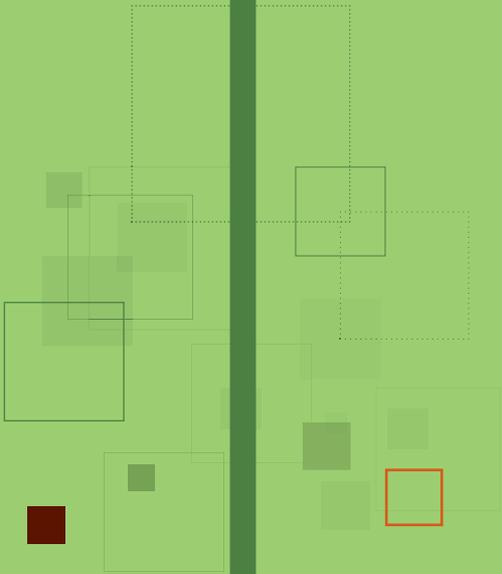


CAHIER 2

La stratégie régionale de santé
en Bourgogne à l'horizon 2016 :
du diagnostic aux priorités



PRS

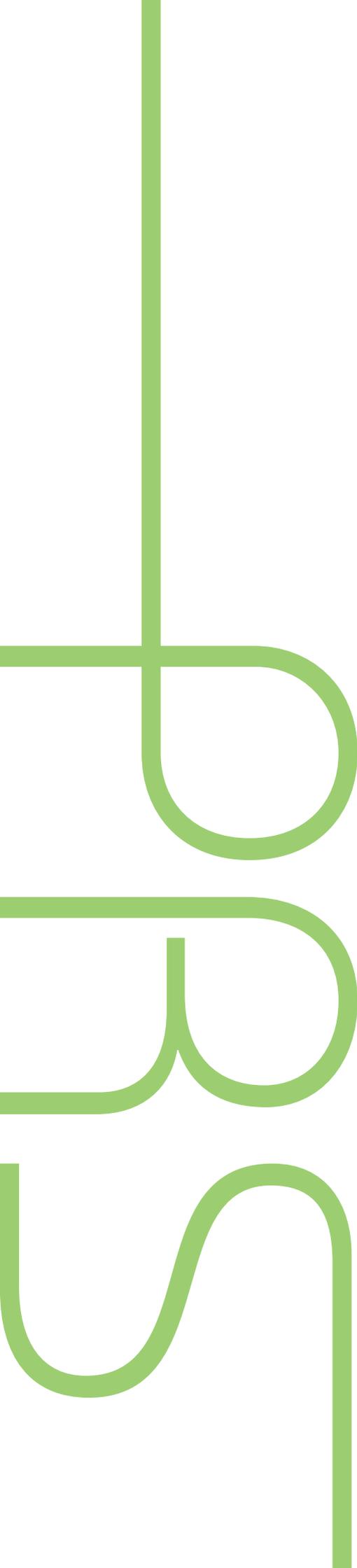




CAHIER 2

La stratégie régionale de santé
en Bourgogne à l'horizon 2016

Du diagnostic aux priorités



Sommaire

/// La stratégie régionale de santé en Bourgogne à l'horizon 2016

/// Le plan stratégique régional de santé de Bourgogne . . . 5

/// Du diagnostic aux priorités 7

1 Analyse de l'état général de santé de la population 7

1.1 Des indicateurs globaux de santé qui s'améliorent
mais de façon moins sensible que dans le reste de la France 7

1.2 Un poids important des maladies cardiovasculaires,
neurovasculaires et des cancers 8

1.3 Une analyse par tranches d'âge qui montre la fragilité
de la population des adolescents et des jeunes adultes 9

1.4 La nécessité d'accompagner les populations vieillissantes
et/ou handicapées dans leurs choix de vie 9

2 Analyse de l'offre globale de santé en Bourgogne 11

2.1 Une offre conséquente dans le champ hospitalier
à relier à la configuration géographique 11

2.2 Un maillage de la région assuré par les services des urgences
mais une inégale effectivité de la permanence des soins 12

2.3 Un équipement global médico-social qui situe la Bourgogne
en position très favorable en France, mais inégalement réparti 12

2.4 Une offre de prévention à conforter 13

2.5 Un élément important de fragilité de l'offre :
la démographie et la répartition des professionnels de santé 13

2.6 La qualité et la sécurité des soins, des exigences à renforcer 14

3 Une problématique commune : les inégalités territoriales 15

4 Les Priorités et objectifs régionaux 16

4.1 L'organisation de l'offre de santé de proximité, dont les soins
de premier recours et leur articulation avec la prévention,
les soins de second recours et le domaine médico-social 17

4.2 Le soutien à l'autonomie des personnes en situation
de handicap et/ou des personnes âgées 17

4.3 Le développement dès l'enfance, des capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé	17
4.4 L'organisation de la prise en charge des maladies chroniques et des polypathologies, constituant des causes importantes de mortalité prématurée et de morbidité.....	18
4.5 Le P.A.C.T.E	19
4.6 Fiches Objectifs du PSRS	20
5 Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé.....	24
5.1 Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.....	24
5.2 La coordination avec le Plan Régional Santé Environnement (PRSE)	25
5.3 La nécessaire coordination des politiques publiques pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).....	25
5.4 L'articulation avec l'assurance maladie : la gestion du risque.	27
6 L'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé	28
6.1 Un suivi annuel	28
6.2 L'évaluation	28
6.3 Comité de suivi et d'évaluation du PRS	29

/// Le plan stratégique régional de santé de Bourgogne

Introduit par la loi dite HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le projet régional de santé (PRS) définit la politique de santé de l'ARS pour les cinq années à venir, en intégrant les soins, la prévention et l'accompagnement médico-social.

D'après l'article L1434-2 du code la santé publique et le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au PRS, celui-ci comporte trois volets :

- le plan stratégique régional de santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région,
- les schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins (hospitaliers et ambulatoires) et d'organisation médico-sociale,
- des programmes spécifiques dont le programme relatif à l'accès aux soins des plus démunis (PRAPS), le programme Télémédecine et le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR). L'ARS Bourgogne a décidé d'y adjoindre le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et le programme régional qualité et gestion des risques.

Le PSRS lui-même comprend :

- une évaluation des besoins de santé et de leur évolution,
- une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie,
- des objectifs fixés en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels de santé et aux services de santé,
- des mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion,

- une organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé.

Le présent document comporte une synthèse du diagnostic régional de santé et fixe les axes prioritaires de la politique de l'ARS Bourgogne ; il rappelle les mesures de coordination avec les autres politiques de santé et expose les principes d'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé.

Il est le résultat d'un travail de diagnostic de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI) et des services de l'ARS, ainsi que des contributions de l'équipe projet PRS élargie aux membres désignés de la commission permanente et des commissions spécialisées de la Conférence

Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) pour la détermination des priorités stratégiques.

L'ensemble de la démarche s'est appuyé sur les instances de la démocratie sanitaire :

- la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), avec sa commission permanente et de ses commissions spécialisées de prévention, de l'organisation des soins, de l'organisation médico-sociale, et des usagers,
- les conférences des quatre territoires arrêtés fin 2010.

Les deux commissions de coordination composées des principaux partenaires impliqués dans la politique de santé ont apporté leur concours particulier en acceptant d'être le comité de pilotage du schéma prévention (pour celle compétente dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile) et du schéma médico-social (pour celle compétente dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux).

Enfin, les groupes de travail sollicités dans le cadre de l'élaboration des schémas et sur l'analyse transversale de sept parcours de vie et de santé des personnes, ont permis d'associer le plus largement possible les usagers et les acteurs de la santé qui ont enrichi la réflexion.



/// Éléments de définition

De nombreuses approches et définitions qui se rapportent à la Santé, les plus récentes se caractérisent par une vision globale intégrant, bien au-delà de l'absence de maladie, la capacité physique, psychique et sociale d'une personne ou d'un groupe à agir dans son milieu et à accomplir les rôles qu'elle (il) entend assumer.

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001 prend en compte les structures et fonctions du corps dont les altérations correspondent aux déficiences, les activités dont les limitations évoquent la notion d'incapacités, et la participation sociale dont la restriction est considérée comme le handicap vécu par la personne dans sa vie quotidienne.

La Santé est ainsi définie comme une ressource qui permet à un individu ou à un groupe, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci.

En réponse à cette approche globale, le Projet Régional de Santé définit les objectifs pluriannuels de l'Agence Régionale de Santé en matière de prévention, d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et d'articulation avec les autres politiques de santé. Le PRS est donc l'instrument stratégique de l'ARS pour agir dans ses champs de compétence. La mise en œuvre de la transversalité entre ces domaines reste un vrai défi et constitue tout l'enjeu des ARS pour répondre de façon efficace et efficiente aux besoins des usagers dans leurs parcours de santé et de vie.

➤ Trois finalités expriment l'ambition du PRS :

- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- Promouvoir l'égalité devant la santé,
- Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient.

/// Les principaux constats du diagnostic régional

L'analyse croisée de l'état général de santé des bourguignons et de l'offre globale de santé régionale met en évidence plusieurs problématiques de la région :

- Des indicateurs globaux de santé qui s'améliorent mais de façon moins sensible qu'en France ;
- Un poids important des maladies cardiovasculaires, neurovasculaires et des cancers dans les causes de mortalité ;
- Une analyse par tranche d'âge qui montre la fragilité de la population des adolescents et des jeunes adultes ;
- La nécessité d'accompagner les populations vieillissantes et/ou handicapées dans leurs choix de vie ;
- Une offre conséquente dans le champ hospitalier à relier à un vaste territoire et à une configuration géographique éclatée ;
- Un maillage de la région assuré par les services des urgences mais une inégale effectivité de la permanence des soins ambulatoires ;
- Un équipement global médico-social qui situe la Bourgogne en position très favorable parmi les régions françaises, mais inégalement réparti ;
- Une offre de prévention à consolider ;
- Une démographie et une répartition inégale des professionnels de santé fragilisant l'ensemble du système de santé ;
- Une problématique commune, les inégalités territoriales de santé.

/// Du diagnostic aux priorités...

1 Analyse de l'état général de santé de la population

/// Le contexte bourguignon

Avec 1,6 million d'habitants, soit 2,57 % de la population française, la **Bourgogne voit sa population augmenter légèrement** depuis la fin des années 70 (+1,2 % de 1999 à 2006, + 1,8 % de 1999 à 2008). Seule la population de la Nièvre continue de diminuer. Au 01/01/2011, la population de la région est estimée à 1,643 million de personnes¹.

Tableau 1 : Effectifs de la population dans les départements aux RP 2006 et 2008 et évolutions par rapport à 1999

	Effectifs 2006	Évolution 2006-1999 (%)	Effectifs 2008	Évolution 2008-1999 (%)
Côte-d'Or	517 168	1,4	521 608	2,9
Nièvre	222 220	-1,6	220 653	-2,0
Saône-et-Loire	549 361	0,8	553 968	1,7
Yonne	340 088	2,3	342 359	3,0
Bourgogne	1 628 837	1,2	1 638 588	1,8

Source : Insee, RP 2006, RP 2008 – Exploitation ORS (RP= Recensement de Population)

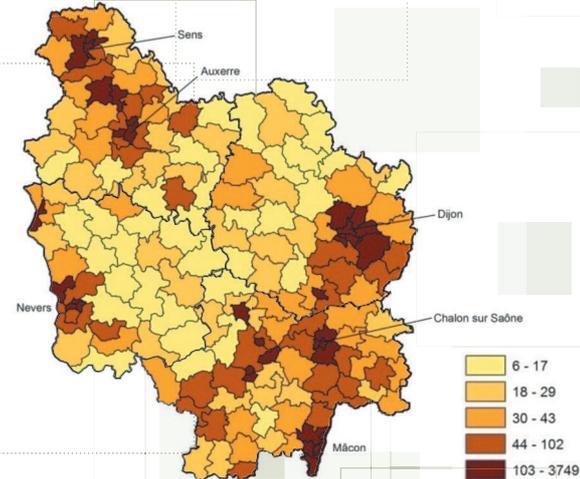
La région se caractérise par une densité de population inférieure à la moyenne nationale (52 habitants/ km² contre 113 en France) qui témoigne du **caractère rural de la Bourgogne** (Nièvre, ouest de la Côte-d'Or, sud-ouest de la Saône-et-Loire Est et sud-ouest de l'Yonne).

