



DOSSIER DE PRESSE

Point presse mensuel
12 janvier 2012

*Le projet régional de santé
en Nord – Pas-de-Calais*

Contact presse
Béatrice Degrugillers
03 62 72 86 10
beatrice.degrugillers@ars.sante.fr

Sommaire

1.	Le projet régional de santé	2
2.	Le plan stratégique régional de santé.....	3
2.1.	Le PSRS : une nécessité dans un contexte difficile	3
2.2.	Le PSRS : une méthode.....	3
2.3.	Le PSRS	4
2.3.1.	2 objectifs stratégiques	4
2.3.2.	3 axes	5
2.3.3.	4 leviers	6
3.	Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)	9
3.1.	Qu'est-ce que le SROS ?	9
3.1.1.	Elaboration en région Nord – Pas-de-Calais	9
3.1.2.	Les principales évolutions.....	10
3.1.3.	Le SROS porte donc le triple objectif :	10
3.1.4.	Les réflexions à poursuivre sur 2012	10
3.2.	Le SROS en actions	11
3.2.2.	Les implantations des activités de soins en établissement.....	12
3.2.3.	Les implantations : le volet cancérologie.....	13
4.	Le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS)	14
4.1.	Qu'est-ce que le SROMS	14
4.1.1.	Un schéma étroitement concerté et coordonné.....	14
4.1.2.	Les éléments clefs du diagnostic régional en Nord – Pas-de-Calais	14
4.2.	Le SROMS en actions	15
4.2.1.	Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées, âgées et concernées par les addictions	15
4.2.2.	Favoriser le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap..	16
4.2.3.	Favoriser une politique de maintien à domicile et de l'autonomie pour les personnes âgées et handicapées	17
4.2.4.	Accompagner l'évolution des pratiques des professionnels	18
5.	Le schéma régional de prévention (SRP).....	19
5.1.	Qu'est-ce que les SRP ?	19
5.2.	Les objectifs du SRP	19

1. Le projet régional de santé

Le projet régional de santé (PRS) est le document qui fixe pour les 5 ans à venir l'organisation de l'ensemble des soins préventifs, curatifs et médicosociaux sur les territoires de la région, en tenant compte :

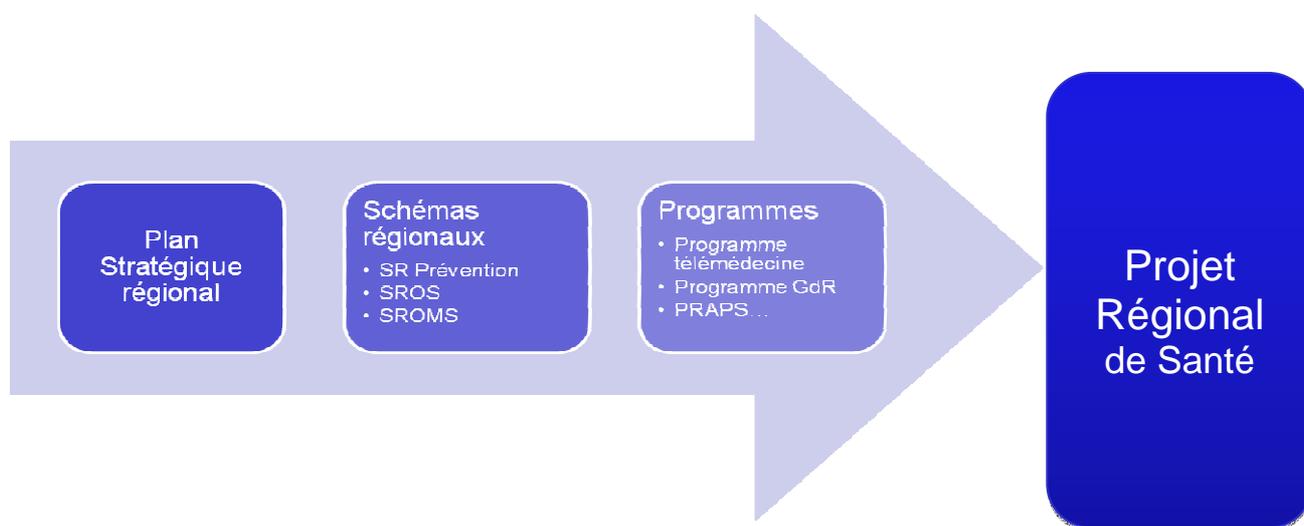
- de la politique nationale menée dans différents domaines (ex : les plans nationaux de SP)
- dans le respect de l'enveloppe que nous confie la nation.

L'ARS a engagé, avant les réflexions sur le plan stratégique, des consultations sur le découpage des différents territoires de santé, qui ont été arrêtés en fin d'année 2010, après un avis favorable des différents partenaires de l'Agence, les représentants de l'état dans la région, le Conseil Régional, les conseillers généraux et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) est le premier document constituant le PRS. Il est complété par des schémas thématiques, dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé (SRP), de l'organisation des soins en ville et à l'hôpital (SROS), et du médico-social (SROMS). Ces schémas s'appuient sur les orientations stratégiques définies dans le PSRS pour préciser les actions que mènera l'Agence dans les cinq années à venir. Des programmes spécifiques d'application complètent le dispositif et déclinent au plus près des territoires les modalités d'application des schémas.

Le PSRS est donc notre socle stratégique, qui fixe les grandes orientations et les objectifs de santé pour la région. Il est le garant de la cohérence entre la politique de santé menée dans la région et les politiques nationales de santé, il vise, conformément à la Constitution, à permettre tous l'accès à la protection de la santé.

Il repose sur une évaluation des besoins de santé et de leur évolution prévisible, et sur une analyse de l'offre préventive, sanitaire et médico-sociale proposée pour satisfaire ces besoins.



2. Le plan stratégique régional de santé

2.1. Le PSRS : une nécessité dans un contexte difficile

Le Nord – Pas-de-Calais cumule, pour la majorité des pathologies et déterminants de santé, les plus mauvais indicateurs de la France métropolitaine. Ce positionnement défavorable se vérifie à l'intérieur de la région, mais certains territoires ont un profil plus favorable que d'autres.

Les facteurs sociaux, environnementaux, comportementaux, génèrent des inégalités sociales et territoriales de santé qui pèsent lourdement sur l'état de santé de la population du Nord – Pas-de-Calais. Il n'est pas du pouvoir de l'ARS d'agir sur certains de ces facteurs. Cependant, leur prise en compte est indispensable pour proposer des solutions adaptées aboutissant à une amélioration de l'état de santé de la population.

