

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

6

- Des réponses insuffisamment centrées sur la personne 6
- Un accès inégal aux services de santé 8
- Des parcours qui manquent de coordination 12
- Des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé 16

## TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET PRÉPARER L'AVENIR

20

- Une approche systémique de la santé 20
- Evaluer pour orienter les politiques publiques de santé 21

## LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

24

- Être acteur de sa santé 24
- Une démarche centrée sur la personne 26

## LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

30

- Une offre de premier recours à conforter 31
- Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces 33
- Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés 35

## LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

38

- La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale 38
- La mobilisation pour réduire les inégalités de santé 40

## ANNEXES :

42

- Annexe 1: La méthodologie d'élaboration du projet régional de santé 42
- Annexe 2: Le diagnostic régional de l'état de santé et des besoins de santé dans les Pays de la Loire 45

// Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien matériel et insensible qui lie les plus étrangères et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties //

PASCAL



# ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

### 1 ■ Des réponses insuffisamment centrées sur la personne

#### ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT: UNE ATTENTE FORTE DES LIGÉRIENS

Les ligériens expriment un très fort besoin d'écoute et d'accompagnement. Les professionnels en ont conscience mais l'organisation de la santé ne leur permet pas toujours de répondre au mieux à cette attente. Améliorer la capacité des professionnels et des services à apporter une réponse adaptée à chaque situation est essentielle.

Trop souvent les usagers ont le sentiment que le temps leur a manqué pour exprimer et discuter avec un professionnel l'ensemble des préoccupations relatives à leur santé et l'impact dans leur vie quotidienne de leur maladie ou leur situation de handicap.

Ils souhaitent pouvoir bénéficier d'une réponse « individualisée », de proximité, y compris à domicile lorsque c'est possible. Ils attendent une approche globale, en particulier dans les situations de handicap ou de maladie chronique. La seule réponse technique, la seule correction de symptômes biologiques ne suffit pas. Il s'agit de respecter les attentes de chacun, d'identifier le besoin d'accompagnement psychologique ou social et de

valoriser la participation à l'élaboration d'une réponse adaptée.

Une prise en charge de qualité ne requiert pas seulement des soins et un accompagnement global de la personne dans son environnement et selon ses attentes. Elle implique aussi une réponse intégrée, qui associe une offre de prévention adaptée à l'âge de la vie, enfance, adolescence, grand âge, ou aux expositions à des risques liés à l'environnement, au travail ou au handicap. Elle nécessite également un accompagnement médico-social et social adapté au projet personnel.

Ceci est d'autant plus important pour les personnes vulnérables, population en situation de précarité ou de handicap psychique par exemple, pour lesquelles la santé n'est pas ou n'est plus la priorité, qui rencontrent des difficultés pour accéder aux services de santé ou bien qui renoncent aux soins. Il s'agit de mieux appréhender leurs besoins, et pour mieux y répondre, de développer une offre de soin, de prévention et un accompagnement qui tiennent compte de leur situation spécifique.

ENQUÊTE auprès des ligériens et des professionnels de santé<sup>1</sup>

	Ligériens	Professionnels
Confiance des habitants des Pays de la Loire dans le système de santé	OUI à 76%	OUI à 62 %
Accès à la santé est le même pour tous les habitants, quelque soit leur niveau de revenu ou leur situation familiale	NON à 63%	NON à 81%

#### UNE MEILLEURE ANTICIPATION ET PRISE EN COMPTE DES ÉVÉNEMENTS ET MOMENTS CRITIQUES DE LA VIE

La vie est jalonnée de temps de passage. Entrée dans l'adolescence, entrée dans la vie affective et sexuelle, départ à la retraite, découverte d'une maladie grave ou d'une maladie chronique, décès d'un

proche, perte d'emploi ou changement de conditions de travail, perte de logement pour des raisons économiques ou sociales, aggravation soudaine d'une situation de précarité, entrée en institu-



#### Une population en forte croissance qui vieillit :

Taux de croissance moyen de 0,9 % (0,7 % en France) soit 32 000 habitants de plus par an.

Fécondité la plus importante des régions métropolitaines (44 000 naissances).

Part des plus de 75 ans dans la population à 14,5% en 2030 contre 8,4% actuellement.

Evolution du vieillissement plus marquée sur la zone littorale.