Malgré un nombre de naissances (près de 18 000 par an) supérieur à celui des décès (environ 17 000), la Bourgogne est **plus âgée que la moyenne française**, en raison notamment d'un solde migratoire négatif pour les jeunes adultes et positif pour les seniors. La Nièvre et la Saône-et-Loire sont particulièrement concernées par un nombre important de personnes âgées de 75 ans et plus.

La part des ouvriers/employés dans la population active, est supérieure à la moyenne française et le **revenu fiscal moyen des bourguignons est plus modeste** que le revenu moyen national.

¹ Source INSEE (estimations de population 2009 et modèle OMPHALE scénario tendanciel 2007)

Carte n° 1 : densité de la population au km² dans les cantons de Bourgogne



- 2,57 % de la population française
- Densité en Bourgogne : 52 habitants au km²
- Densité en France hexagonale : 113 habitants au km²
- 60 % de la population vit sur 10 % du territoire
- 33 % de la population vit en espace rural
- Part des 75 ans pour 100 habitants en 2006 : 10,3 %
- Part des 75 ans et plus en France hexagonale : 8,3 %

- En 2008, 1 638 588 habitants
- Côte-d'Or : 521 608 – Nièvre : 220 653
- Saône-et-Loire : 553 968 – Yonne : 342 359
- 10,6 % des bourguignons sont âgés de 75 ans et plus
- (8,6 % en France métropolitaine)

Source : Insee, RP 2006 – Exploitation ORS

1.1 Des indicateurs globaux de santé qui s'améliorent mais de façon moins sensible que dans le reste de la France

L'espérance de vie atteint en 2007, en Bourgogne, 76,8 ans pour les hommes (77,5 en France) et 84,3 ans pour les femmes, comme en France. **La progression de l'espérance de vie observée en Bourgogne est toutefois moindre que celle observée au plan national.** Par ailleurs, l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité reste marqué selon les groupes professionnels. Ainsi la Bourgogne est moins bien située que la moyenne nationale pour la mortalité prématurée des ouvriers et des employés.

La mortalité prématurée, survenant avant 65 ans, représente 18 % des décès en Bourgogne, 25 % des décès masculins et 11 % des décès féminins. Les principales causes sont les cancers (41 %), les traumatismes et empoisonnements (16 %), et les maladies cardiovasculaires (14 %).

Si la mortalité prématurée a diminué de 16,3 % entre 1991-1997 et 2001-2007 en Bourgogne, elle a diminué de 18,9 % en France, et l'écart de la Bourgogne à la moyenne française atteint +14 %.

À l'intérieur de la région, la mortalité prématurée est marquée au nord d'une ligne nord-est/ sud-ouest, avec un écart à la moyenne régionale qui s'est aggravé durant la dernière décennie pour la Nièvre et l'Yonne. Or, on estime à 1500 le nombre de décès évitables dans ces décès prématurés, 1000 par la prévention et 500 par la détection et la prise en charge précoces.

La mortalité globale est pour l'essentiel causée par les maladies du système cardiovasculaire (29,7 %, 1^{re} cause de décès dans la région), puis par les cancers (27 %), les traumatismes et empoisonnements, incluant les suicides (8 %), et les maladies respiratoires (près de 6 %).

Sur le plan environnemental, la région granitique du Morvan, située dans la Nièvre et au nord-ouest de la Saône-et-Loire, correspond approximativement à la présence potentiellement importante de radon dans l'habitat dont l'inhalation est reconnue 2^e cause de cancers pulmonaires en France. L'utilisation de pesticides et la pollution atmosphérique liée aux particules fines, à l'ozone et aux oxydes d'azote issus pour une bonne part des activités de transport et de chauffage ont des conséquences délétères sur la santé prouvées, mais qui méritent d'être approfondies. La qualité bactériologique de l'eau potable est très satisfaisante mais un effort significatif doit être poursuivi et renforcé au sujet des pesticides et des nitrates.

La Bourgogne se caractérise par des déterminants de santé plutôt médiocres. Ainsi, on constate des comportements à risque plus élevés que dans le reste de la France chez les jeunes Bourguignons, en particulier dans la consommation de tabac et d'alcool. Près d'une femme sur cinq continue de fumer pendant sa grossesse et la région compte plus de personnes obèses que la moyenne nationale.

Ainsi, malgré une amélioration des indicateurs globaux de santé, le rattrapage du retard par rapport au reste de la France passera notamment par une réduction des comportements à risque des adolescents et des adultes jeunes.

1.2 Un poids important des maladies cardiovasculaires, neurovasculaires et des cancers

Les maladies cardiovasculaires et neurovasculaires touchent au moins 6% de la population en Bourgogne, reconnue en Affection de Longue Durée (ALD) à ce titre, avec des taux plus élevés dans la Nièvre, l'Yonne

et le nord/nord-ouest de la Côte-d'Or. Il s'agit dans 1/3 des cas d'hypertension artérielle (HTA) sévère, pour 1/4 de cardiopathie ischémique et pour un autre quart d'insuffisance cardiaque. Sur ces mêmes territoires, le recours aux soins hospitaliers de courte durée est plus important qu'en moyenne en région.

5 100 personnes décèdent chaque année d'une maladie cardio-neuro-vasculaire. La Bourgogne, qui était en situation favorable en 1991-1997, et dont la mortalité de cause cardiovasculaire a diminué ces dernières années, mais moins qu'en France, **présente désormais une surmortalité pour la période 2000-2007**. La Nièvre, et à un moindre degré l'Yonne, sont les plus touchées.

Les cancers sont la cause de la reconnaissance en ALD de 3 % des Bourguignons, avec des situations infradépartementales hétérogènes. La Nièvre et la Saône-et-Loire présentent des taux d'hospitalisation pour ces pathologies plus élevés que les autres départements de la région. Les décès (4 700 par an) ont diminué en Bourgogne, surtout chez les hommes. Cependant, le récent rapport de l'Institut National du Cancer sur **la diminution de la mortalité par cancer en France indique une baisse moindre en Bourgogne**. La surmortalité masculine par cancer persiste dans la Nièvre ainsi que dans l'Yonne depuis le début des années 90. Pour les femmes, on constate une surmortalité par rapport à la France depuis la fin des années 2000 dans la Nièvre; l'augmentation rapide des cancers du poumon depuis 1985 touche les femmes de Bourgogne, comme au plan national.

C'est aussi le cancer du poumon qui est la cause la plus fréquente de décès chez les hommes, en lien direct avec le tabagisme (23 %), alors que pour les femmes c'est le cancer du sein (18 %).



Parmi les autres causes de morbidité/mortalité en Bourgogne, on observe : les traumatismes et empoisonnements (plus nombreux qu'en France et dont 1/3 est constitué par des chutes et suffocations); le diabète et l'insuffisance rénale chronique (dont les

taux de recours aux soins hospitaliers sont supérieurs à la moyenne nationale); les affections ostéo-articulaires (à l'origine de nombreux séjours hospitaliers en structures de courte durée, dans 7 cas sur 10 pour prise en charge chirurgicale); l'asthme; les maladies infectieuses chroniques (hépatites, VIH-SIDA, IST) et les maladies neurologiques (dont la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, l'épilepsie et la sclérose en plaques); la santé mentale et la mortalité par suicide (qui, malgré une diminution de ces décès de 16,6 % entre 1991-1997 et 2000-2007, reste légèrement supérieure à la moyenne nationale).

Compte tenu de leur prévalence, des enjeux forts de prise en charge, et du caractère marqué des disparités géographiques sur ces pathologies, les maladies cardiovasculaires, neurovasculaires et les cancers, constituent une préoccupation majeure dans notre région.

1.3 Une analyse par tranches d'âge qui montre la fragilité de la population des adolescents et des jeunes adultes

En Bourgogne le nombre de naissances est stable depuis le début des années 2000, à environ 18 000 naissances par an; pour les deux tiers, les mères sont âgées de 25 à 34 ans. Les indicateurs de morbidité et de mortalité durant la période périnatale et pendant l'enfance jusqu'à 15 ans sont **comparables voire meilleurs que ceux de la France**.

Cependant, les traumatismes et empoisonnements restent la première cause de décès dans cette tranche d'âge (33 %, les noyades en première cause d'accidents de la vie courante) suivis des tumeurs (25 %). Les troubles psychiatriques constituent le principal motif d'admission en ALD chez les jeunes de moins de 15 ans. La Bourgogne se caractérise aussi par la disparité des situations d'enfants en danger ou risque de danger : 6,4 pour 1 000 en moyenne, 9,0 dans l'Yonne, 6,7 dans la Nièvre, 5,9 en Côte-d'Or et 5,2 en Saône-et-Loire en 2006.

Concernant les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans), les violences subies touchent plus les jeunes de 11-17 ans que les enfants plus jeunes. Par ailleurs, la **consommation régulière d'alcool est plus fréquente** chez les jeunes Bourguignons qu'en France. Le suicide représente la deuxième cause de décès après les accidents de la route pour les 15-24 ans et les moins de 30 ans représentent 33 % des hospitalisations pour tentative de suicide.

En 2008, 31 % des jeunes Bourguignons de 17 ans sont fumeurs quotidiens. Ils ne se distinguent pas des jeunes Français. Parallèlement, 45 % de ces jeunes déclarent avoir expérimenté le cannabis et 6 % en consommer régulièrement, ces proportions étant en nette baisse

comme en France. Ceci peut être associé à l'augmentation de la consommation d'autres produits dans la région comme en France (produits à inhaler).

De plus, le bruit constitue un facteur environnemental souvent générateur de gêne dans la population générale, et préoccupant pour l'audition des jeunes en raison de l'utilisation excessive de musiques amplifiées.

Concernant les autres tranches d'âge, la Bourgogne compte 841 000 habitants âgés de 25 à 64 ans, soit la moitié de la population de la région, comme en France. Cette période de la vie est marquée par le risque d'atteintes prématurées à la santé avec **une mortalité prématurée de 14 % supérieure à la moyenne française** (pour cancers en premier lieu, puis traumatismes et empoisonnements incluant les suicides, et maladies cardiovasculaires), ainsi que par les pathologies d'origine professionnelle.

Les Accidents du Travail (AT) ont diminué depuis les années 1980, mais leur indice de fréquence est supérieur à la moyenne nationale (46 pour 1 000 salariés, contre 38 en France), avec des disparités départementales et selon les secteurs d'activité. Les Maladies Professionnelles (MP) ont à l'inverse beaucoup augmenté, comme en France, en raison de la hausse des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) essentiellement. La moitié des MP indemnisées en 2004 l'étaient en Saône-et-Loire. Des études auprès des salariés font état de douleurs ostéo-articulaires pour 40 % d'entre eux, et de troubles neuropsychiques dans les mêmes proportions.

Au total, les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement fragilisés dans la région compte tenu de leur exposition aux risques liés aux addictions.

1.4 La nécessité d'accompagner les populations vieillissantes et/ou handicapées dans leurs choix de vie

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, définit le handicap – quel que soit l'âge – de manière multidimensionnelle : « constitue un handicap... toute limitation d'activité ou restriction de la participation de la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé ».

La complexité de ces notions explique que la connaissance des personnes en situation de handicap ou de dépendance demeure lacunaire, tant au plan de leurs caractéristiques, de leur situation que de leurs difficultés, pour répondre au mieux à leurs besoins.