La part régionale du PIB rapportée à la population est inférieure de près de 6 000 € à la moyenne nationale. Le taux de chômage est plus de 3 points supérieur à la moyenne nationale (de 10 points pour les moins de 25 ans) et 16% des ménages ne vivent que de prestations légales. A titre d'exemple, en 2010, le Nord – Pas-de-Calais était la première région française pour le taux de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire avec 9,7% de la population contre 5,8% au plan national (France métropolitaine). C'est également la région qui comporte le plus grand nombre d'habitats indigènes, rapporté à la population.

2.2. Le PSRS : une méthode

- La territorialisation des politiques de santé :

La notion de territoire répond à une double logique :

- refléter dans sa délimitation les habitudes de vie de sa population et l'appartenance à une communauté (urbaine ou rurale),
- proposer à cette population l'accès à des structures et des outils de santé les plus pertinents et les mieux adaptés à la taille et aux caractéristiques du territoire.



- **La démocratie sanitaire, de la concertation à la consultation**

La définition du PRS s'effectue par un double processus de concertation et de consultation auprès de l'ensemble des acteurs et des partenaires santé régionaux.

Les différents éléments du PRS ont été concertés dans le cadre du comité de pilotage du PRS, du comité scientifique ainsi que des comités de pilotage des schémas et des comités thématiques.

Les commissions spécialisées de la CRSA et les conférences de territoire ont été également associées à toutes les étapes. Les conférences de territoire doivent notamment décliner localement les objectifs opérationnels inscrits dans les schémas et faire émerger des projets innovants nés de la réflexion collective.

Le représentant de l'Etat dans la région, le conseil régional, les conseils généraux, les conseils municipaux et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) ont été appelées, quant à eux, à rendre un avis sur le PRS.

La version finale du PRS intègre une grande partie des avis qui ont été rendus.

- **L'évaluation, une préoccupation permanente**

Le Projet Régional de santé se traduira dans une adaptation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) liant l'ARS avec l'Etat. A ce CPOM sont associés une batterie d'indicateurs, de résultats pour la plupart, qui permettront une évaluation permanente des résultats du Projet Régional de Santé.

2.3. Le PSRS

2.3.1. Deux objectifs stratégiques

Ces dernières années, les acteurs de la santé ont fait de réels efforts pour amenuiser le différentiel indicateurs régionaux/nationaux. Aujourd'hui le diagnostic de la région est sévère. Elle cumule de mauvais indicateurs qui la mettent en exergue du reste de la nation

1^{er} réduire l'écart entre les indicateurs régionaux et ceux de la France métropolitaine

La région Nord – Pas-de-Calais est celle qui, en France métropolitaine, cumule pour la plupart des déterminants de santé et des pathologies les plus mauvais indicateurs. Cette situation est d'autant plus préoccupante pour la population âgée de 25 à 60 ans.

Ce constat n'est pas nouveau/ La situation n'est pas non plus inéluctable. C'est à partir des années 1970 que la région a commencé à creuser un écart avec le reste du pays en matière d'indicateurs sanitaires. Depuis, l'écart s'est maintenu, malgré les efforts que les différents acteurs du champ de la santé et de la prise en charge médico-sociale ont accomplis. C'est ainsi que l'état de santé de la population de la région s'est amélioré, mais toujours en restant inférieur à la moyenne nationale.

Cette situation est par ailleurs variable selon les territoires de santé, le Hainaut-Cambrésis présente par exemple un taux de mortalité supérieur de 33% à la moyenne nationale, tandis que la Métropole-Flandre intérieure présente un taux supérieur de 17%. Cette situation est le résultat d'un cumul de facteurs qui conduisent à une santé détériorée dans la région.

L'ARS du Nord – Pas-de-Calais se fixe comme premier objectif stratégique la réduction de l'écart entre nos indicateurs régionaux et ceux de la France métropolitaine et la réduction de l'écart entre les territoires de la région.

27 maîtriser l'évolution de la dépense consacrée aux soins tout en continuant à investir dans la santé

Une hypothèse habituellement avancée est le manque de moyens alloués à la santé dans la région. Dans les faits, il s'avère que la consommation de soins par habitant dans le Nord – Pas-de-Calais est supérieure à la moyenne nationale. La dépense de soins, en ville ou en établissement de santé, est ainsi de 1 911 euros par an et par habitant, alors que la moyenne nationale est de 1 846 euros. La situation ne résulte pas de dépense insuffisante en matière de soins. Une analyse plus fine de cette consommation amène à conclure que :

- l'amélioration de la situation sanitaire contribuera à diminuer le poids de la consommation de soins ; en particulier, un recours plus précoce aux soins permettra de prendre en charge les pathologies à un coût moins élevé et d'améliorer les indicateurs de santé ;
- la moindre croissance de la consommation de soins permettra de dégager des marges de manœuvre pour mieux investir dans le développement d'une offre de santé ciblée sur des besoins de la population, notamment en matière de prévention.

Ce n'est donc pas la consommation de soins insuffisante qui explique l'état de santé de la population, mais l'état de santé qui explique une consommation plus importante de soins.

L'ARS répond donc à ce constat en renforçant les moyens d'intervention et d'investissements dans la région, de façon à la fois :

- à agir sur des leviers qui permettent d'inverser rapidement la tendance
- à accroître l'efficacité globale du système de santé, de façon à éviter une croissance non soutenable des dépenses de consommation de soins.

L'ensemble des avis sollicités ont souligné que la situation particulière du Nord Pas de Calais justifie l'attribution de fonds s'inscrivant dans une logique de péréquation nationale, tenant compte non seulement de la population, mais aussi des indicateurs de mortalité (taux de mortalité évitable) et de précarité. Cette nécessité a été reprise dans une délibération par le Conseil de Surveillance de l'Agence.

2.3.2. Trois schémas

17 Prévention et promotion de la santé : accroître et renforcer l'efficacité de l'effort

Malgré une action continue et le plus souvent coordonnée en matière de prévention et de promotion de la santé, l'impact en terme d'amélioration de l'état de santé de la population reste limité.

De même si la population de notre région se soigne de façon tardive, elle est également peu réceptive à la prévention. Ainsi, les taux de participation de la population aux campagnes de dépistage organisé sont parmi plus faibles de France et ce, malgré une implication forte des acteurs notamment locaux (collectivités territoriales).

