la nécessité, pour l'agence, de ne pas laisser les usagers sans réponse et d'utiliser à

plein, par un système d'information adapté, la source des réclamations pour corriger les dysfonctionnements du système.

L'agence n'est pas une « administration de guichet » mais elle doit peser dans ses différents domaines de compétences pour que des dispositifs simples permettent aux usagers de disposer des bonnes informations pour s'orienter correctement dans le système de santé.

Enfin, le développement du numérique, présente l'opportunité d'offrir de nouvelles possibilités pour à la fois informer l'utilisateur, rapprocher la ressource médicale et lui permettre d'être plus acteur de sa prise en charge. Cette évolution doit cependant être encadrée, notamment dans sa dimension éthique, pour garantir la bonne utilisation des données.

Objectif stratégique 3

« Accompagner et soutenir les représentants d'usagers et développer la démocratie directe »

Le développement de la représentation des usagers conduit aujourd'hui à un très grand nombre de fonctions à exercer et l'agence est souvent en difficulté pour faire en sorte que tous les postes soient pourvus.

Il faut donc soutenir les représentants d'usagers et continuer à assurer leur formation dans le nouveau cadre défini par la loi.

Ce travail doit être effectué en proximité de façon à s'assurer que les représentants d'usagers qui postulent à une fonction soient représentatifs et portent une parole auprès des professionnels de santé et des établissements.

C'est un travail de fond que l'agence ne peut mener seule. Les associations sont évidemment très concernées aussi. Elle s'impliquent aujourd'hui directement dans des projets, via les appels à projet que l'ARS porte grâce aux crédits apportés dans le fonds

d'intervention régional (FIR) à la démocratie sanitaire, ou plus récemment dans le cadre de l'appel à projet national conduit en application de l'article 92 de la loi de santé sur l'accompagnement des patients chroniques.

Parallèlement, l'agence s'efforcera de développer la démocratie directe selon plusieurs modalités :

- en organisant des modalités d'expression directe des usagers via l'organisation de débats publics, en lien avec l'Union régionale des associations agréées du système de santé (URAASS) Auvergne-Rhône-Alpes,
- en mettant en place des dispositifs numériques permettant une expression de masse,
- en portant une attention particulière aux usagers touchés directement par un dysfonctionnement du système de santé se traduisant par une information et un accompagnement via un dispositif de soutien.

Objectif stratégique 4

« Développer les démarches participatives au niveau territorial »

L'implication individuelle d'usagers dans l'élaboration et le suivi de la politique de santé, rejoignant ainsi la notion de « patient expert » développée par la Haute autorité de santé (HAS), est à prendre en compte.

L'organisation de parcours populationnels, notamment pour prévenir et accompagner les pathologies chroniques, nécessite une implication plus directe et plus forte des personnes concernées par ces pathologies.

L'agence a déjà eu l'occasion de vérifier que l'intégration dans les groupes de travail de patients directement concernés par la réflexion du groupe était un facteur de progrès très important pour définir les bonnes réponses à apporter.

Cela a été le cas, par exemple, dans le cadre des réflexions menées par l'agence sur le diabète.

Cette implication doit se faire le plus possible en proximité, d'abord parce que c'est plus commode pour les patients, ensuite pour favoriser la prise en compte des problèmes très concrets que rencontrent les usagers.

C'est pour cette raison aussi que les Conseils Territoriaux de Santé ont la responsabilité de valider le diagnostic territorial et de travailler sur l'organisation des parcours en infra départemental.

Pour le bon fonctionnement de l'ensemble, et le maintien d'une certaine équité entre les territoires, le lien devra être assuré de façon constante entre la démocratie sanitaire régionale (CRSA) et territoriale (CTS).

6^e

ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ EN S'APPUYANT SUR LES INNOVATIONS

La loi de modernisation de notre système de santé a modifié la définition de la politique de santé (Art. L 1431-2 du code de santé publique). Les missions des ARS sont désormais élargies aux champs de la recherche et de l'innovation.

Sans attendre le texte de loi, l'agence avait, dès 2013, pris l'initiative de s'investir dans le champ de l'innovation. Les progrès technologiques et de la médecine étant de plus en plus rapides, il est essen-

tiel de pouvoir être au fait des innovations et s'appuyer sur elles pour faire évoluer le système de santé pour garantir aux usagers le bénéfice des progrès accomplis.