#### Une bonne espérance de vie mais une mortalité prématurée préoccupante

Une espérance de vie qui continue à augmenter : 84,9 ans pour les femmes (supérieure à la moyenne nationale), 77,5 ans pour les hommes (proche de la moyenne nationale).

Une espérance de vie sans incapacité inférieure de 5 ans aux pays européens les mieux classés.

Un taux de mortalité tous âges confondus de 8,6 pour mille, parmi les plus faibles d'Europe

Une mortalité prématurée avant 65 ans qui reste préoccupante : supérieure en Loire-Atlantique, Vendée et Sarthe

2 000 décès évitables par an par une réduction des comportements à risque



tion ou changement d'établissement lorsqu'on vit avec un handicap. Ces périodes d'adaptation lorsqu'elles se déroulent avec difficulté peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé : exposition à des facteurs de risque, comportements néfastes, ruptures de soins, isolement social. Leur accumulation tout au long de la vie est un puissant pourvoyeur d'inégalités de santé et ce d'autant plus qu'elles surviennent tôt.

Ces étapes de la vie sont aussi susceptibles de générer des situations d'urgence ou des situations de crise : crise psychique, crise suicidaire, épisode de violence, nécessité d'hospitalisation ou d'hébergement d'urgence.

Rapidité d'intervention et pertinence de la réponse ne sont pas toujours au rendez-vous. L'anticipation, la mise en éveil lors de ces périodes à risque, l'attention aux

signes d'alerte, devraient être privilégiées pour éviter l'aggravation de la santé dans ces périodes de fragilité. Il existe encore trop d'orientations inadaptées, d'hospitalisations en urgence qui auraient pu être évitées.

Le système de santé doit avoir suffisamment de souplesse pour adapter constamment les réponses qu'il propose aux projets de vie des personnes.

C'est particulièrement vrai pour les personnes handicapées. Ce le sera également de plus en plus pour les personnes vieillissantes. Cependant, pour les soignants et les familles, il n'est pas toujours évident de pouvoir anticiper ces évolutions. Les personnes en souffrance ou leurs proches ne sont pas toujours prêts à reconnaître la fragilité d'une situation ou à accepter les réponses qui leur sont proposées.

## UNE PLACE DE L'USAGER QUI NE LUI PERMET PAS SUFFISAMMENT D'ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

Les connaissances profanes de l'usager sur sa propre vie et son environnement doivent être considérées comme une ressource au service de sa propre santé. Avec le vieillissement de la population, et l'importance des maladies chroniques, les problèmes de santé sont devenus complexes. Les usagers, individuellement et collectivement, sont plus à même qu'on ne le pense de contribuer efficacement à l'organisation de la réponse. Pour autant, les bonnes pratiques sont insuffisamment intégrées par les personnes elles-mêmes et leurs aidants.

Si des progrès importants ont été réalisés ces dernières années en matière de droits des usagers, il reste des marges de

progrès dans l'application des dispositions prévues. Il en est de même de la responsabilisation des personnes pour une bonne utilisation du système de santé permettant ainsi de garantir la pérennité d'un financement solidaire.

Le consentement éclairé aux soins requiert une information complète, transparente, accessible et compréhensible.

Sa recherche, loin d'être une contrainte pour le système de soin ou seulement une obligation légale devrait être plus vécue comme une opportunité de participation et de promotion de l'autonomie de la personne dans les décisions qui le concernent.

### Les principaux problèmes de santé

Les maladies cardiovasculaires : situation régionale plus favorable qui pèse cependant sur le recours aux soins.

Les cancers et notamment une fréquence du cancer du poumon qui augmente chez les femmes et ne diminue pas chez l'homme.

Les pathologies liées à la consommation excessive d'alcool.

Prévalence plus élevée de l'asthme au sein de la région.

Les suicides et tentatives de suicide avec une fréquence plus importante en Mayenne, Sarthe et une augmentation chez les hommes en Vendée.

Le diabète et l'obésité : affections de plus en plus fréquentes malgré une situation plus favorable en Pays de la Loire.