Sur les quelques 11 milliards d'Euros consacrés en 2010 par la collectivité nationale (Etat et assurance maladie) à la santé dans le Nord-Pas-de-Calais, seuls 30 millions ont été consacrés aux actions collectives de prévention et de promotion de la santé. Il est donc d'autant plus important d'accroître mais aussi d'optimiser les moyens accordés par la collectivité à la promotion de la santé afin d'élargir et de conforter le champ de la prévention, en étroite liaison avec les autres financeurs de la prévention, notamment le Conseil régional et les Conseils généraux.

Le **schéma régional de prévention et de promotion de la santé** fixera des orientations opérationnelles, dans ce domaine, en tenant compte des inégalités territoriales. Il conduira à accroître l'effort de prévention et de promotion de la santé, à mieux coordonner les acteurs et à renforcer l'efficacité des actions en les ciblant davantage sur des programmes prioritaires.

Il sera décliné dans les zones de proximité sous forme de **programmes locaux de prévention** (PLP, qui se substituent aux précédents programmes territoriaux de santé –PTS-), associant l'ensemble des acteurs locaux de la prévention.

27 Soins ambulatoires et hospitaliers : mieux organiser et coordonner l'offre pour optimiser les réponses à la demande de soins

La situation de la région en matière d'offre de soins apparaît contrastée. L'objectif du schéma régional de l'offre de soins sera de renforcer globalement l'efficacité du système, à la fois dans le domaine ambulatoire, et dans le domaine hospitalier.

En matière ambulatoire, cela passe par le développement de maisons et pôles de santé qui d'assurer une meilleure coordination de l'offre de soins de premier recours et la prise en charge de fonctions insuffisamment assurées aujourd'hui comme par exemple l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

En matière hospitalière, l'objectif de restructuration est d'assurer une sécurité une qualité maximum des soins par la mutualisation des moyens, notamment en développant les partenariats ou des outils comme les groupement de coopération sanitaire et les communautés hospitalières de territoire (CHT).

Une meilleure organisation des professionnels de santé conjuguée à un renforcement de la coopération entre les établissements de santé doit permettre à la région de réduire les inégalités d'accès aux soins de la population et de renforcer l'efficacité de notre système de santé.

La région connaît toutefois un handicap lourd, avec un déficit important de professionnels médicaux par rapport au territoire national (avec une densité de 305 médecins pour 100 000 habitants contre 339) . Elle le doit surtout au taux faible de spécialistes. (63 pour 100 000 habitants contre 88 sur la France dans le secteur libéral). Les médecins, hommes et femmes ont en moyenne de 50 ans. Ainsi, l'organisation de la permanence des soins doit faire face à une double contrainte : la quantité de médecins et leur âge.

Compte tenu de l'importance des enjeux, l'organisation de soins sera complété en 2012 par un **programme régional relatif à la démographie des professions de santé.**

37 Handicap, dépendance et addictions : renforcer l'équité territoriale de la couverture médico-sociale

L'offre médico-sociale est contrastée. C'est un secteur qui, de par les domaines qu'il recouvre – l'accompagnement des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des personnes concernées par l'addictologie – est très diversifié dans ses structures et dans ses formes de prise en charge ; en outre, il relève également de la responsabilité des Conseils généraux, chefs de file dans leur département ; enfin, c'est un secteur où le monde associatif fait montre d'une capacité d'initiative importante. Dans le Nord Pas de Calais, ce secteur présente de plus des caractéristiques bien spécifiques : une situation contrastée puisque l'équipement en places est plus élevé que la moyenne nationale dans le secteur du handicap, tandis que c'est l'inverse pour le secteur des personnes âgées, ce dernier étant toutefois en amélioration.

Néanmoins, dans l'un comme l'autre de ces deux domaines, des besoins ne sont pas couverts, dans la mesure où existe une surreprésentation du handicap dans la région. Surtout, les fortes disparités entre territoires amènent le schéma régional de l'organisation médico-sociale à rééquilibrer l'offre médicosociale, en relation étroite avec les Conseils généraux.

Le Schéma Régional de l'organisation médico-sociale (SROMS), exprime l'ambition partagée avec les Conseils généraux d'assurer cette couverture équitable des territoires et des zones de proximité en matière d'équipement médico-social.

Elle conduira, dans le cadre de la procédure d'appel à projets, à faire appel aux capacités des acteurs, notamment associatifs, pour optimiser la couverture territoriale.

2.3.3. Quatre leviers

17 Promouvoir la connaissance en santé

L'investissement dans la connaissance en santé est une condition d'une meilleure mise en œuvre des politiques de santé dans la région. Le registre des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) développé dans la région depuis quelques années en est un exemple.

Une cartographie régionale des risques sanitaires permettra de faciliter les modalités de leur gestion. Elle donne la possibilité d'engager une véritable démarche de priorisation et de mobilisation des expertises nécessaires à une réponse adaptée.

Surtout, un programme ambitieux d'éducation à la santé sera développé notamment avec l'Education Nationale. L'objectif de l'ARS est de diffuser le plus largement possible une « grammaire de la santé » qui favorise une meilleure maîtrise des connaissances en santé de la population.

27 Agir de façon concertée sur les déterminants de santé

L'état de santé de la population dépend de manière importante des déterminants de santé, plus encore que des caractéristiques du système de santé ou de son efficacité. Une bonne coordination entre les partenaires institutionnels est une nécessité pour réduire les inégalités sociales de santé. Le parcours de vie d'un individu ne peut se résumer à son seul accès au système sanitaire ou médico-social. Une approche globale de la santé doit donc être intégrée dans une gestion partenariale des politiques publiques, notamment avec les collectivités territoriales et avec l'assurance maladie.

Les actions menées par l'ARS, la politique de prévention, et notamment les projets locaux de prévention (PLP) doivent être adaptés aux déterminants de santé, aux territoires et aux populations visées.

L'activité physique et les comportements alimentaires feront notamment l'objet d'un programme d'actions spécifiques prioritaire. Les pratiques alimentaires dans le Nord – Pas-de-Calais s'éloignent des recommandations nationales, et l'activité physique est inférieure à la moyenne nationale. L'ARS engagera donc, avec ses partenaires, un programme d'actions pour améliorer les comportements afin de les rendre plus favorables à la santé.