/// Le secteur du handicap

En Bourgogne, près de 49 000 personnes bénéficiaient de prestations de compensation du handicap en 2007 dont 15 300 bénéficiaires de pensions d'invalidité et 25 900 bénéficiaires de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH), **le taux d'AAH étant supérieur à la moyenne nationale**, notamment dans la Nièvre et dans l'Yonne.

L'autonomie passe par la détection précoce des handicaps, la scolarisation des enfants en milieu ordinaire, en lien avec l'Éducation nationale et par la formation professionnelle des jeunes, en totale cohérence avec la loi du 11/2/2005 qui préconise l'inclusion. À la rentrée scolaire 2009, plus de 5200 élèves porteurs de maladies invalidantes ou handicapés étaient accueillis en classe ordinaire et 2500 étaient scolarisés par les établissements hospitaliers et médico-éducatifs. À noter la situation particulière de la Saône-et-Loire qui présente un taux d'allocataires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) très élevé ainsi qu'un nombre très important d'élèves scolarisés dans le 1^{er} et 2^e degré mais avec un grand nombre de projets personnalisés de scolarisation non validés.

Pour les adultes handicapés, le travail protégé est face à de nouveaux enjeux, la mise en place du projet de travail personnalisé, l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire et la valorisation des acquis professionnels.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap pose un problème croissant tant dans les structures d'hébergement et de soins que dans les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) qui développent l'accueil à temps partiel avec la question de la gestion du temps libre.

/// La question du vieillissement

Le vieillissement de la Bourgogne est supérieur à la moyenne nationale, surtout dans la Nièvre et en Saône-et-Loire : l'indice régional de vieillissement ² se situe à 86,2 en 2008 contre 67,3 au plan national. La part des personnes âgées de 75 ans et plus va progresser de 14 % entre 2005 et 2015 avec des différences selon les tranches d'âge, celle des 85 ans et plus progressant de 75 % entre 2005 et 2017, alors que les 75-84 ans vont rester stables jusqu'en 2022 : ces évolutions montrent les enjeux sur la prévention pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé et sur la prise en charge de la dépendance des personnes très âgées.

Par ailleurs, la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population est importante en milieu rural. En milieu urbain, la majorité des personnes âgées vivent seules.

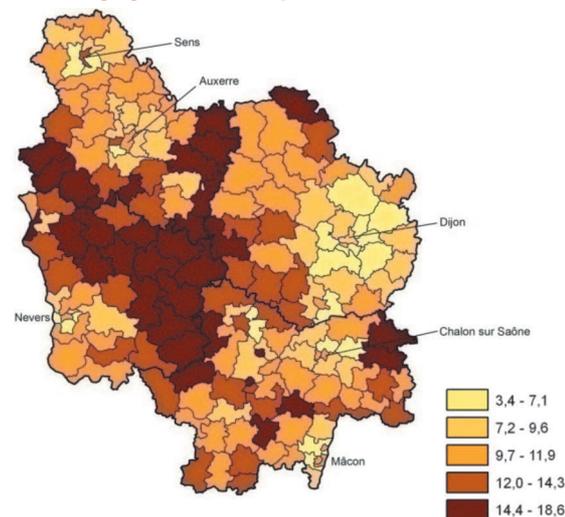
2 Indice de vieillissement : nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans



L'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) est la principale prestation servie avec près de 38 300 bénéficiaires en 2008, supérieur au taux national, notamment dans la Nièvre et en Saône-et-Loire où la majorité des bénéficiaires vivent à leur domicile. Ces deux départements cumulent également un nombre élevé de personnes âgées en situation de précarité.

La question des coûts de prise en charge, dont une partie parfois importante reste dévolue aux personnes et à leur famille, est très problématique, car elle peut induire un renoncement à certains recours : c'est le cas pour l'accès aux solutions d'hébergement et aux services à domicile où le différentiel entre l'APA et le coût des services à domicile constitue également un frein.

Carte n° 2 : Part des 75 ans et plus dans les cantons de Bourgogne en 2006 (pour 100 habitants)



■ Part en Bourgogne : 10,3 % (10,6 en 2008)

⋯ Part en France métropolitaine : 8,3 % (8,6 en 2008)

Source : Insee – Exploitation ORS

Le vieillissement de la population, incluant celui des personnes en situation de handicap, est susceptible de faire évoluer les modes de prise en charge et d'accompagnement dans le respect des parcours de vie de chacun.

2 Analyse de l'offre globale de santé en Bourgogne

La Bourgogne, région vaste et peu peuplée, se caractérise par une dispersion importante de sa population qui touche également l'offre ambulatoire, hospitalière et médico-sociale. Cette offre globale de santé se trouve ainsi fragilisée tant sur le plan financier que sur celui des ressources médicales et paramédicales.

2.1 Une offre conséquente dans le champ hospitalier à relier à la configuration géographique

Les structures d'hospitalisation de court séjour sont nombreuses, de tailles et d'activités diverses (plusieurs centres hospitaliers ne réalisent pas de chirurgie par exemple, des hôpitaux de proximité disposent de quelques lits de médecine, 14 établissements dont seulement 1 privé, disposent d'une maternité). Le secteur public est fortement investi dans l'activité de médecine avec 5 fois plus de lits que le secteur privé; ce dernier par contre dispose d'un peu plus de lits et places de chirurgie. Par ailleurs le suivi de l'activité des établissements par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) montre une relative stabilité de cette activité, pour le court séjour, depuis 2007.

Le taux d'équipement en région pour l'activité de médecine est de 2,55 lits et places pour 1 000 habitants alors que ce taux n'est que de 2,11 en France. Il atteint 2,89 en Côte-d'Or, 2,51 dans la Nièvre, 2,44 en Saône-et-Loire et 2,26 dans l'Yonne.

Le taux d'équipement pour l'activité de chirurgie, de 1,65 en région, est proche du taux national (1,62) mais le dépasse largement en Côte-d'Or (1,83), et en Saône-et-Loire (1,71).

Pour la gynécologie obstétrique, le taux régional de 1,64 est proche du taux national de 1,58 mais avec là aussi des disparités : 1,91 dans la Nièvre, 1,79 en Côte-d'Or.

Concernant l'obstétrique, la Bourgogne est dotée de 14 maternités et 6 Centres Périnataux de Proximité (CPP) : 4 maternités et 1 CPP en Côte-d'Or, 3 maternités et 1 CPP dans la Nièvre, 5 maternités en Saône-et-Loire, 2 maternités et 4 CPP dans l'Yonne. Pour conforter ce dispositif, un réseau régional et 6 réseaux de périnatalité de proximité sont opérationnels, sans toutefois couvrir la totalité du territoire.

La région dispose actuellement de 12 unités médicales de pédiatrie (4 en Côte-d'Or, 1 dans la Nièvre, 5 en Saône-et-Loire et 2 dans l'Yonne). Cependant les unités spécifiques aux adolescents n'ont pu être mises en place. La Bourgogne est confrontée au déficit de praticiens en pédiatrie, notamment libéraux.

En soins de suite et réadaptation et en psychiatrie, la Bourgogne se situe dans la moyenne nationale en matière d'équipement global par rapport à la population avec toutefois des disparités territoriales. L'hospitalisation à domicile s'est développée ces 5 à 8 dernières années pour atteindre plus de 200 places, essentiellement en zones urbaines et périurbaines.

Dans le domaine de la cancérologie, outre une offre hospitalière satisfaisante, le réseau OncoBourgogne s'est mis en place en 2003 et couvre aujourd'hui l'ensemble de la région. Avec la parution de textes réglementaires et recommandations successives depuis 2005, le SROS a reconnu la structure d'oncologie pédiatrique du CHU, a mis en place des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans la plupart des structures autorisées en cancérologie et a autorisé l'activité de cancérologie selon différentes modalités (chirurgie, selon différentes disciplines, chimiothérapie et radiothérapie) sur 10 sites en Côte-d'Or, 4 dans la Nièvre, 9 en Saône-et-Loire et 5 dans l'Yonne. À noter que la couverture exhaustive de la région reste limitée pour certaines prises en charge en raison de la démographie médicale.



La démographie médicale est aussi particulièrement en difficulté en psychiatrie avec une densité de médecins psychiatres inférieure de plus de 20 % à la densité nationale en établissements, peu de praticiens libéraux (9 dans la Nièvre par exemple) et aucun praticien libéral en pédopsychiatrie. Malgré cet obstacle, la mise en œuvre du SROS 2006-2011 a permis d'augmenter le nombre d'internes affectés en psychiatrie, de consolider les savoirs de personnels infirmiers, de réorienter ou créer notamment des réseaux, des unités d'hospitalisation, une équipe mobile pour la prise en charge des détenus.

2.2 Un maillage de la région assuré par les services des urgences mais une inégale effectivité de la permanence des soins

21 établissements de santé sont autorisés pour l'activité de soins de médecine d'urgence en Bourgogne, dont 19 avec Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Des Services Aide Médicale Urgente (SAMU) sont effectifs dans chacun des 4 départements, au CHU de Dijon, au CH de Nevers, au CH de Chalon-sur-Saône et au CH d'Auxerre.

Deux hélicoptères sont implantés en Bourgogne, un au CHU de Dijon, l'autre au CH d'Auxerre. Ils ont tous deux une vocation régionale et bénéficient d'un soutien par le Conseil Régional. Les périodes hivernales (brouillard) représentent l'obstacle principal à l'utilisation des secours hélicoptérés.

Un SMUR pédiatrique à vocation régionale pour les très jeunes enfants (jusqu'à deux ans) et des accueils spécialisés des enfants dans les services d'urgence des sites pivots ont été mis en place, de même qu'une unité régionale de réanimation et de soins continus pédiatriques. Au niveau régional, un centre spécialisé référent existe en chirurgie pédiatrique.

Les secteurs de garde en médecine ambulatoire sont au nombre de 86 (125 en 2003). Ils fonctionnent différemment selon les départements : l'Yonne par exemple est en difficulté pour un secteur sur deux ; et en Saône-et-Loire, la nuit profonde de minuit à 08h00 du matin est exclue des horaires de la permanence des soins ambulatoires.

La permanence des soins ambulatoires est aussi assurée par des points fixes de garde : 5 maisons médicales de garde répondant à un cahier des charges défini par circulaire (2 en Côte-d'Or et 3 dans la Nièvre), 6 autres structures participant au dispositif de permanence des soins (1 en Côte-d'Or et 5 en Saône-et-Loire).

La régulation médicale des appels téléphoniques pour soins non programmés ou urgents est elle aussi organisée différemment selon le département, regroupée sur le même site dans la Nièvre et la Saône-et-Loire, effectuée séparément par une ligne hospitalière et une ligne libérale en Côte-d'Or (locaux partagés), effectuée par deux lignes et avec possibilité de transfert au domicile du médecin libéral dans l'Yonne.

La participation des médecins à la permanence des soins ambulatoire varie selon leur âge et leur département d'exercice.

2.3 Un équipement global médico-social qui situe la Bourgogne en position très favorable en France, mais inégalement réparti

La desserte de la région en **équipement global médico-social est importante** parmi les régions françaises, tant dans le secteur du handicap que dans celui des personnes âgées mais avec de **fortes disparités départementales**.

Début 2011, la région comptait 59 établissements et 42 Services d'Éducation Spéciale de Soins à Domicile (SESSAD) accueillant environ 3 600 jeunes handicapés ainsi que 172 établissements (Maison d'Accueil Spécialisé [MAS], Foyer d'Accueil Spécialisé [FAM], foyers de vie, foyers d'hébergement, ESAT) accueillant 8 400 adultes handicapés et 52 services accueillant près de 1300 adultes handicapés. La Bourgogne se situe parmi les régions les mieux dotées par rapport à la moyenne nationale mais avec de fortes disparités départementales et selon le type de handicap.