SONDAGE : Les risques de santé perçus

Pour soi-même ou conjoint	34,5 % aucun	24,5 % cancer	Pour les professionnels, le risque majeur perçu par les ligériens pour eux-mêmes ou leur famille est également le cancer à 47,4 %
Pour les enfants	39,9 % aucun	17,1 % maladies de saison	
Pour les parents	19,7 % cancer	19,3 % aucun	10,6 % maladie d'Alzheimer

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

### 2 ■ Un accès inégal aux services de santé

#### DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS, REFLET DES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES

En dépit d'un accès aux soins en général de bonne qualité, le territoire régional présente des zones dites zones éloignées des services de santé, du médecin, de l'infirmière, du kinésithérapeute, des services d'aide à domicile. L'enjeu de la distance pour l'usager conduit à s'interroger sur les conditions d'accès aux soins de premier recours en ayant le souci de clarifier le "panier de soins de premier recours" et le "périmètre du territoire de premier recours".

Les services spécialisés, médecins spécialistes libéraux ou plateaux techniques hospitaliers ne sont pas partout disponibles en proximité. Dans certains territoires comme la Sarthe et la Mayenne, le maillage est très faible. Cela pose la question de l'accès à assurer aux services spécialisés lorsqu'ils sont indiqués, qu'il s'agisse de soins programmés ou urgents. La permanence et l'accès dans des délais raisonnables est à améliorer en prenant en compte la question des transports.

Au-delà de l'éloignement géographique, la région présente également des zones marquées par l'isolement social en particulier dans les zones rurales, et des zones de précarité en milieu urbain. Les difficultés d'accès à la prévention et aux soins y sont susceptibles d'entraîner le renoncement aux soins.

L'accès aux services et à l'information est une difficulté majeure pour certaines catégories de personnes et dans certaines situations.

L'accès aux droits est encore insuffisamment garanti dans ces situations.

L'accès financier peut être un obstacle en particulier s'il existe une incertitude quant au niveau de remboursement des soins ou de dépassement d'honoraires, ou si les dispositifs de prise en charge proposés génèrent indirectement des coûts trop lourds à supporter.

L'accès à une prise adéquate peut être compromis lorsque des limites sociales, culturelles, de langue ne permettent pas de gérer des situations complexes. Cette question est particulièrement sensible en Loire-Atlantique et en Sarthe, mais aussi auprès des migrants ou des étudiants.

L'accès physique demeure également encore trop souvent difficile dans les différents lieux de soins pour les personnes quelque soit le type de handicap.

Chacune de ces difficultés révèle des besoins spécifiques et requiert une adaptation de la réponse pour garantir une non discrimination dans l'accès à la santé.

#### Le recours aux soins hospitaliers :

Un recours moins fréquent aux services hospitaliers de court séjour : - 6 % par rapport à la moyenne nationale.

Un taux de recours aux structures hospitalières d'urgence un des plus faibles de France avec des taux plus importants en Mayenne, Sarthe et Vendée.

Une organisation graduée de l'offre hospitalière s'étant fortement restructurée ces dix dernières années.

Une réponse en psychiatrie qui est soumise aux conséquences d'une augmentation régulière du nombre des personnes suivies particulièrement sensible en Loire-Atlantique

Un nombre d'hospitalisations inadéquates lié à l'insuffisance de la réponse d'aval en soins de suite et en accompagnement médico-social.

SONDAGE : Zone géographique dans laquelle la personne habite

est suffisamment pourvue	OUI à 62 %
En établissements de santé	oui à 75,6 % (mais à 65,4% en Mayenne)
En médecins généralistes	oui à 71,5 % (mais à 49,9% en Mayenne et à 54,4 % en Sarthe)
En infirmiers	oui à 65,4 %
En service d'urgence	oui à 61,9 %
En médecins spécialistes	oui à 57,6 % (35,2% en Mayenne)
En établissements pour personnes âgées	oui à 46,6 %

## LE MANQUE DE LISIBILITÉ SUR LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'existence de services ne suffit pas, l'orientation dans le système de santé est souvent un problème en raison de sa complexité.

Les dispositifs d'orientation existants comme le centre 15 pour les urgences médicales ne sont pas toujours bien utilisés. De plus, la réponse médicale apportée par téléphone pouvant recommander le déplacement dans une structure d'urgence ou au contraire de différer une consultation identifiée comme non urgente peut n'être pas considérée par le public comme une réponse médicale.

Les difficultés d'orientation des patients en souffrance psychique lors d'une crise inaugurale ou lors d'une rechute sont vécues comme une épreuve par les familles qui les accompagnent et ne savent pas toujours où et à qui s'adresser.

Le recours à des services à domicile, de soins ou d'aide à la personne est parfois compliqué à organiser lorsque la sortie d'hospitalisation de court séjour n'a pas été anticipée et conduit à des réhospitalisations qui auraient pu être évitées.