37 Favoriser un recours plus précoce aux soins

Des campagnes de communication ciblées, pour un recours plus précoce aux soins seront élaborées vers les populations peu préoccupées par leur santé. Elles seront déclinées dans une approche territoriale pour mieux prendre en compte les spécificités de chaque public.

L'ensemble des réseaux de prévention seront également associés à la détection précoce des pathologies. En dépistant plus rapidement, les soins seront proposés plus tôt et l'état de santé de la population s'en verra amélioré. Le schéma régional de prévention aura ainsi comme objectif de renforcer la coordination et l'efficacité des réseaux en matière de détection précoce et d'accompagnement vers le soin.

Le repérage n'est cependant pas suffisant. Il doit conduire à une entrée précoce dans un véritable parcours coordonné, tant sur le plan sanitaire que médico-social. La médecine de premier recours et notamment le médecin généraliste doivent prendre toute leurs places comme pivot de ce parcours. Les nouvelles formes d'exercice médical seront favorisées, comme les maisons et pôles de santé, qui favorise l'accès précoce de tous au système de santé.

47 Organiser mieux la prise en charge du patient dans un parcours coordonné

Le parcours coordonné du patient, initié par le premier plan national cancer, a amélioré, par une coordination effective des différents intervenants, la continuité dans la prise en charge, « de la prévention aux soins palliatifs ».

Au-delà d'une approche par pathologie, c'est l'ensemble du système de santé qui doit être organisé pour permettre à chaque usager de bénéficier du parcours de soins, de santé ou de vie dont il a besoin.

Le maillage territorial, déjà dense dans le domaine de l'offre de soins, doit assurer un maillage et une gradation de l'ensemble des soins, en intégrant les soins ambulatoires et médico-sociaux, de façon à permettre à chaque habitant du Nord-Pas-de-Calais de pouvoir accéder à une prise en charge selon le niveau de soins qu'il requiert, ses possibilités et son environnement.

Ce maillage et cette organisation de la gradation des soins et des dispositifs d'accompagnement s'inscrit dans une logique qui permette l'**accès** de tous à des soins de **qualité** et **efficaces**. L'ARS propose la mise

en place, par les acteurs du système, d'un label « AQE » (Accès, Qualité, Efficience) permettant de manifester l'engagement de l'ensemble des professionnels au service de cette politique et permettant l'information des usagers sur la qualité de la prise en charge.

Enfin, la possibilité effective pour tous d'accéder à un parcours de soins, de santé ou de vie nécessite de renforcer considérablement la coordination des interventions, notamment celle exercée par le médecin traitant. La mise en place et la généralisation rapide du dossier médical personnel (DMP) (prévu dans le programme régional télémédecine) servira de support à cette information partagée entre les professionnels de santé, qui en est la condition *sine qua non*.

Le système de santé doit permettre d'offrir un parcours plus adapté aux différentes catégories de la population, en tenant compte de leurs spécificités. Au-delà de l'offre, le PRS a vocation à mettre l'utilisateur au centre du système de santé.

Le PSRS, fil d'Ariane pour cinq ans va guider l'Agence et les partenaires dans le choix des priorités et des modalités de déploiement des programmes d'action. D'ores et déjà un certain nombre sont arrêtés :

- Programme de prévention des infections liées aux soins,
- Programme d'accès aux soins des détenus,
- Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS),
- Programme interrégional d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
- Programme régional de gestion du risque (PRGDR),
- Programme régional de télémédecine,
- Programme de lutte contre le cancer conjoint avec le Conseil régional,

L'ARS déclinera le projet régional de santé sur les 4 territoires de la région au cours du premier semestre 2012.

Par ailleurs d'autres programmes seront développés en 2012 notamment sur :

- la démographie des professionnels de santé
- l'éducation à la santé
- la santé mentale
- l'alimentation et l'activité physique.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS)

2.4. Qu'est-ce que le SROS ?

La finalité du SROS est de « Prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'Offre de soins afin de répondre aux **besoins de santé** de la population et aux exigences d'**efficacité** et d'**accessibilité géographique** » (art L 1434-7 du CSP).

L'élaboration du SROS s'inscrit dorénavant dans le cadre global du PRS, et en déclinaison du PSRS.

Dans ce contexte, les caractéristiques attendues du nouveau schéma régional d'organisation des soins sont les suivantes :

⇒ un schéma incitatif sur le secteur ambulatoire

Le volet ambulatoire du SROS ayant une valeur essentiellement indicative, conformément aux termes de la loi, seules des priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain.

Ensuite l'approche pragmatique doit être privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des médecins.

Enfin, le champ de compétence du volet ambulatoire est large : il concerne l'ensemble des acteurs de santé exerçant en ville. Dans le cadre de ce premier exercice, les priorités d'action seront ciblées sur les zones fragiles où l'offre doit être consolidée et resserrée et autour de quelques projets structurants pour l'offre de soins de premier recours.

⇒ des dispositions opposables et notamment les créations, transformations, regroupements d'établissements de santé pour la prise en compte d'enjeux importants pour le secteur hospitalier :

- recherche de l'adéquation offre / besoins,
- amélioration de l'efficacité,
- amélioration de la qualité des soins,
- développement des alternatives à l'hospitalisation complète,
- respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

2.4.1. Elaboration en région Nord – Pas-de-Calais

La concertation s'est caractérisée par la mise en place d'un comité de pilotage appuyé sur la participation des acteurs majeurs de l'offre de soins (fédérations des établissements de santé, URPS, Ordre des Médecins...) et des associations représentatives d'usagers. Les travaux se sont appuyés sur des échanges avec des experts régionaux et des personnalités qualifiées mis en place dès le démarrage des travaux fédérant les acteurs et suscitant un échange de fond.

Les objectifs du SROS sont issus d'une démarche qui a débuté par une phase de bilan-diagnostic.

- La région présente, en données brutes, une consommation globale de soins élevée tant dans le domaine des soins de premier recours que dans les soins en établissements de santé,
- Dès lors que les données d'état de santé de la population sont prises en compte, la consommation de soins hospitaliers de la région tend à se rapprocher de la moyenne nationale même si elle lui reste supérieure.

2.4.2. Les principales évolutions

Le renforcement de la politique de prévention et l'amélioration des dispositifs de dépistage vont contribuer, avant que leurs effets ne se ressentent sur la santé des populations, à une augmentation ponctuelle du recours aux soins. Ils doivent conduire à une prise en charge plus précoce des patients.