Depuis 2006, les priorités du PRIAC visent à réduire les écarts entre les départements, à diversifier les équipements avec notamment le développement des services pour l'accompagnement en milieu ordinaire, à adapter les équipements aux enfants souffrant d'autisme et de troubles du comportement ainsi qu'aux handicaps les plus lourds, à médicaliser partiellement les foyers de vie pour les adapter au vieillissement des résidents.

Avec 288 maisons de retraite, 45 foyers logement et 17 Unités de Soins de Longue Durée (USLD) représentant plus de 25 400 lits dont 21 900 lits d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

dans 282 EHPAD, et un dispositif important de maintien à domicile (83 SSIAD notamment), la Bourgogne se situe là aussi, début 2011, parmi les régions les mieux dotées toutes structures confondues mais avec de fortes disparités départementales surtout en EHPAD.

C'est la Saône-et-Loire qui dispose du taux d'équipement le plus élevé en hébergement permanent par rapport à sa population des 75 ans et plus. Par contre, ce sont la Nièvre et la Saône-et-Loire qui ont le taux d'équipement en EHPAD les plus faibles. Pour les SSIAD, la Saône-et-Loire et l'Yonne sont les moins bien dotées.



2.4 Une offre de prévention à conforter

En Bourgogne, le champ de la prévention est couvert par un tissu associatif relativement dense et une participation des professionnels et des structures de soins qui permettent d'aborder les principaux sujets d'éducation pour la santé et de prévention médicalisée.

De nombreuses actions de prévention, de dépistage et de prise en charge précoce ont été réalisées à destination des enfants et adolescents, tant pour la santé bucco-dentaire, l'équilibre pondéral, les déterminants comportementaux de santé, les troubles des apprentissages et les difficultés de langage, que la souffrance psychique.

Des actions de prévention du tabagisme, de l'obésité et en faveur de l'activité physique sont menées depuis de nombreuses années dans la région, et notamment dernièrement dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Le développement de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques et des patients hypertendus, soutenu lui aussi par le PRSP, s'effectue dans 6 réseaux locaux, ne couvrant cependant pas la totalité du territoire bourguignon. Le réseau AVC, créé en 2004, réalise également une activité d'éducation thérapeutique visant à prévenir la récurrence, auprès de 800 patients par an. D'autres réseaux, à rayonnement départemental ou local, participent à cette démarche de façon ciblée (insuffisants cardiaques, suite d'infarctus du myocarde).

Avec les Plans cancer (2003-2007 puis 2009-2013) et le PRSP, la Bourgogne a renforcé les dispositifs de prévention et de dépistage des cancers, avec notamment la couverture désormais régionale par trois structures de gestion assurant la mise en œuvre des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal (une structure pour la Côte-d'Or et la Nièvre, une seconde pour la Saône-et-Loire et la 3^e pour l'Yonne). Les taux de participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein progressent et se rapprochent ainsi de 60 % en Bourgogne. Pour le cancer colorectal, les participations sont un peu moindres. Le déficit de professionnels de santé de la région freine le déploiement des dépistages, pour lesquels le Plan Cancer actuel fixe à l'horizon 2013 un objectif de 65 % de participation pour le cancer du sein et 60 % pour celui du côlon-rectum.

Les actions de prévention du suicide, de détection et de prise en charge de la souffrance psychique réalisées

de manière constante en Bourgogne depuis plus de 10 ans ont constitué un des axes du PRSP, en lien avec la stratégie nationale d'action face au suicide et le Plan Psychiatrie Santé Mentale national de 2005.

Sur le plan environnemental, de nombreuses actions sont menées, notamment par les services de l'ARS. Concernant les pesticides, les suivis analytiques témoignent d'une forte pression sur les dif-



férents milieux (air, eau et même qualité de l'air des locaux). Chaque pesticide ayant des caractéristiques toxicologiques qui lui sont propres, le risque sanitaire lié à l'exposition aux faibles doses d'un cocktail de substances est complexe à mettre en évidence. Les études connues témoignent de la persistance d'un bruit de fond

qui concerne les milieux urbains, à des concentrations cependant plus faibles que dans les centres de villages plus proches des lieux de traitement. L'exposition potentielle d'une grande part de la population, indépendamment de la détermination précise du risque sanitaire, justifie que des mesures soient prises pour réduire significativement l'usage de pesticides. Plusieurs opérations de réduction, voire de suppression des pesticides de synthèse, qui ont dépassé le stade expérimental existent désormais en Bourgogne.

2.5 Un élément important de fragilité de l'offre : la démographie et la répartition des professionnels de santé

Pour répondre aux besoins de santé de la population en Bourgogne, la région se caractérise par une densité de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux inférieure à la densité nationale, ce qui est aggravé par leur inégale répartition.

Ainsi, en 2010, la densité médicale pour la médecine générale est inférieure d'au moins 30 % à la densité nationale dans 19 bassins de vie sur 82. Pour certains de ces bassins, plus de la moitié des médecins en exercice sont âgés de 60 ans ou plus. La Côte-d'Or est le seul département présentant une densité supérieure à la densité nationale, avec cependant une inégalité de répartition.

Les médecins spécialistes libéraux et salariés (et notamment les spécialités d'anesthésie-réanimation, cardiologie, gastro-entérologie, pédiatrie, radiologie,

gynéco-obstétrique, ophtalmologie, biologie médicale et psychiatrie), les chirurgiens dentistes, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes présentent tous une densité moindre que France entière, compliquée d'une inégale répartition et de l'accroissement progressif de l'âge moyen.

La région dispose pourtant de nombreuses structures de formation (infirmiers, sages-femmes...), d'une faculté de médecine, et d'un troisième cycle d'odontologie. La mise en cohérence du nombre d'internes formés avec les besoins de la région, la promotion de dispositifs facilitant les recrutements hospitaliers et le soutien aux nouveaux modes d'exercice libéral peinent à freiner le solde négatif des étudiants restant dans la région après leur formation, ainsi que l'exercice prolongé des remplacements, avec un âge moyen d'installation se rapprochant de 40 ans.

Les pharmacies paraissent en nombre relativement stable mais les pharmaciens hospitaliers figurent parmi les spécialités les plus déficitaires.

En 2010, 14 maisons de santé et 40 réseaux (de proximité, départementaux ou régionaux, évoluant pour la plupart vers la polyvalence) contribuent à améliorer la prise en charge des personnes et la pratique des professionnels, notamment dans les zones les plus déficitaires ou à proximité immédiate de celles-ci. Les projets de maisons de santé pluridisciplinaires sont nombreux et témoignent du dynamisme que suscitent les nouveaux modes d'exercice libéral.

Dans l'ensemble de la région se posent de réelles difficultés de recrutement de personnel qualifié surtout dans le secteur des personnes âgées, tant en EHPAD que pour les services de soins à domicile (aides-soignantes, IDE, kinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, médecins coordonnateurs...). Or la formation, qui doit aussi concerner les aidants naturels, est un levier d'action dans la prévention de la maltraitance, la qualité des prescriptions, la qualité des prises en charge (maladie d'Alzheimer notamment...), la diversification des références des professionnels trop souvent orientées sur le soin et la prise en charge hospitalière, alors que le besoin est plutôt un accompagnement médico-social. Un travail conjoint ARS – conseil régional est en cours dans le cadre du contrat d'objectif territorial et du schéma régional des professions sociales (incluant les aides-soignants).

2.6 La qualité et la sécurité des soins, des exigences à renforcer.

Outre les difficultés de démographie médicale et paramédicale rencontrées dans les différents secteurs, la question de la réorganisation de l'offre de soins de premier recours est devenue centrale en Bourgogne.

La qualité et la sécurité sont des exigences qui doivent irriguer l'ensemble du vaste champ du Projet Régional de Santé : elles sont les conditions fondamentales de la bonne prise en charge et de la satisfaction des usagers du système de santé qu'ils financent.

Depuis les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les établissements de santé sont entrés dans une démarche d'accréditation puis de certification par la Haute Autorité de Santé, de généralisation d'indicateurs qualité depuis 2006 et d'indicateurs de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés depuis 2010 à partir du travail avec les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Quelques exemples concrets de promotion de la qualité des soins peuvent être avancés. En matière de lutte contre les infections nosocomiales, depuis 2009 les résultats régionaux progressent tout en restant en deçà des données nationales. La contractualisation sur le bon usage du médicament et des dispositifs médicaux implantables concerne la quasi-totalité des structures. Les déclarations d'incidents d'hémovigilance progressent fortement, ce qui atteste une prise de conscience des vigilances à avoir. Depuis plusieurs années un programme d'élimination des déchets d'activités des soins est en place. Des visites régulières des établissements de santé et médico-sociaux sont organisées avec la prise en compte de la prévention de la légionellose.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit un processus d'évaluation interne et externe très complet qui s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'évaluation externe conditionne le renouvellement des autorisations d'une durée de quinze ans détenues par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. La diffusion des bonnes pratiques passe aussi par l'organisation de journées départementales de formations et d'échanges d'expérience. La sécurisation du circuit du médicament doit rester une préoccupation forte. Il existe une enquête nationale Bientraitance coordonnée par le référent régional. Depuis 2010 le programme pluriannuel régional de gestion du risque développe dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes l'efficacité de la prise en charge et la qualité de la prescription des médicaments.

Le secteur ambulatoire est lui aussi concerné par le plan stratégique national 2009/2013 de prévention des infections associées aux soins. Des actions coordonnées avec les chirurgiens-dentistes sur la maîtrise

du risque infectieux en cabinet dentaire ont été menées. Une étude avec les cabinets d'ophtalmologie a été conduite également sur le risque infectieux. Cette étude a permis de souligner que si la perception du risque infectieux par les praticiens libéraux est réelle, les pratiques mises en œuvre pour lutter contre la transmission des infections liées aux soins méritent d'être améliorées tant au niveau de l'hygiène des mains que des procédés de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux utilisés.

La qualité et la sécurité des soins impliquent une évaluation du service rendu et un bilan des résultats. Pour favoriser une évolution des pratiques, des plans d'action et leur suivi sont mis en œuvre.

Le programme régional qualité et gestion des risques doit rendre lisible l'action de l'ARS dans ce domaine.

Il sera volontariste, car si des actions d'amélioration sont certes engagées, beaucoup reste à faire pour changer les mentalités et optimiser les processus.

Les orientations du programme régional tendront à densifier l'appui aux professionnels, à accompagner les ES dans les démarches de certification et les ESMS dans la préparation des évaluations externes.

Parallèlement, des actions d'évaluation du service médical rendu seront encouragées, de même que des analyses de pertinence des soins. Elles comporteront le déploiement d'un dispositif de veille et d'intervention en matière de sécurité sanitaire.

Enfin, une attention particulière sera portée à la relation avec les usagers sur la qualité des soins qui leur sera rendue.

3 Une problématique commune : les inégalités territoriales

La Bourgogne, sixième région française pour sa superficie, seizième en termes de population, se caractérise par de multiples diversités.

/// Diversité géographique d'abord, le massif granitique du Morvan occupant la plus grande partie du centre et de l'ouest de la région, ce qui complique les communications en dehors de l'axe nord-ouest/sud/ sud-est marquant la limite avec des zones de plaines ou moins montagneuses situées à l'est.

La question de l'isolement de certains territoires est ainsi posée : elle ne peut être traitée qu'en partenariat avec les autres acteurs tant pour les transports que pour les nouveaux modes de communication faisant appel aux techniques dématérialisées telles que la télémédecine, réponse efficace et d'avenir, qui doit être développée.

La géographie détermine ainsi de vastes secteurs ruraux dans les quatre départements et notamment la Nièvre, avec pour particularités environnementales les effets potentiels de l'activité agricole sur la santé, et la présence de radon dans le Morvan.

/// Diversité démographique ensuite, avec une population inégalement répartie, plus concentrée sur l'axe Sens-Auxerre dans l'Yonne, Nevers et sa périphérie, et le tiers sud-est de la région : 60 % de la population bourguignonne vit de fait sur 10 % du territoire.