Ces difficultés pour identifier la bonne porte d'entrée, en fonction de chaque situation, témoignent d'un manque de lisibilité du système de santé dont se plaignent les usagers et qui paradoxalement concerne aussi les professionnels.

Finalement, ce manque de lisibilité conduit à des erreurs d'orientation, source de délais pour le patient et d'inefficience pour le système. En témoignent des recours inopportuns vers l'hôpital et ses urgences ou des hospitalisations inadéquates en soins de suite lorsque d'autres parcours auraient été possibles ou plus indiqués.

De plus, il s'avère que les multiples intervenants sur un territoire, médecins, infirmiers libéraux, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), hospitalisation à domicile, réseaux, services d'aides à la personne, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ne travaillent pas suffisamment ensemble ou bien tout simplement ne se connaissent pas. C'est un problème pour la prise en charge de problèmes complexes.

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

### DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AMPLIFIÉES PAR L'ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS SUR LE TERRITOIRE ET GÉNÉRATRICES D'INÉGALITÉS

La démographie des professionnels de santé connaît une évolution importante. Pour la jeune génération, elle se manifeste par trois aspects : la diminution des effectifs formés au cours des décennies précédentes, l'inversion de la proportion de femmes dans les nouvelles générations, la modification des attentes des femmes comme des hommes concernant la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle et remettant en question durée de travail et modes de rémunération.

Pour la génération des plus de cinquante ans, la plus importante en nombre, une inquiétude apparaît quant au devenir de leur mode d'exercice entraînant des départs anticipés, le départ en retraite n'étant plus de loin la raison la plus fréquente pour cesser une activité de médecin généraliste en particulier en milieu rural. En conséquence la démographie médicale est à la baisse dans les territoires ruraux, ainsi en Sarthe, en Mayenne et dans certains territoires des autres départements, comme le Sud-Vendée ou le Nord de la Loire-Atlantique.

La démographie des spécialistes libé-

raux suit la même tendance à la baisse même si elle varie selon les spécialités. Dans certains territoires de Vendée, le problème d'accès au spécialiste est plus important que celui de l'accès au généraliste. Les chirurgiens dentistes ne sont pas épargnés non plus avec une pyramide des âges préoccupante.

Lorsque cette question concerne également les spécialistes des établissements sanitaires, un cercle vicieux se constitue qui décourage les généralistes redoutant l'isolement professionnel.

La démographie des professionnels paramédicaux est également préoccupante. Leur distribution sur l'ensemble du territoire est de plus en plus difficile à assurer. La difficulté tient tant au nombre de personnel formé qu'à leurs parcours de formation. Cette question concerne les infirmiers, notamment en Sarthe, mais aussi les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes.

Cette évolution de la démographie des professionnels de santé, conjuguée à l'accroissement de la population et à son vieillissement, accentue l'inégal accès aux soins ressenti par tous.

**La réponse médico-sociale aux personnes en situation de handicap :**

**Un taux d'équipement régional au-dessus de la moyenne nationale avec de fortes disparités territoriales et par déficiences.**