La concertation avec les partenaires et offreurs de soins devra garantir un échange constructif sur la maîtrise des coûts, appuyé sur :

- l'utilisation rationnelle et efficace des moyens (autorisations, matériels),
- la gestion optimale des établissements,
- la mise à disposition de données de comparaison,
- la maîtrise des coûts directs et indirects.

La structuration de l'offre de soins ambulatoire est un enjeu majeur pour la population. Celle-ci rencontre en effet des difficultés croissantes d'accès aux soins et aspire à bénéficier d'une prise en charge globale, de qualité, dans un parcours de santé lisible. C'est aussi un enjeu pour les professionnels de santé libéraux. Le secteur ambulatoire appelle à se moderniser, se restructurer, et doit s'accompagner d'une redéfinition des rôles des différents intervenants, tout en respectant le principe de la liberté d'installation.

Dans ce contexte, le SROS doit contribuer à la transformation de l'organisation des soins, soutenir les mutations nécessaires, en favorisant le décloisonnement de l'offre (prévention / ville / hôpital / médico-social), en valorisant la place centrale des professionnels de 1er recours, et ainsi répondre aux besoins de santé de la population en garantissant son accessibilité géographique, financière, et sa qualité.

De plus, les besoins de soins de la population régionale, le contexte d'une exigence accrue de maîtrise des dépenses publiques dans le cadre d'une progression de l'ONDAM à 2,5%, et les perspectives de la démographie médicale impriment à la politique hospitalière une logique d'optimisation des organisations pour garantir l'accès aux soins de manière équitable sur les territoires.

2.4.3. Le SROS porte donc le triple objectif :

- d'améliorer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population,
- de garantir l'accès aux soins,
- de garantir la qualité des soins.

Ces orientations s'inscrivent en particulier dans la mise en œuvre des leviers d'action et axes de travail du Plan stratégique régional de santé suivants :

- ⇨ Favoriser un recours plus précoce aux soins
 - ➔ développer en priorité les fonctions de prise en charge précoce des soins de premier recours
- ⇨ Mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés
 - ➔ assurer un maillage territorial qui permet la gradation, l'efficacité et la qualité des soins
 - ➔ améliorer l'organisation des parcours de soins au service des usagers

2.4.4. Les réflexions à poursuivre sur 2012

Améliorer l'accès aux spécialités libérales.

Urgences : Mettre en place une organisation territoriale articulée en amont et en aval des urgences hospitalières, avec les soins de ville.

Améliorer l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).

Prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique.

Préciser les perspectives de développement de la Chirurgie ambulatoire.

2.5. Le SROS en actions

2.5.1. L'installation des professionnels de santé

Objectif opérationnel :

Maintenir l'offre et attirer de nouveaux professionnels de santé dans les zones en difficulté

Définir les zones prioritaires de 1^{er} recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes)

- **Les zones fragiles**

L'Agence Régionale de Santé détermine, dans le cadre du volet ambulatoire du SROS, les zones fragiles. Leur définition est encadrée nationalement afin de tenir compte des inégalités interrégionales. Ainsi, la part de population vivant dans les zones fragiles ne doit pas dépasser la part de la population régionale vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale. En région Nord-Pas-de-Calais, cela représente **4% de la population**.

Sur la base d'une méthodologie concertée, 10 zones fragiles en matière d'offre de soins de 1^{er} recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) sont proposées. Elles représentent, au sein de la région, un bassin de 160 732 habitants, répartis dans 113 communes.

Ces 10 zones fragiles bénéficieront de mesures nationales suivantes :

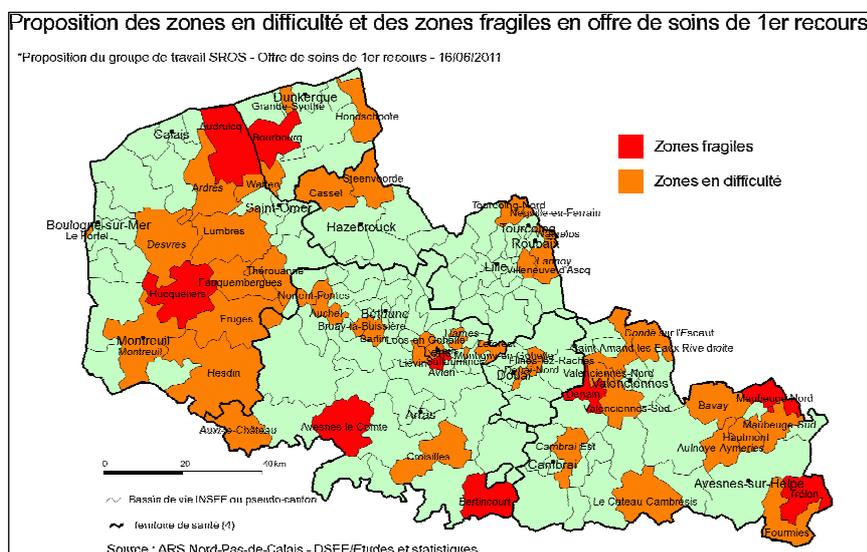
- exonération partielle de l'impôt sur le revenu sur les astreintes versées dans le cadre de la permanence des soins,
- aides spécifiques des collectivités territoriales pour l'installation et le maintien des professionnels, et aides aux étudiants,
- aides spécifiques de l'Etat dans le cadre de l'aménagement du territoire et de développement des territoires ruraux,
- contrat d'engagement de service public.

- **Les zones en difficulté**

L'Agence Régionale de Santé a proposé la définition d'un zonage plus large que celui des zones fragiles, par l'identification de zones dites en difficulté en offre de soins de 1^{er} recours. Ces zones correspondent à des bassins de vie qui nécessitent d'être confortés sur le plan démographique (médical, paramédical). L'ARS accordera une priorité d'actions sur ces zones.

54 zones en difficulté sont proposées (dont 10 zones fragiles) ; elles représentent au sein de la région, un bassin de 1.076.206 habitants, répartis dans 579 communes.

L'évolution de la situation des zones fragiles ou en difficulté fera l'objet d'une veille active ; les cartographies seront actualisées annuellement.



2.5.2. Les implantations des activités de soins en établissement

Objectif opérationnel :

Adapter le maillage territorial des soins hospitaliers aux besoins de la population en tenant compte des difficultés d'accès aux soins, de la démographie médicale et des contraintes budgétaires.