La population totale de la région, en légère augmentation, se caractérise par un vieillissement progressif en raison de l'attractivité de la Bourgogne pour les retraités et du départ de jeunes adultes. C'est la Nièvre et la Saône-et-Loire qui sont le plus touchées par le vieillissement de leur population.

Enfin, l'analyse de l'état de santé de la population en région Bourgogne, associée à des indicateurs sociaux et d'offre de soins, fait émerger **un autre champ de diversité, celui des inégalités territoriales et sociales en santé** : les secteurs ruraux présentent ainsi une mortalité générale et/ou prématurée plus élevée qu'en moyenne en région ; et d'autres secteurs urbains ou périurbains plus restreints en superficie, disséminés dans les villes ou les bassins d'activité, sont caractérisés par une surmortalité prématurée.

Depuis le début des années 1980, la mortalité prématurée, bien qu'en diminution, est supérieure à celle de l'ensemble des Français et cet écart ne se réduit pas : la Nièvre, l'Yonne et l'ouest de la Côte-d'Or sont particulièrement concernés.

De façon plus fine, la Bourgogne est caractérisée par un tiers sud-est en meilleure situation globale et de santé, et deux tiers nord-ouest où dominent les cantons ruraux avec surmortalité, la région entière étant touchée par le paradoxe des cantons urbains où, malgré l'accessibilité géographique aux soins, la mortalité prématurée reste élevée.

À partir de 52 indicateurs de caractéristiques démographiques, de condition de vie, d'état de santé, de dispositifs de prise en charge sanitaire et médico-sociale et de recours aux soins, les cantons de la Bourgogne peuvent être répartis en cinq catégories aux caractéristiques suivantes :

☛ Classe 1 : des cantons ruraux, peu peuplés, avec une population âgée, socialement peu favorisée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité générale et prématurée supérieurs à la

moyenne. Ils sont situés principalement sur la plus grande partie de la Nièvre, le nord de la Côte-d'Or, la bordure ouest et sud de l'Yonne et représentent 12,2 % de la population.

➤ **Classe 2** : des cantons ruraux, avec une population relativement âgée, éloignée des équipements de santé, avec des taux de mortalité de cause traumatique plus élevés. Ces cantons sont situés majoritairement au centre de la Côte-d'Or, ainsi qu'au sud et au nord-ouest de la Saône-et-Loire. Ils représentent 16,3 % de la population régionale.

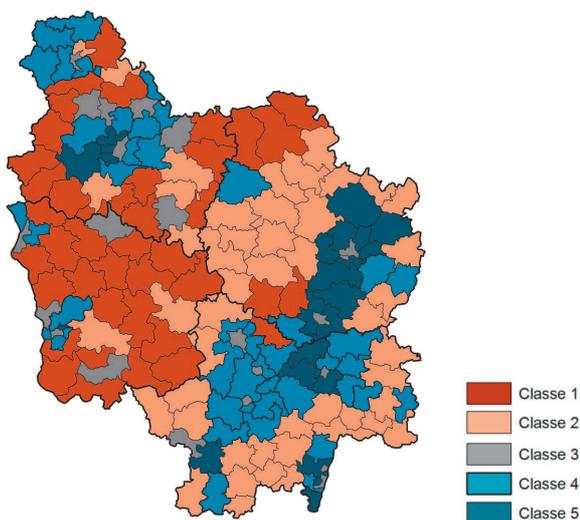
➤ **Classe 3** : des cantons très peuplés, avec de fortes proportions de situation de précarité, un mode de vie isolé fréquent, une offre de soins libéraux élevée, proches des services de soins hospitaliers, avec une mortalité prématurée supérieure à la moyenne. Ces cantons sont dispersés sur toute la région. Ils représentent de petites zones géographiques mais 33 % de la population.

➤ **Classe 4** : des cantons relativement favorisés, avec des densités de professionnels de santé réduites mais assez proches des services de soins, présentant une sous-mortalité générale et prématurée. Situés principalement de l'est de la Côte-d'Or au sud-ouest de la Saône-et-Loire, au centre et au nord de l'Yonne, sur quelques parties de l'ouest de la Nièvre, ils représentent 20,4 % de la population.

➤ **Classe 5** : des cantons socialement les plus favorisés, avec une population jeune, un recours et une offre de soins libéraux de proximité importants, à proximité des équipements de santé, présentant une sous mortalité générale et prématurée. La répartition de ces cantons est la même que pour la catégorie précédente et ils représentent 18,1 % de la population générale.

Carte n° 3 : 5 profils socio-sanitaires des cantons et villes de Bourgogne

■ Référence : Situation des cantons par rapport à la moyenne en Bourgogne
 ... Données socio-démo RP 2006, offre 2008, mortalité 2000-2007



* Toutes les caractéristiques de chaque classe peuvent ne pas se retrouver pour tel ou tel canton en faisant partie : c'est une « tonalité » générale.

L'inégalité territoriale en santé caractérise donc fortement la Bourgogne, avec un poids marqué pour la Nièvre, puis l'Yonne et le Nord de la Côte-d'Or.

Elle doit conduire, par son importance et son aggravation, à porter une attention particulière aux modalités d'organisation de la prévention, des soins et de la prise en charge médico-sociale dans ces secteurs en difficultés, qu'ils soient ruraux, urbains ou périurbains.

4 Les Priorités et objectifs régionaux

Pour répondre aux problématiques soulevées par le diagnostic régional, quatre priorités stratégiques sont proposées, fixant les grands axes de travail de l'ARS de Bourgogne pour les cinq prochaines années :

- L'organisation de l'offre de santé de proximité, dont les soins de premier recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social ;
- Le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et/ou des personnes âgées ;
- Le développement dès l'enfance des capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé ;

- L'organisation de la prise en charge des maladies chroniques et des polyopathologies, constituant des causes importantes de mortalité prématurées et de morbidité.

Ces priorités stratégiques prennent en compte la priorité transversale de réduction des inégalités territoriales qu'il est proposé d'inclure dans chacun des grands axes exposés, plutôt que d'en faire une priorité ad hoc, de manière à éviter toute redondance.

Par ailleurs, les facteurs d'environnement ayant un effet sur la santé sont pris en compte dans un document spécifique, le plan régional santé environnement dont les principales actions mobilisant l'ARS seront reprises dans le schéma de prévention.

4.1 L'organisation de l'offre de santé de proximité, dont les soins de premier recours et leur articulation avec la prévention, les soins de second recours et le domaine médico-social

Sur son vaste territoire, la Bourgogne dispose d'un maillage d'offre de soins très inégal, marqué par de fortes disparités de répartition de l'offre hospitalière et de premier recours ambulatoire, articulée autour du médecin généraliste.

Les zones rurales dont la population vieillit voient ainsi les professionnels de santé diminuer; à l'inverse, dans certains secteurs où exercent des professionnels de premier recours, la population se tourne plus volontiers vers la prise en charge hospitalière.

La désaffection des jeunes praticiens pour l'exercice traditionnel nécessite elle aussi, une attention et des mesures particulières.

Pour faciliter l'accès au premier recours et contribuer à une meilleure répartition des professionnels de santé, il convient de renforcer leur regroupement, d'articuler la permanence des soins entre les établissements de santé, les professionnels libéraux et les établissements et services médico-sociaux, d'informer les usagers et d'adapter la formation des professionnels de santé aux besoins de la région.

L'organisation de l'entrée dans le système de soins en associant les usagers à cette démarche, ainsi que l'articulation de la prévention, des soins et du secteur médico-social, sont des priorités de premier ordre pour la région, vectrices de qualité des prises en charge et d'efficacité du système de soins.

4.2 Le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et/ou des personnes âgées

Concernant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, si la couverture de la région en équipements médico-sociaux est relativement importante, de fortes disparités départementales subsistent tant au niveau du taux d'équipement, que de la prise en charge de certains handicaps, et de l'insuffisance du maillage territorial.

Les fortes inégalités territoriales et de santé nécessitent une meilleure organisation et le renforcement d'une offre de proximité diversifiée, en réseau avec les autres dispositifs, et adaptable aux choix de vie des personnes.

Deux objectifs principaux peuvent être dégagés, en phase avec les lois du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie,

et du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : respecter le parcours et le projet de vie des personnes en favorisant le recours au droit commun et l'inclusion dans la société et améliorer la qualité de la prise en charge.

Leur point commun est la nécessité du renforcement des liens entre le domicile, le médecin traitant, le secteur hospitalier et le secteur médico-social. Ceci devra s'appuyer sur une meilleure connaissance des besoins des personnes en soins et en accompagnement médico-social et une meilleure qualification des professionnels pour promouvoir la bientraitance et favoriser les collaborations et coordinations au profit des personnes.



Cet objectif de soutien à l'autonomie nécessite enfin un lien avec les autres politiques d'aménagement du territoire, notamment en matière d'urbanisme et de transports.

Le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, constitue une priorité majeure du Plan Stratégique Régional de Santé de la Bourgogne, région caractérisée par une démographie vieillissante et de fortes disparités infrarégionales en matière d'équipements.

4.3 Le développement dès l'enfance, des capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé

Si les personnes âgées sont nombreuses dans les secteurs ruraux de la région, c'est dans les secteurs urbains et périurbains que se concentre un tiers de la population de la région, avec en moyenne plus de jeunes adultes et d'enfants ou adolescents (12 % des habitants de Bourgogne sont âgés de 15 à 24 ans).

Cette classe d'âge se caractérise par la fréquence des traumatismes, des situations à risques et une consommation régulière d'alcool supérieure à la moyenne française. Elle est confrontée à de nombreux choix de santé déterminants pour son avenir

(addictions, alimentation...), sa qualité de vie (traumatismes, accidents...) ainsi que pour la santé de ses enfants.

Pour améliorer la santé présente et à venir de cette classe d'âge, il importe de développer sa capacité à mieux appréhender les conséquences de certains comportements à risque, de détecter puis prendre en charge les pathologies de façon précoce et d'améliorer les connaissances en santé des jeunes parents et des adolescents. L'entrée adaptée dans le système de soins est aussi pour ces jeunes un temps important de prise en charge.

Aider les adolescents et jeunes adultes à préserver leur santé constitue pour la Bourgogne une priorité pour les cinq années à venir.

4.4 L'organisation de la prise en charge des maladies chroniques et des polyopathologies, constituant des causes importantes de mortalité prématurée et de morbidité.

Les données relatives aux maladies chroniques, bien qu'en constante amélioration, progressent moins vite qu'en France. C'est ainsi que la situation favorable

de la Bourgogne dans la décennie 1990 pour les indicateurs relatifs aux maladies cardio-vasculaires s'est détériorée durant la période 2000-2007.

Les cancers et les maladies cardiovasculaires représentent plus de la moitié des causes de mortalité prématurée, survenant avant 65 ans, et touchent essentiellement la population masculine de la région. Ces maladies sont également les premières responsables de la mortalité globale de la population bourguignonne.

La réduction de la morbidité et de la mortalité, notamment par maladies neuro-cardio-vasculaires et par cancers, nécessite de coordonner et réorganiser la prévention des facteurs de risque et de renforcer le dépistage. La mise en place de l'éducation thérapeutique et l'organisation des filières de prise en charge compléteront la réponse apportée à cette problématique.