Le souhait du législateur de voir les PRS développer une vision prospective à dix ans rend encore plus indispensable le fait de s'intéresser aux innovations, de repérer les plus efficaces et de les accompagner en vue de leur pérennisation.

Objectif stratégique 1

« Exercer une vigilance active dans le champ de l'innovation en santé et accompagner les plus probantes »

L'attente est forte à l'égard de l'agence de la part des « innovateurs en santé ». Le délégué interministériel à l'Innovation a bien identifié la complexité de la thématique (multiplicité des domaines, poids des normes et réglementations) et les obstacles (accès au marché, manque d'investisseurs).

Face à cette complexité et ces obstacles, l'agence a un rôle spécifique à jouer de par sa position particulière de « régulateur de la santé ».

Dès le premier investissement de l'agence sur le sujet en 2014, il avait été prévu, au côté du soutien financier, un dispositif de labellisation et de « prix de l'innovation ».

Ce dispositif est utilisé depuis plusieurs années dans le cadre de la promotion de la qualité en santé, où il permet de récompenser des équipes, ambulatoires ou hospitalières, qui ont mis en place, dans leur quotidien, des dispositifs qui améliorent la qualité de la prise en charge des personnes.

Innover n'est pas une fin en soi. Innover en santé n'a d'intérêt que si l'on améliore l'efficacité du système et la qualité de la prise en charge.

Jusqu'ici, le dispositif de soutien étant récent, les innovations ont été au mieux accompagnées, mais n'ont pas réellement fait l'objet d'évaluation.

Cela n'empêche pas certaines d'avoir d'ores et déjà fait la preuve de leur intérêt immédiat, mais l'étape de leur évaluation apparaît indispensable, avant d'imaginer une transposition et une éventuelle pérennisation.

Le schéma devra donc prévoir des actions permettant un accompagnement des innovations avant d'envisager leur pérennisation.

Les projets innovants devront inclure systématiquement une dimension évaluative, impliquant à la fois le champ des professionnels de santé et le champ des usagers.

Cette dimension de l'évaluation permettra d'améliorer notre capacité prospective en favorisant la capitalisation et le partage des connaissances acquises dans le cadre des expérimentations accompagnées, tant au sein de l'agence, qu'auprès de ses partenaires.

Ceci pourrait éventuellement se faire dans le cadre de l'organisation de journées régionales sur la thématique, comme il en existe déjà pour la qualité et la gestion des risques.

Objectif stratégique 2

« Adapter le système de santé en fonction des innovations probantes »

Les expérimentations n'ont d'intérêt que si elles sortent à un moment donné de l'expérimental pour rejoindre le quotidien.

Ces dernières années on a pu malheureusement observer que certains domaines d'actions (nouvelles rémunérations des professionnels, télé médecine...) avaient tendance à devenir des expérimentations toujours renouvelées mais jamais pérennisées.

C'est le signe soit d'un dysfonctionnement, soit d'expérimentations non probantes. Dans les deux cas, leur prolongation indéfinie est source de gaspillage et de démotivation.

Si l'évaluation a permis de valider l'intérêt du projet innovant en termes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge, le dispositif innovant devrait trouver normalement sa place dans un fonctionnement pérenne.

Pour certains d'entre eux, cela ne soulève pas de question dans la mesure où l'efficacité apportée constitue un intérêt à agir pour des acteurs de proximité. Il peut s'agir, par exemple, de dispositifs permettant de réduire les durées de séjour en établissement, pour lesquelles l'établissement a un intérêt immédiat dans le système de financement à l'activité.

Pour d'autres la complexité est plus grande car l'intérêt à agir peut se situer au niveau macro-économique avec potentiellement des intérêts, en première lecture, divergents entre l'assurance-maladie, gestionnaire de l'ambulatoire, et l'agence, gestionnaire du champ hospitalier. Cela peut être le cas de dispositifs favorisant le retour précoce à domicile, allégeant ainsi l'enveloppe hospitalière, mais augmentant celle de ville pour accompagner le patient chez lui.

Il est donc essentiel, pour la pérennisation des bonnes innovations qu'un partenariat se noue entre l'agence et l'assurance-maladie sur cette question.

Les évolutions en termes de corpus théoriques et l'enjeu des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en soutien d'une adaptation des pratiques professionnelles supposent une politique soutenue de déploiement et de diffusion. Cette politique au long cours a pu être conduite à partir de centres ressources reconnus et experts. La mise en réseau des centres existant et ceux à créer constitue l'architecture de base pour faire en sorte que la recherche soutienne la pratique.

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