⇒ **Améliorer la gradation des soins hospitaliers (notamment en chirurgie, en cancérologie et en périnatalité) et l'organisation des filières de soins**

La gradation des soins permet d'adapter les moyens à la gravité des pathologies et au profil des patients. La gradation des plateaux techniques a donc vocation à répondre aux impératifs de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources. Elle doit également permettre un accès aux soins spécialisés, notamment en urgence. La gradation des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation comporte désormais 3 niveaux en région :

- **Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissements de santé**
- **Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional »**
- **Le niveau des plateaux techniques de « recours régional »**

⇒ **Fixer les objectifs d'implantations des activités de soins**

Le SROS fixe désormais des cibles correspondant au nombre d'implantations et au nombre d'appareils. La cible peut prendre la forme d'un minimum et d'un maximum.

Les activités couvertes sont donc :

médecine, hospitalisation à domicile, chirurgie, cardiologie interventionnelle, traitement du cancer, psychiatrie, soins de suite et réadaptation, activités de soins de longue durée, traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Le mouvement permanent des effectifs médicaux et les perspectives de la démographie médicale dans des spécialités bien repérées (*urgences - chirurgie - réanimation - périnatalité - santé mentale – imagerie*), les normes techniques de fonctionnement prévues par voie réglementaire, le niveau minimum d'activité requis pour une prise en charge de qualité (*réanimation, traitement du cancer, chirurgie*) ont amené de nombreux établissements à engager des réflexions sur la recomposition de l'offre de soins sur les territoires.

L'ARS confirme la nécessité d'adapter le maillage territorial en fonction des ressources contraintes (démographie médicale, dépenses publiques) et des enjeux de qualité et de sécurité des soins et dans le respect des besoins de soins des populations. Il convient toutefois de préciser que la détermination des objectifs quantifiés de l'offre de soin (OQOS) qui suivent tend à respecter les principes et objectifs suivants :

- Ne pas dégrader le service rendu à la population mais l'optimiser,
- Maintenir le niveau global de l'offre de soins (les suppressions d'implantations se traduisent par des regroupements d'activités),
- Assurer la sécurité et la qualité des soins pour le patient.

LE SROS incite ainsi à des regroupements de plateaux techniques (notamment en chirurgie, en particulier sur l'Artois) ou projette le développement des équipements en imagerie médicale (19 IRM supplémentaires).

2.5.3. Les implantations : le volet cancérologie

Les autorisations pour les activités de traitement des cancers ont été délivrées aux établissements de santé en octobre 2009. Elles concernent les activités de chimiothérapie, de chirurgie et de radiothérapie. S'agissant de la chirurgie, les autorisations ont été données par spécialité d'organe soumise à un seuil d'activité réglementaire (chirurgie des cancers mammaire, digestif, urologique, gynécologique, ORL et thoracique). Au total, 214 autorisations ont été accordées. Elles sont réparties sur 67 établissements.

Les établissements ont eu 18 mois pour se mettre en conformité avec les conditions réglementaires : respect des seuils d'activité et des critères de qualité définis par l'Institut National du Cancer : mise en œuvre de la pluridisciplinarité, organisation du dispositif d'annonce et des soins de support, mise en place du Programme Personnalisé de Soins (PPS), qualification des personnels...

Des visites de conformité ont donc été organisées par l'ARS entre mai et octobre 2011. Il résulte de ces visites, le bilan suivant :

La confirmation de l'autorisation assortie de recommandations pour un grand nombre d'établissements. Ce cas de figure concerne un total de 179 activités autorisées.

Une non-conformité formulée pour 33 activités autorisées dans 20 établissements de santé pour lesquelles des mesures correctrices ont été demandées. Les points de non-conformité portent essentiellement sur :

- le niveau d'activité inférieur au seuil réglementaire,
- la pluridisciplinarité : insuffisance ou absence de participation des praticiens aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), insuffisance dans le quorum des RCP, insuffisance dans la présentation des dossiers en RCP,
- les conditions transversales : insuffisance dans l'organisation du dispositif d'annonce, des soins de support, absence de programme personnalisé de soin (PPS),
- la couverture médicale des chimiothérapies non assurée par des praticiens qualifiés en cancérologie,
- l'absence d'organisation des réunions de morbi-mortalité.

Au vu des propositions avancées par les établissements, la plupart de ces autorisations est maintenue sous réserve des résultats d'une nouvelle visite de conformité qui sera réalisée au terme du 1^{er} semestre 2012.

Des autorisations ont été retirées ou le seront prochainement compte soit de l'insuffisance des mesures proposées ou de la confirmation de l'arrêt de l'activité par l'établissement.

A ce jour, 5 autorisations sont ou seront prochainement retirées : 2 par caducité de l'autorisation compte tenu de l'absence d'activité pendant 6 mois (l'une en chimiothérapie, l'autre en chirurgie carcinologique urologique) ; 2 par arrêt de l'activité confirmé par l'établissement au vu des résultats de la visite de conformité (l'une en chirurgie carcinologique mammaire, l'autre en chirurgie carcinologique gynécologique, la dernière en chirurgie carcinologique thoracique).

A la suite des visites de conformité et des motifs de non-conformité, l'ARS réexaminera la possibilité de nouvelles demandes.

3. Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

3.1. Qu'est-ce que le SROMS

Le SROMS a pour objet « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie » (Article 1434-12 du code de la santé public).

Un périmètre large :

- Personnes en situation de handicap
- Personnes âgées
- Personnes concernées par des addictions

Le SROMS fixe des objectifs de progrès à 5 ans. Il :

- apprécie les besoins des personnes âgées, handicapées et concernées par les addictions à venir (ex : développement de la maladie d'Alzheimer, vieillissement des personnes handicapées, nouvelles addictions telles que addictions aux écrans)
- A partir des besoins, le SROMS détermine l'évolution de l'offre médico-sociale
- précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale

3.1.1. Un schéma étroitement concerté et coordonné

Deux niveaux de pilotage coexistent sur le champ médico-social et une articulation forte avec les 2 conseils généraux a été établie à la fois dans le cadre de son élaboration mais également à travers des orientations partagées et coordonnées.

D'autre part, l'élaboration du SROMS a été travaillé dans une large concertation et co-construction avec les partenaires institutionnels et les acteurs du champ médico-social.