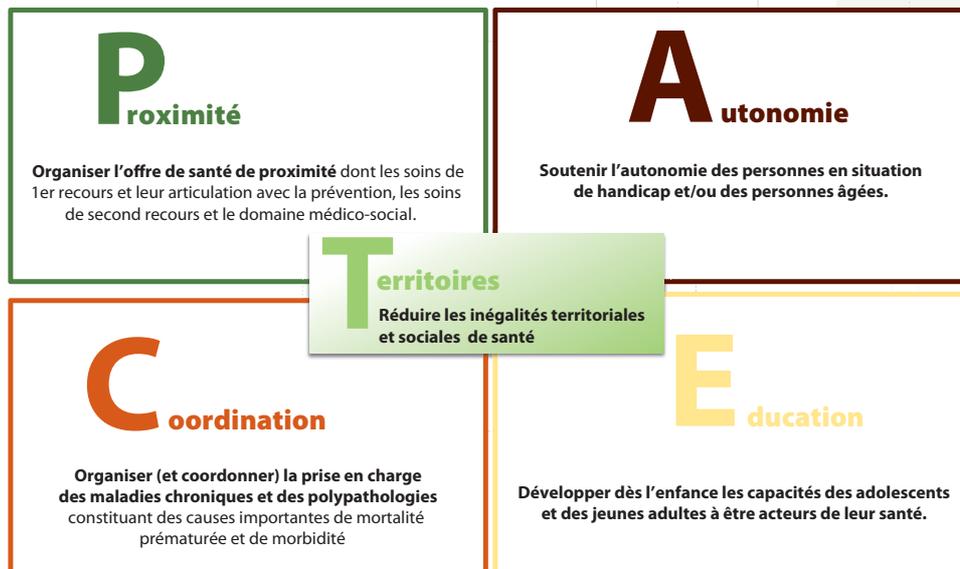
La prise en charge des maladies chroniques constitue une priorité du Plan Stratégique Régional de Santé de Bourgogne, en raison du nombre important de personnes concernées et de la situation de la région par rapport à la France.



4.5 Le P.A.C.T.E

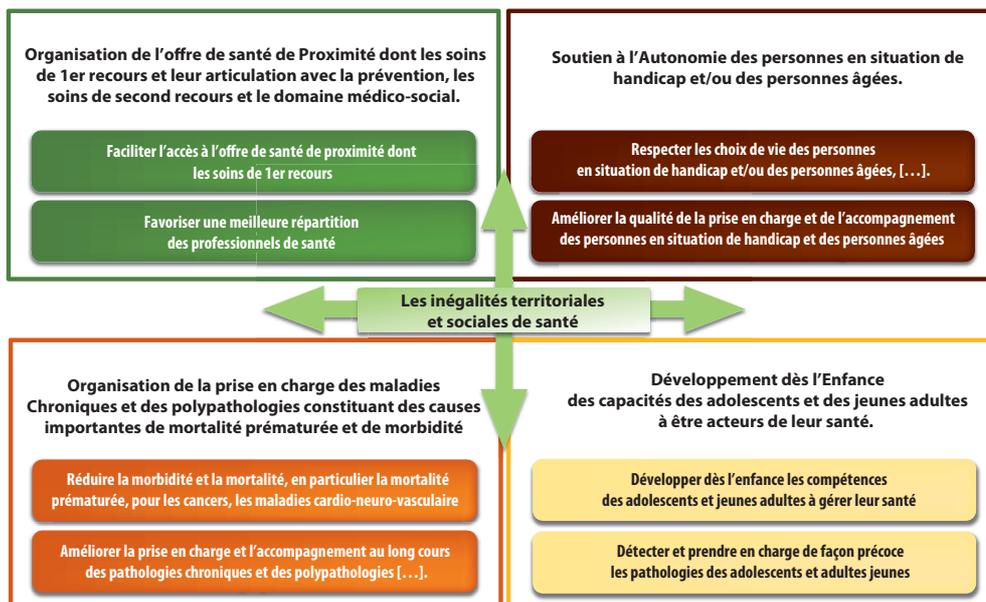
Le Plan stratégique régional de santé de l'ARS Bourgogne comporte ainsi 4 axes stratégiques thématiques et un axe transversal de réduction des inégalités territoriales. Ils constituent la ligne politique de l'Agence pour les 5 années à venir et sont regroupés au sein du P.A.C.T.E qui en fait la synthèse mais rappelle aussi symboliquement l'engagement de l'ARS vis-à-vis de ses partenaires et des usagers et qui affiche l'ambition d'être fédérateur.

Figure n° 1 : le P.A.C.T.E.



Cette proposition de priorités régionales est détaillée dans le tableau 2 ci-dessous et complétée par quatre « fiches objectifs » précisant les objectifs généraux et spécifiques relatifs à chacun des domaines prioritaires ci-dessus, qui seront déclinées par les schémas et programmes prévus par la loi HPST.

Tableau 2 : priorités du PRS de Bourgogne



4.6 Fiches Objectifs du PSRS

/// FICHE OBJECTIFS N° 1

ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTÉ DE PROXIMITÉ DONT LES SOINS DE 1^{ER} RECOURS ET LEUR ARTICULATION AVEC LA PRÉVENTION, LES SOINS DE SECOND RECOURS ET LE DOMAINE MÉDICO-SOCIAL

/// Objectif général n° 1

Faciliter l'accès à l'offre de santé de proximité dont les soins de 1^{er} recours

Objectifs spécifiques :

1. Assurer la mission de service public de permanence des soins en collaboration entre les établissements de santé et les médecins libéraux, en particulier sur les secteurs fragiles (*prise en charge des urgences, des traumatismes...*).
2. Favoriser l'organisation de coopérations entre la santé de proximité dont les soins de 1^{er} recours ambulatoires et hospitaliers, la prévention (avec ses 4 niveaux), et les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
3. Mettre en cohérence l'organisation des gardes et astreintes des différents professionnels de santé.
4. Organiser l'utilisation des systèmes d'informations en santé (*nouvelles technologies de transfert d'informations, télémédecine...*).
5. Développer le partage des tâches (*médecins généralistes et spécialistes, infirmiers...*).
6. S'assurer de l'accès des publics les plus précaires aux dispositifs de soins de droit commun.
7. Donner les moyens aux usagers de bien se repérer dans l'offre de soins, notamment de 1^{er} recours, en adaptant l'information aux publics spécifiques.

/// Objectif général n° 2

Favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé

Objectifs spécifiques :

1. Favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones en difficulté.
2. Adapter les formations initiale et continue des professionnels de santé aux besoins de la région.
3. Rendre plus attractive la pratique des soins de 1^{er} recours : missions de service public, recherche...
4. Développer les groupements interprofessionnels de santé (*pôles, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, collaborateurs associés...*) et rapprocher l'offre de professionnels de santé.
5. Poursuivre la collaboration, avec les collectivités territoriales et les instances compétentes, sur le soutien des études et des stages des professionnels intéressés par l'exercice dans les secteurs les plus en difficulté.
6. Rechercher, avec les collectivités territoriales, des moyens de faciliter les transports des usagers.

/// FICHE OBJECTIFS N° 2

SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET /OU DES PERSONNES ÂGÉES

/// Objectif général n° 1

Respecter les choix de vie des personnes en situation de handicap et/ou des personnes âgées, en favorisant une offre diversifiée de proximité, adaptable et en réseau avec les autres dispositifs.

Objectifs spécifiques :

1. Restructurer l'offre existante pour privilégier le maintien et l'accompagnement à domicile (*scolarisation des enfants en milieu ordinaire, SESSAD, SSIAD PH, SAMSAH, SSIAD, aide aux aidants, accueil de jour, accueil temporaire dont le financement est à conforter...*), en lien avec les conseils généraux et les acteurs du secteur médico-social.
2. Conforter les liens entre domicile/médecin traitant/secteur hospitalier/secteur médico-social pour favoriser la prévention de la dépendance, la coordination des prises en charge et accompagnements, réduire les points de rupture et leurs conséquences (*listes d'attente, jeunes relevant de l'amendement Creton, entrées et sorties d'hospitalisation des personnes âgées, passages aux urgences, entrée en EHPAD, filières gériatriques et réseaux gérontologiques, mise en commun des dossiers des patients...*).
3. Réduire les inégalités territoriales en termes d'accès aux équipements.
4. Adapter le travail protégé aux nouveaux enjeux (*projet personnalisé de travail, insertion en milieu ordinaire, valorisation des acquis professionnels, vieillissement des personnes handicapées, accès à l'emploi des jeunes handicapés...*).

/// Objectif général n° 2

Améliorer la qualité de la prévention, de la prise en charge, et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ; promouvoir la bientraitance.

Objectifs spécifiques :

1. Améliorer la détection et la prise en charge précoces des handicaps (*inégalités territoriales de la répartition des CAMSP et CMPP, capacité de répondre aux différents types de handicaps, liens avec la périnatalité, la PMI, les réseaux, le secteur ambulatoire, l'Éducation Nationale...*).
2. Prendre en charge et accompagner certaines situations spécifiques insuffisamment prises en compte (handicaps ou polyhandicaps lourds, cognitifs, sensoriels, d'origine psychique, liés à l'autisme, aux troubles du comportement, à la maladie d'Alzheimer, aux maladies chroniques...).
3. Favoriser la qualification des personnels des établissements et services, tant dans le secteur du handicap (*équipes pluridisciplinaires capables d'accompagner tous les types de handicaps, qualification des personnels des ESAT...*), que dans le secteur des personnes âgées (*aides-soignants, IDE, psychologues, psychomotriciens, médecins coordonnateurs, médecins libéraux...*), en lien notamment avec le conseil régional en charge du schéma régional des formations sociales et du schéma régional des formations sanitaires et les financeurs de ces structures.

/// FICHE OBJECTIFS N° 3

DÉVELOPPEMENT DES L'ENFANCE DES CAPACITÉS DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES A ÊTRE ACTEURS DE LEUR SANTÉ

/// Objectif général n° 1

Développer dès l'enfance les compétences des adolescents et jeunes adultes à gérer leur santé

Objectifs spécifiques :

1. Accompagner les adolescents et les jeunes adultes dans leur capacité à prévenir les risques en matière de nutrition, de sexualité, d'addictions, de traumatismes, de situation de violence, d'exposition au bruit... (*Coordonner les actions de prévention, les cibler, consolider les actions et acteurs de prévention...*) en coordination avec le monde de l'éducation et le milieu professionnel.
2. Améliorer les connaissances en santé des adolescents et des parents de jeunes enfants (*meilleure connaissance des risques liés à l'alimentation, au tabac, à l'alcool et aux autres drogues ; facilitation du suivi régulier des enfants pour la santé bucco-dentaire et les vaccinations ; participation des usagers aux réseaux*).

/// Objectif général n° 2

Détecter et prendre en charge de façon précoce les problèmes de santé des adolescents et adultes jeunes.

Objectifs spécifiques :

1. Sensibiliser les organismes de formation des professionnels de santé aux spécificités de santé des adolescents et adultes jeunes (formations initiale et continue).
2. Faciliter l'accès à l'orientation et aux soins somatiques des adolescents et jeunes adultes (*lieux identifiés d'accès à une information globale et sur la contraception, praticiens référents dans les établissements, finalisation de l'installation des maisons des adolescents...*).
3. Rechercher des pistes de réponses coordonnées et concertées à la souffrance psychique (*repérage ; finalisation de l'installation des maisons des adolescents ; amélioration des compétences en santé mentale des professionnels de santé de 1^{er} recours, des éducateurs et des personnels sociaux...*).
4. Améliorer l'articulation entre les professionnels d'institutions différentes : protection maternelle et infantile, centres de planification et d'éducation familiale, professionnels libéraux, établissements de santé, Éducation Nationale, associations...

/// FICHE OBJECTIFS N° 4

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES ET DES POLYPATHOLOGIES CONSTITUANT DES CAUSES IMPORTANTES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET DE MORBIDITÉ

/// Objectif général n° 1

Réduire la morbidité et la mortalité, en particulier la mortalité prématurée, pour les cancers, les maladies cardio-neuro-vasculaires.