SROMS :

- 17 orientations communes aux trois champs et spécifiques à chacun,
- déclinées en 37 objectifs opérationnels,
- déclinés en + de 130 actions.

3.1.2. Les éléments clés du diagnostic régional en Nord – Pas-de-Calais

- Personnes âgées : Le vieillissement de la population : dès 2020 le nombre de personne de plus de 60 ans dépasserait les moins de 20 ans, même si la région reste l'une des régions les plus jeunes de France.
L'espérance de vie est plus faible dans la région et l'état de santé plus dégradé pour aborder le vieillissement, le taux de dépendance des personnes âgées étant plus fort qu'ailleurs.
- Personnes handicapées : Sur le champ du handicap adulte comme enfant, un équipement médico-social supérieur à la moyenne nationale qui doit être relativisé par l'existence d'une sur-représentation du handicap dans la région.
- Addictions : Parmi les causes de mortalité prématurée, une surreprésentation de l'alcoolisme tant chez les hommes que chez les femmes.

3.2. Le SROMS en actions

3.2.1. Améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées, âgées et concernées par les addictions

Contexte :

- Difficulté d'accès aux soins accentué quand il s'agit des personnes vulnérables
- Obstacles d'ordre physique, financiers, culturels
- Démographie médicale et paramédicale

Objectifs opérationnels :

Améliorer la connaissance des publics et des professionnels de santé

Les messages de prévention de base seront adaptés afin de les rendre plus compréhensibles des publics âgés, handicapés et concernés par les addictions

Il est prévu également de donner aux personnels soignants les clés pour une approche plus facile de la personne accueillie par exemple en désignant un référent handicap au sein des centres hospitaliers et en formant les professionnels de santé à l'approche du vieillissement et du handicap

Apporter une réponse aux médecins généralistes souvent démunis face à une situation complexe en expérimentant l'accès à une plate-forme de gestion de « cas complexes » notamment pour les personnes âgées.

Organiser des circuits de soins plus coordonnés

Favoriser l'accessibilité à l'hôpital:

- s'assurer que des transports adaptés permettent aux personnes handicapées et âgées d'accéder aux établissements de soins
- améliorer la formation aux urgences pour l'accueil des personnes handicapées et âgées
- s'assurer d'une signalétique adaptée dans les Centres Hospitaliers.

Envisager les suites d'hospitalisation des personnes âgées et handicapées :

- développer les conventions et passerelles entre le champ hospitalier Soins de suite et de réadaptation, hospitalisation, hospitalisation à domicile, les soins palliatifs et les structures médico-sociales

Expérimenter au sein d'un hôpital une prise en charge spécifique les personnes en situation de handicap.

3.2.2. Favoriser le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoce du handicap

Contexte :

- Surreprésentation du handicap dans la région , écart qui s'accroît par rapport au national notamment sur l'enfance, les enjeux sont de contenir cette évolution
- Eviter les ruptures dans l'accompagnement pendant la petite enfance

Objectifs opérationnels :

Mieux structurer le repérage et l'orientation des personnes handicapées

L'objectif est de renforcer la sensibilisation des équipes hospitalières afin de préparer le dispositif d'annonce du handicap à la famille

Mieux expliquer aux familles le handicap de l'enfant et rendre lisible les structures d'accompagnement et le parcours en :

* diffusant des fiches de parcours-type de l'enfant en fonction de sa déficience

* proposant par territoire, des annuaires et cartes d'implantation des dispositifs existants (ex : établissements pédiatriques, centres ressources, services et établissements médico-sociaux,...)

Renforcer les CAMSP

Les CAMSP (Centre d'action médico-social précoce) assurent le dépistage, le diagnostic, bilan initial et la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans. Il existent 24 CAMPS dans le Nord Pas-de-Calais.

La couverture géographique de ce dispositif est assurée dans la région. Cependant , il est nécessaire de renforcer leur capacité en fonction notamment du délai d'attente.

Mieux articuler les CAMSP avec les autres dispositifs (psychiatrie et protection maternelle infantile):

L'analyse de l'activité des CAMSP montre qu'elle est très variable d'un territoire à un autre. Il est donc nécessaire de mesurer les écarts et de préciser clairement leurs missions.

D'autre part, il existe d'autres acteurs sur le champ de l'enfance, tels que la protection maternelle et infantile (PMI), les centres médico-psychologiques (CMP) avec lesquels il est important de développer les rencontres et formations communes et de définir le rôle de chacun d'entre eux sur un territoire donné.

3.2.3. Favoriser une politique de maintien à domicile et de l'autonomie pour les personnes âgées et handicapées

Contexte :

- l'équipement en établissement, que ce soit sur le handicap ou les personnes âgées est plutôt orienté vers une offre en établissements,
- Or, part importante de la population âgées et en perte d'autonomie vit à domicile (92% des plus de 75 ans dans la région contre 90% en France),
- Souhait des personnes âgées et handicapées de rester à domicile plutôt qu'en institution,
- Pour le handicap, la loi de 2005 prévoit de favoriser l'intégration à l'école ordinaire plutôt qu'en établissement spécialisée.

Objectifs opérationnels :

Renforcer l'offre en services pour les personnes âgées :

La grande majorité des usagers pris en charge par les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) vit à domicile ; (96%) et est âgée de 75 ans et plus (plus de 80%). L'objectif est donc d'augmenter le nombre de places de SSIAD ; Doré et déjà, un appel à projets de création de 400 places a été lancé en fin d'année 2011 et il est prévu un nouvel appel à projet de 200 places en 2012.

Pour mémoire le nombre de places autorisées en SSIAD au niveau régional en 2011 : 8190.

Le développement de la maladie d'Alzheimer nécessite la création de dispositifs spécifiques permettant des soins d'accompagnement et de réhabilitation à domicile. Ainsi, il existe actuellement dans la région 9 ESAD (Equipes spécialisées Alzheimer). L'objectif est de généraliser le dispositif sur l'ensemble du territoire régional.

En 2011 un appel à projet à été lancé afin de créer 9 ESAD supplémentaires. Un nouvel appel à projets devrait être lancé en 2012 pour créer 9 ESAD supplémentaires.

Renforcer l'offre en services pour les personnes handicapées :

Pour le champ de l'enfance handicapée, les service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) permettent de faciliter l'intégration dans des classes ordinaires et donc de favoriser l'autonomie des personnes handicapées. Si l'accueil en établissement reste une solution notamment concernant les handicaps lourds, le SROMS se donne comme objectif de développer les places en SESSAD, à la fois par création mais également à partir de transformation de places d'établissements en services.