Objectifs spécifiques :

1. Coordonner et réorganiser la prévention des facteurs de risques des cancers et des maladies cardio-neuro-vasculaires (*renforcer la prévention des déterminants les plus pourvoyeurs de mortalité; conjuguer les efforts des acteurs sur un même sujet pendant une période donnée; valoriser les formations des professionnels de prévention...*).
2. Poursuivre et renforcer le déploiement des dépistages organisés des cancers du sein et colo-rectal (*renforcement des réseaux et structures, accroissement de l'information sur les bénéfices des dépistages...*).
3. Prévoir des actions spécifiques auprès des publics précaires ainsi que dans les territoires présentant des indicateurs de santé inférieurs aux moyennes régionales.
4. Mieux informer les professionnels de santé qui prennent en charge les personnes handicapées sur les spécificités des maladies chroniques chez ces personnes.

/// Objectif général n° 2

Améliorer la prise en charge et l'accompagnement au long cours des pathologies chroniques et des polypathologies, et favoriser le recours à l'ambulatoire.

Objectifs spécifiques :

1. Mieux orienter les patients relevant de pathologies chroniques ou poly pathologies dans le recours aux soins urgents (professionnels et structures).
2. Organiser des filières de prise en charge, de la phase aigüe d'une affection à la stabilisation (*renforcer le dispositif des unités neuro-vasculaires; améliorer la prise en charge en santé mentale; élargir l'utilisation de la télémédecine; articuler les services de soins avec la MDPH; développer le soin à domicile; élargir le champ d'intervention des maisons de santé pluridisciplinaires au secteur médico-social*).
3. Poursuivre la mise en œuvre des plans nationaux existants (cancer, Programme National Nutrition Santé [PNNS], Accident Vasculaire Cérébral [AVC], Virus Immunodéficience Humaine [VIH] et Infections Sexuellement Transmissibles [IST], hépatites B et C, santé mentale, plan national santé environnement...).
4. Améliorer les échanges entre professionnels de 1^{er} recours et services des établissements hospitaliers (*formaliser les supports d'échanges à l'entrée et à la sortie des patients afin de permettre des informations en temps réel*).
5. Développer l'éducation thérapeutique.
6. Favoriser ou permettre, à titre expérimental, les délégations de tâches aux professionnels paramédicaux dans certaines disciplines (*cardiologie et maladies vasculaires par exemple*).
7. Coordonner les actions avec les acteurs de la santé au travail et de l'environnement.

5 Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé

La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités locales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Le contrat local de santé s'inscrit dans une démarche de santé publique. Pour l'ARS de Bourgogne, le contrat local de santé est un document pluriannuel qui précise les engagements réciproques collectivités-ARS. Ce contrat peut concerner le champ de la prévention, de l'ambulatory, des personnes âgées ou personnes en situation de handicap et le champ hospitalier dans le sens relation ville-hôpital, hospitalisation à domicile et éducation thérapeutique.

La démarche nécessite : l'engagement des élus, une mobilisation des forces vives du territoire, des professionnels de santé et des structures médico-sociales et de soins, une volonté de partenariat. Il s'agit d'une démarche d'animation locale. Elle s'appuie sur un diagnostic local de santé réalisé par l'ORS, une appropriation des données avec les acteurs du territoire, le repérage des points d'amélioration prioritaires et la construction d'un projet de santé qui est le socle du contrat local. Il s'agit ensuite de communiquer et mettre en œuvre les actions du contrat dans le cadre d'un large partenariat.

5.1 Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

La santé est fortement liée aux domaines économique et social. La recherche d'une cohérence d'une politique régionale est nécessaire pour éviter le cloisonnement des interventions. Une politique régionale de santé doit être intégrée aux politiques publiques locales. L'ARS n'est pas le seul acteur : les collectivités locales, les organismes d'assurance maladie, des services de l'État (santé scolaire par exemple) ont potentiellement un rôle fédérateur.

➤ La coordination des politiques locales repose sur une **observation partagée**. En Bourgogne, la plateforme sanitaire et sociale fédère la grande majorité des détenteurs de données, les conseils généraux, les communes, les organismes de protection sociale, toutes branches et régimes confondus, les services de l'État au-delà du champ de la santé. Cette plateforme est un atout pour décliner une politique territorialisée.

➤ La **commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle infantile** est le lieu de concertation pour un développement coordonné de la prévention. Il s'agit de s'informer réciproquement des organisations, des programmes d'actions, de comprendre la place de chacun et de veiller à la continuité des dispositifs dans le respect des champs de compétences respectifs. Certains thèmes peuvent être partagés pour faire converger les programmations.

En matière de **santé au travail**, il est impératif, face au constat de l'augmentation du nombre de cancers professionnels, de développer et de diffuser les connaissances sur les effets des agents cancérigènes. Les actions d'information et de sensibilisation en direction de secteurs professionnels particulièrement concernés sont à développer. C'est pourquoi a été retenu l'objectif d'améliorer la qualité de l'air respiré par les salariés dans les locaux ou sur les postes de travail.

La prévention des addictions dans les entreprises est le deuxième thème commun avec la santé au travail.

La **santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion** est un exemple d'intersectorialité et d'interministérialité montrant la nécessité de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés sociaux et sanitaires. Le programme régional d'accès aux soins et à la prévention des populations démunies est élaboré conjointement avec eux, en répondant aux points de rupture du parcours de soins. Il s'agit de s'assurer de l'effectivité des mesures du droit commun et de représenter la place de chacune des institutions concernées.

Une des priorités stratégiques régionales s'adresse aux adolescents et jeunes : il convient de s'articuler avec les services de **protection maternelle infantile** gérés par les départements, mais également avec les services de santé scolaire et universitaire. Plusieurs enjeux ont été repérés, qui feront l'objet de déclinaisons de programmes d'actions conjointes comme la politique vaccinale en région, l'éducation à la sexualité.

Plus globalement, le champ de la promotion de la santé continue d'être investi en retenant deux priorités :

- le rapport à la nutrition avec ses deux composantes, l'alimentation et l'activité physique ;
- le repérage des conduites à risque et la nécessité d'une intervention précoce.

➤ Les autres instances contribuant à la gouvernance de la politique régionale de santé : la conférence régionale de santé et de l'autonomie, la commission

spécialisée de prévention et les conférences de territoire seront régulièrement consultées sur la coordination avec les autres politiques de santé.

Ces instances permettent de mobiliser les acteurs et opérateurs concernés, d'identifier de nouveaux partenaires en dehors du monde de la santé et de constituer des réseaux de relais locaux.

➤ Il est nécessaire de poursuivre les actions de formation des opérateurs et d'établir des partenariats avec l'université sur des travaux de recherche. Dans un contexte de nécessaire maîtrise de dépense de santé, le développement commun de la culture de l'efficacité est nécessaire. La notion de performance et d'atteinte de résultat suppose d'élaborer conjointement des critères de mesure d'impact pertinent dès la conception du programme.

5.2 La coordination avec le Plan Régional Santé Environnement (PRSE)

La nécessaire complémentarité des politiques publiques implique que les objectifs définis dans le plan régional santé environnement soient en cohérence avec les autres démarches de planification dans le champ de l'environnement et de la santé. Le PRSE va décliner plusieurs objectifs qui viendront renforcer et compléter les politiques mises en œuvre dans les territoires :

- en confortant le cadrage défini par les Schémas directeurs d'aménagement et de gestion des eaux par un objectif général fixant plusieurs priorités d'actions vis-à-vis des ressources en eau et notamment celle destinée à la consommation humaine ;
- en appuyant les orientations définies par les schémas de cohérence et d'organisation territoriale et les plans climats dans le domaine de la qualité de l'air grâce à plusieurs actions visant à réduire les pollutions touchant les populations les plus vulnérables.

Plusieurs dispositions du PRSE sont également de nature à renforcer les objectifs du plan de lutte contre le cancer en ciblant plus spécifiquement l'identification et la suppression des composés chimiques cancérogènes et/ou mutagènes et/ou toxiques pour la reproduction dans l'air ambiant en milieu professionnel. En matière de lutte contre la sédentarité, le PRSE réaffirme l'importance des orientations figurant dans le programme nutrition santé par un objectif général visant à encourager les politiques de report modal en faveur des déplacements alternatifs à la voiture et plus particulièrement la marche et la bicyclette.

Un des axes majeurs du PRSE porte sur la formation des professionnels de la santé, de l'environnement, du monde économique sur les outils de prévention des pathologies par une meilleure protection de l'environnement, renforçant ainsi les actions de prévention prévues par le Projet Régional de Santé.



5.3 La nécessaire coordination des politiques publiques pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

L'agence régionale de santé n'est pas la seule institution à intervenir dans le domaine médico-social, qu'il s'agisse des personnes en situation de handicap, des personnes âgées ou bien encore des personnes souffrant d'addictions. La mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et la réalisation de ses objectifs supposent une coordination, une coopération et une complémentarité entre l'ensemble des acteurs œuvrant dans le secteur médico-social, au premier rang desquels les 4 **conseils généraux** de Bourgogne, mais également le **conseil régional** de Bourgogne, les autres **collectivités territoriales** (communes, agglomérations et communautés de communes), les **organismes de sécurité sociale** (les trois régimes de l'assurance maladie, la CARSAT), le **rectorat** et les **services de l'État** (emploi et travail, cohésion sociale, jeunesse et sports).

L'ensemble de ces acteurs est réuni au sein de la **commission régionale de coordination des politiques publiques dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux**, installée en Bourgogne depuis octobre 2010. Présidée par la directrice générale de l'ARS, elle se réunit régulièrement afin de faire le point sur les différentes actions en cours dans le domaine médico-social. Elle a pour objet de rapprocher les différents décideurs publics sur leurs politiques dans le domaine médico-social, et de coordonner, autant que faire se peut,

leurs actions. À ce titre, compte tenu de sa composition et de son rôle, l'ARS de Bourgogne a souhaité que la commission de coordination soit le comité de pilotage de l'élaboration du SROMS. Les chefs de projet tiennent ainsi informée la commission de l'avancement des travaux et des orientations prises. Dans le prolongement, la commission de coordination a vocation à devenir le comité de suivi, de mise en œuvre et d'évaluation du SROMS.

La plupart des orientations et des objectifs du SROMS nécessitent une intervention conjointe et coordonnée de plusieurs acteurs du secteur médico-social :

➤ **coordination avec les conseils généraux :**

- Participer réciproquement à l'élaboration des **schémas départementaux** (enfance et famille, personnes âgées, personnes handicapées, autonomie), sous l'égide du conseil général, et à l'élaboration du **schéma régional d'organisation médico-sociale** et de sa mise en œuvre, sous l'égide de l'ARS de Bourgogne
- Élaborer et construire les **objectifs en matière de places par territoires de santé** (les 4 départements) à partir des besoins identifiés dans chaque schéma départemental
- Programmer la mise en œuvre du schéma régional par le biais du **PRIAC** qui sera élaboré en parfaite complémentarité avec les conseils généraux, afin de pouvoir lancer des appels à projets conjoints
- Collaborer avec les services de la **protection maternelle et infantile** et les services dédiés au handicap pour le dépistage précoce des handicaps chez les enfants de moins de 6 ans
- Déterminer conjointement les **besoins en places** d'EHPAD et de SSIAD, d'AJ, HT, de SAMSAH, d'ITEP, d'IME, de FAM, de MAS
- Organiser une parfaite collaboration avec les **maisons départementales de l'autonomie**, les **maisons départementales des personnes handicapées** et les **Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)**, c'est-à-dire l'ensemble des guichets d'accueil, d'orientation et de coordination relatifs aux personnes âgées et personnes en situation de handicap.
- Organiser la collaboration avec les **maisons des adolescents**
- Contribuer à **l'amélioration de la prise en charge et de la qualité** par des actions conjointes, dans le cadre de journées départementales, la définition de

critères et d'indicateurs (se reporter au programme régional sécurité et qualité)

- Instruire conjointement les dossiers de **restructuration et d'extension**
- Créer des liens entre les **services d'aide à domicile** et les services de soins infirmiers à domicile, avec la création par exemple de SPASAD
- Revoir les différents **dispositifs de coordination** (CLIC, réseaux...) pour mieux les articuler et les rendre efficaces
- Conduire des **études conjointes de besoins**, notamment sur le secteur du handicap, en lien étroit avec le CREA
- Avoir une meilleure connaissance des **listes d'attente** par le développement de l'informatisation



➤ **coordination avec le conseil régional :**

- Définir conjointement, au regard des objectifs du PRS et de ses trois schémas, les besoins en termes de formations des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de formation des professions sanitaires et sociales, sous l'égide du conseil régional
- Développer la télémédecine incluant la télésanté à domicile et dans les établissements et services médico-sociaux
- Conclure une convention de partenariat entre l'ARS et le conseil régional de Bourgogne pour définir les domaines d'intervention conjoints

➤ **coordination avec les organismes de sécurité sociale :**

- Contribuer au développement du pôle de gérontologie interrégional de Bourgogne Franche-Comté
- Définir des actions conjointes dans le cadre du soutien à l'autonomie et du maintien à domicile

➤ **coordination avec le rectorat :**

- Contribuer à l'intégration en milieu scolaire des enfants souffrant de handicap
- Participer au dépistage des handicaps chez les jeunes enfants
- Coordonner les différentes structures de prise en charge des enfants handicapés avec le milieu scolaire
- Conclure un protocole de partenariat entre l'ARS et le rectorat

➤ **coordination avec les services de l'État :**

- Professions sociales et paramédicales : instruction des projets des organismes de formation, inspection et évaluation, valorisation des acquis et des expériences
- Protection et insertion des personnes vulnérables et des personnes en situation de handicap : coordination entre les politiques de santé publique et d'insertion dans l'emploi, protection juridique des majeurs
- Sport pour le grand nombre : publics spécifiques (personnes handicapées, personnes âgées, malades chroniques)
- Accompagnement en amont de l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- Conclure un protocole de coopération avec la DRJSCS et les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS).

Ne sont repris ici que quelques objectifs de coordination qui sont développés dans le SROMS.

L'ARS souhaite mener une politique médico-sociale en parfaite transparence et en complémentarité étroite avec l'ensemble des acteurs. Ainsi l'ensemble des choix budgétaires se fait dans une concertation large et ouverte. Il en est de même pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation médico-sociale.

5.4 L'articulation avec l'assurance maladie : la gestion du risque.

La recherche d'une plus grande cohérence entre les différentes actions conduites par les services de l'assurance maladie et de l'État sur les champs ambulatoire, hospitalier et médico-social a conduit à confier la coordination de la mise en œuvre des plans de gestion du risque aux agences régionales de santé.

Ainsi, dans le cadre de l'application de la loi HPST du 21 juillet 2009, le décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé en assure la préparation, l'arrête et l'évalue.

Ce programme reprendra la déclinaison régionale des priorités fixées dans le contrat Etat-UNCAM d'une part et des instructions données aux ARS d'autre part, mais pourra également intégrer des priorités fixées régionalement.

La coordination est assurée formellement au sein de la commission régionale de gestion du risque associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions devront permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale. Il est rappelé que l'ONDAM pour 2010 était fixé à + 3 %. Il est, pour 2011, à + 2,9 % et sera de + 2,5 % pour 2012.

L'ensemble des actions est donc pour la première fois rassemblé dans un document unique : le programme pluriannuel régional de gestion du risque, qui décline des programmes nationaux de gestion du risque : programmes de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé et plans de prévention et d'accompagnement des patients, au moyen de 10 priorités d'actions.

Ces actions portent sur les transports sanitaires prescrits à l'hôpital, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la liste des médicaments facturables en sus des séjours en établissements de soins, les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville, l'imagerie médicale, la chirurgie ambulatoire, l'efficacité des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les prescriptions dans les EHPAD, la Permanence Des Soins (PDS) ambulatoire et les urgences ainsi que les Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

Concernant la question des transports, marquée en Bourgogne par l'étendue de la région, elle ne peut être traitée qu'en partenariat avec l'ensemble des acteurs, tant pour les transports physiques que pour les techniques récentes de communication (télé-médecine...), ceci pour faciliter l'accès à la prévention, aux soins, aux prises en charge médico-sociales de qualité et dans certaines disciplines, l'accès aux avis de référence et aux traitements innovants, tout en contenant la dépense.

6 L'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé

La démarche de suivi et d'évaluation du PRS débute dès la phase d'élaboration du PSRS.

Elle se déroulera en différentes étapes :

1. un **suivi annuel du projet régional de santé**
2. une **évaluation** en deux temps :
 - une **évaluation intermédiaire** (fin 2013),
 - une **évaluation finale** (2016).

6.1 Un suivi annuel

Le suivi annuel a pour objectif de produire une connaissance sur le fonctionnement du PRS, permettant de s'assurer qu'il se déroule correctement et que les moyens sont effectivement mobilisés.

1. Le suivi se fonde sur un système de tableaux de bord qui permet de visualiser une série de données ciblées, de mesurer les réalisations effectuées ou entreprises et éventuellement de dégager les évolutions prévisibles. Les tableaux de bord sont adaptés à la décision en temps réel dans la limite de leur périodicité. (Certaines données pourront être suivies à un rythme infra annuel si besoin). Ces tableaux de bord serviront aussi à la réalisation des évaluations intermédiaire et finale.
2. Dans les tableaux de bord, il s'agit de mesurer les écarts entre les objectifs et leur réalisation : cet écart est mesuré à l'aide d'indicateurs. Précisés dès la phase de conception du PRS, les indicateurs retenus constituent des outils de pilotage simples, mesurables et pertinents.
3. Parmi les indicateurs devront figurer notamment ceux en rapport avec les structures et acteurs de soins (mises en place, regroupements, autorisations, installations...), des indicateurs organisationnels (lien ville-hôpital...) et des indicateurs financiers (suivi de la dépense de soins...). Certains indicateurs du CPOM ARS /État seront intégrés.

Le nombre d'indicateurs devra être limité pour permettre un suivi effectif, mais suffisant pour apprécier les changements intervenant d'une année sur l'autre avec la mise en œuvre du PRS.

4. L'élaboration des tableaux et le suivi annuel des données ainsi collectées seront réalisés en interne, par l'ARS de Bourgogne.

6.2 L'évaluation

L'évaluation vise à apprécier les écarts par rapport à des objectifs, des critères définis préalablement (jugements de valeur) et recentrer les actions si nécessaire (démarche de réajustement).

Le PRS étant constitué d'objectifs, d'actions et d'acteurs variés, son évaluation ne peut être exhaustive et des choix méthodologiques doivent être opérés.

L'évaluation s'inscrit soit en cours de projet dans une rétroaction rapide pour le pilotage (évaluation intermédiaire), soit en fin de projet dans le but d'analyser ses effets et de proposer des pistes d'amélioration et d'orientation pour un nouveau PRS (évaluation finale).

À ce titre, il est prévu de réaliser :

- une évaluation intermédiaire (fin 2013),
- une évaluation finale (2016).

➤ Une évaluation intermédiaire

Une évaluation intermédiaire sera menée fin 2013 afin d'évaluer les premiers résultats de la **mise en œuvre du PRS**. Plus précisément, une action sera évaluée pour chacun des trois schémas : prévention, sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et médico-social.

Cette évaluation intermédiaire s'inscrit dans une logique d'amélioration des actions évaluées. Elle permet de faire « un arrêt sur image » et de s'attacher aux facteurs de réussite, aux freins et aux leviers.

Ainsi, pour chaque action, seront évalués :

- **la cohérence des dispositifs organisationnels et fonctionnels** : Il s'agit d'apprécier si les actions réalisées (les ressources, les activités, le public-cible...) sont telles qu'elles étaient définies dans le PRS.
- **L'efficacité** de l'action sous l'angle :
 1. de la qualité de la prise en charge,
 2. de l'intégration et de la satisfaction des usagers et des professionnels (de terrain, institutionnels),
 3. économique (suivi financier).

Le recueil de données fera appel aux données issues des tableaux de bord du PRS, de recherches documentaires, d'enquêtes par questionnaires et d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels, des institutionnels (partenaires) et des usagers. Cette approche participative s'inscrit pleinement dans la

volonté d'interroger les partenariats développés dans le cadre du PRS.

L'évaluation intermédiaire sera réalisée en interne, par l'ARS de Bourgogne.

➤ Une évaluation finale

Cette évaluation finale (prévue en 2016) vise à apprécier les impacts du PRS 2011-2016 à plus long terme, c'est-à-dire le degré d'atteinte des objectifs généraux retenus dans les orientations stratégiques de santé de Bourgogne.

Le champ de **l'évaluation finale du PRS** dépend :

- des données recueillies lors des suivis annuels du PRS,
- des résultats de l'évaluation intermédiaire

L'évaluation finale s'intéresse :

- aux modalités de conception du PRS,
- aux efforts des acteurs pour mettre en œuvre, développer les partenariats et intégrer le PRS dans les politiques bourguignonnes
- aux effets du PRS

Elle doit ainsi fournir les informations et analyses nécessaires pour apprécier :

- la cohérence interne et externe du PRS : évaluation qui apprécie si le PRS tel qu'il a été défini et mis en œuvre (ses priorités, ses actions, son implantation dans le paysage bourguignon...) va bien dans le sens de ses objectifs de départ
- la pertinence du PRS : contribution du PRS à la solution des dysfonctionnements identifiés
- l'efficacité du PRS : degré d'atteinte des objectifs fixés dans le PRS
- l'efficience du PRS : mise en relation des résultats obtenus avec les ressources mobilisées

Comme précisé précédemment, l'évaluation exhaustive du PRS est difficile eu égard à la diversité des problématiques, des actions, des acteurs. Il faut donc préciser les questions les plus importantes qui se posent sur le PRS.

À titre d'exemple :

1. Cohérence interne du PRS
 - Le PRS a-t-il été élaboré dans le respect des textes en vigueur ?
 - Le PRS apporte-t-il des réponses aux besoins identifiés dans le diagnostic régional ?
2. Cohérence externe du PRS
 - Quel est le niveau de connaissance du PRS par les autres institutions et par les professionnels de terrain ?

- Quelle est l'articulation du PRS avec les autres programmes, politiques socio-sanitaires en Bourgogne ?

3. Pertinence du PRS en termes :

- d'articulation des priorités du PSRS avec le diagnostic régional ?
- De déclinaison des objectifs du PSRS dans les schémas ?
- D'articulation entre les schémas et les programmes ?
- De réponses apportées dans les schémas et les programmes aux besoins identifiés dans le diagnostic régional ?

4. Efficacité du PRS

- Quel est le niveau d'atteinte des objectifs généraux du PSRS ?
- Le PRS a-t-il permis de diminuer les inégalités territoriales ?

5. Efficience du PRS

- Le PRS contribue-t-il à améliorer l'efficience du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût ?

Comme pour l'évaluation intermédiaire, le recueil de données pourra faire appel aux données issues des tableaux de bord du PRS et d'éléments complémentaires recueillis par l'ARS en collaboration avec ses partenaires.

L'évaluation finale pourra être réalisée :

- soit par l'ARS elle-même, après validation du cahier des charges de l'évaluation avec les instances de démocratie sanitaire.
- Soit par un évaluateur externe. L'ARS Bourgogne, dans ce cas, rédigera et diffusera, courant 2015, un cahier des charges d'évaluation, préalable à la mise en concurrence des prestataires externes.

6.3 Comité de suivi et d'évaluation du PRS

L'évaluation est une démarche participative visant à produire de la compréhension et centrée sur l'expression de toutes les parties en présence avec leur diversité.

Le principal enjeu de l'évaluation est de préparer des changements, d'améliorer, d'adapter le projet.

Ainsi, il conviendra de constituer un comité de suivi et d'évaluation du PRS intégrant des acteurs participant à sa mise en œuvre. Ce comité pourra être accompagné d'experts spécialistes de l'observation et de l'évaluation en santé afin de conduire ses travaux.

FRS

/// Bourgogne



2012
2016