Pour les adultes handicapés, 827 places d'établissements médicalisés on été autorisés et sont en cours d'installation. Il est donc nécessaire de faire une pause pour mesurer l'impact des autorisations sur les listes d'attente.

D'autre part, il faut savoir que le taux d'équipement en service d'accompagnement médico-social pour adultes Handicapés (SAMSAH) est de 0.14 pour 1000 contre 0.97 au niveau national.

Priorité est donc donner dans le cadre du SROMS à la création de les SAMSAH et SSIAD pour personnes handicapés favorisant le maintien à domicile qui permettent de lutter contre l'isolement et la précarité sociale en élaborant des solutions de vie pratique et aidants les adultes dans leur démarche médicales, sociales, et administratives.

3.2.4. Accompagner l'évolution des pratiques des professionnels

Contexte :

- Développer et améliorer les compétences des intervenants en addictologie (sociaux, médico-sociaux, éducatifs) et des professionnels confrontés aux situations de pratiques addictives (pour favoriser le repérage et le dépistage précoces).
- Exigence des usagers et aidants en terme de qualité de l'accompagnement et de prise en compte de la bien-traitance
- Accompagner les évolutions liées à la demande sociale (plus de souplesse et modularité dans les accueils)

Objectifs opérationnels :

Mieux former et informer sur les addictions

Adapter la communication en collaboration avec les partenaires concernés

- pour les publics en difficultés : dans les lieux spécifiques fréquentés (services d'urgences, lieux d'accueil d'urgence, centres d'hébergement, PMI, établissements pénitentiaires, services de prévention, milieux étudiants, lieux festifs) avec des outils de communication adaptés aux différents publics
- pour les nouvelles addictions (jeux d'argent, jeux vidéo, troubles du comportement)

Actions vers les professionnels et acteurs de l'addictologie :

- encourager à sensibiliser et former les professionnels :
 - via la mise en place de la plate forme d'appui aux professionnels de santé
 - en soutenant la formation des médecins généralistes, du travail et aux techniques d'entretien motivationnel
- développer la connaissance des médecins libéraux et autres acteurs de santé sur l'offre disponible en addictologie sur les territoires
 - via le portail internet ARS
 - par diffusion de brochures aux institutions et principaux partenaires

Développer les formations interinstitutionnelles

Développer dans les lieux de formation initiale (faculté de médecine, institut de formation infirmier,...) une meilleure connaissance des différents secteurs (hospitalier, médecine de ville, structures médico-sociales et sociales) par la mise en place de modules communs.

Organiser des temps d'échanges entre professionnels du médico-social et du sanitaire ex : stages croisés.

4. Le schéma régional de prévention (SRP)

4.1. Qu'est-ce que le SRP ?

Le SRP affiche une ambition régionale forte et partagée : il vise à promouvoir une politique de prévention, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, assise sur un ensemble cohérent de programmes étroitement intriqués à une organisation efficiente des soins, destinée à améliorer durablement la santé et le bien-être de tous les habitants de la région du Nord Pas de Calais.

Il n'intègre pas la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, c'est-à-dire l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui est en partie liée à l'organisation des soins (cf.SROS), en ce qu'elle est un enjeu de l'évolution de la maladie.

D'autre part, la sécurité sanitaire, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements relevant d'un risque sanitaire sont développés dans programme appelé VAGUSAN (veille alertes et gestion des urgences sanitaires).

Le SRP est actuellement en cours de refonte avec la participation de l'ensemble des partenaires réunis au sein des comités thématiques, et des instances de démocratie sanitaire voulues par la loi HPST.

Le SRP s'inscrit dans la continuité des 6 programmes régionaux de santé de la période 2000-2006 et du plan régional de santé publique 2007-2011, tout en constituant une nouvelle approche articulée avec les autres constituants du PRS.

4.2. Les objectifs du SRP

L'objectif général du SRP devra poursuivre l'amélioration du niveau global de santé des habitants de la région Nord-Pas de Calais en priorisant la réduction de la mortalité générale et la mortalité prématurée évitable.

Pour cela :

- il visera à réduire l'écart de la région avec la moyenne nationale ainsi que les écarts entre les territoires.
- il contribuera à la réduction des inégalités sociales de santé, enjeu majeur au regard de leur importance dans notre région.

Au regard de l'objectif général défini ci-dessus, les priorités d'action de prévention pourront être déclinées selon trois domaines d'application :

- les pathologies,
- les déterminants de santé
- les populations.

Les politiques de prévention devront s'attacher à diminuer prioritairement la prévalence des pathologies à l'origine de mortalité prématuré. Ainsi pourraient être déclinées les six thèmes suivants ; améliorer la prévention et le dépistage des cancers, prévenir la mortalité par maladie cardio-neuro-vasculaire, prévenir les maladies infectieuses, prévenir l'obésité, prévenir les maladies chroniques, prévenir le risque suicidaire et la souffrance psychique. cette déclinaison n'étant pas exhaustive, en tant que de besoin, d'autres thèmes pourront être abordés

L' action sur les déterminants de santé va permettre d'accélérer le mouvement de rattrapage des indicateurs. Ces déterminants résultent de multiples caractéristiques, socio économiques, environnementales, comportementales. Parmi ces multiple déterminants, l'ARS a choisi d' agir sur les consommations à risque et les conduites addictives (tabac, l'alcool...), sur l'alimentation et l'activité physique, mais également sur l'environnement et les conditions de travail.



Une attention particulière sera portée aux actions de prévention concernant les populations stratégiques et fragilisées : les précaires, les détenus, les personnes handicapées, les personnes âgées.

Le schéma régional de prévention doit s'inscrire dans une politique large de prévention ainsi des convergences seront recherchées avec :

- les autres schémas et programmes du Projet régional de santé, du plan régional santé-environnement et du plan régional de santé au travail
- les plans, programmes, actions portées par les services de l'Etat, la Région et les Départements, l'Assurance Maladie, au sein notamment de la CCP.

De plus, les Contrats Locaux de Santé devront dégager des propositions pour renforcer l'action sur les déterminants, au regard des priorités locales. Les communes et intercommunalités signataires des contrats locaux de santé pourront intégrer des propositions relevant de leur champ d'action.