**Pour les enfants et adolescents mais aussi pour les adultes : déficit en Vendée et en Loire-Atlantique**

**Manque de réponse pour les personnes autistes, avec un handicap psychique**

**Un développement des services qui a doublé pour les adultes en 4 ans**

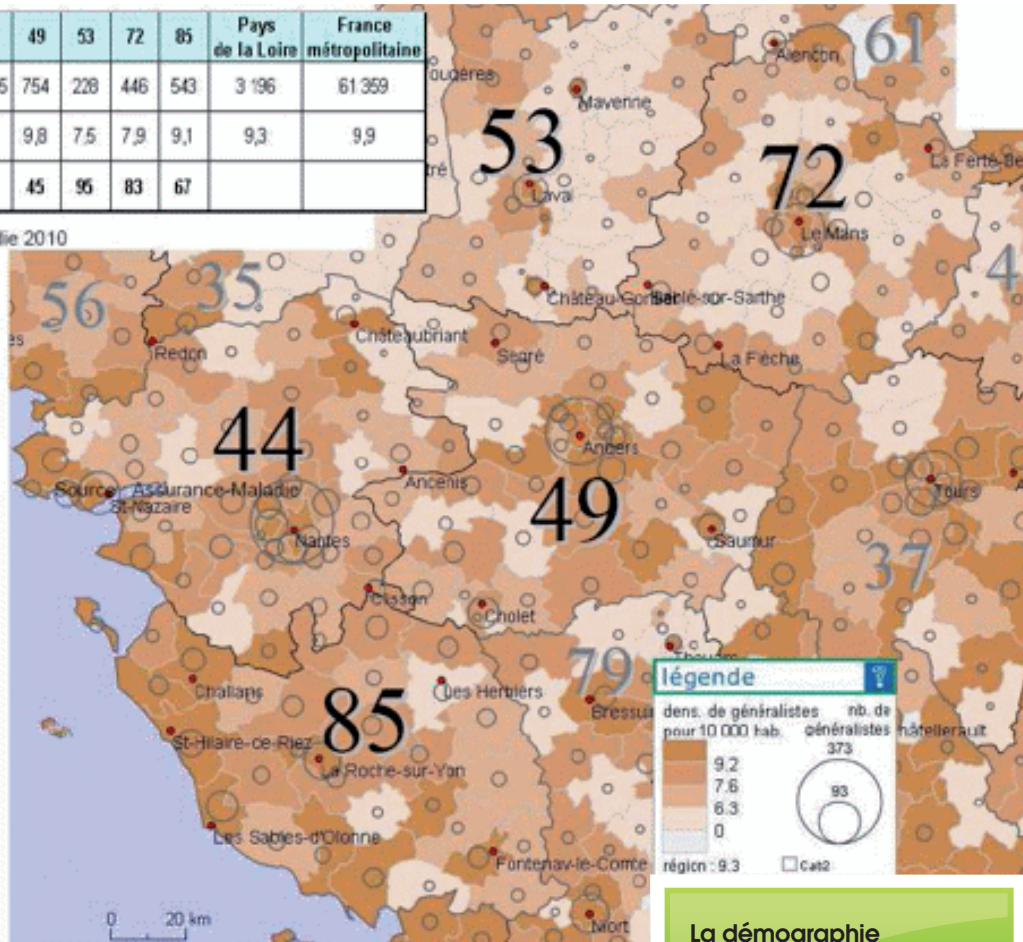
**Un nombre important de jeunes de plus de 20 ans maintenu dans des structures pour enfants faute de solution**

#### SONDAGE : Satisfaction d'une prise en charge dans les six derniers mois

Par un médecin généraliste	oui à 96,4 %
Par un dentiste	oui à 94,1 %
Par un médecin spécialiste	oui à 90,9 %
Par un service d'urgence	oui à 71,6 %

Médecins généralistes	44	49	53	72	85	Pays de la Loire	France métropolitaine
Nombre	1 225	754	228	446	543	3 196	61 359
Densité (pour 10 000 habitants)	9,9	9,8	7,5	7,9	9,1	9,3	9,9
Rang France métro (densité)	42	45	96	83	67		

Source : Assurance-Maladie 2010



### La démographie médicale :

Une densité médicale globale inférieure de 16 % à la moyenne nationale + 17 % de médecins en 10 ans avec stagnation du nombre de médecins généralistes, augmentation de 35 % du nombre de médecins salariés

Situation préoccupante en Mayenne et en Sarthe respectivement 68 et 72 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 81 en moyenne régionale et 87 en moyenne nationale.

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

### 3 ■ Des parcours qui manquent de coordination

#### L'INSUFFISANTE COORDINATION DES PROFESSIONNELS ENTRE EUX ET AVEC LES SERVICES ET ÉTABLISSEMENTS

Une offre de services de santé, répondant aux besoins, centrée sur la personne, intégrant la prévention, les soins et l'accompagnement médicosocial, est une attente forte et un droit pour les usagers. Sa mise en œuvre ne peut se faire sans une coordination entre les acteurs, professionnels du soin ou de l'accompagnement, aidants professionnels et aidants naturels. Trop d'exemples peuvent être cités montrant les cloisonnements des prises en charge, les ruptures dans les parcours qui affectent l'efficacité de la prise en charge et du suivi de la personne dans son parcours de santé.

La diversité des acteurs intervenant sur un territoire pour répondre aux besoins de santé est pourtant un atout. Cependant la coordination de leurs interventions constitue un véritable défi à relever. L'importance de la connaissance ou plutôt de la méconnaissance mutuelle a été évoquée. Aujourd'hui, si les professionnels partagent l'information avec les personnes qui font appel à eux, la coordination des intervenants au long d'un parcours de prise en charge repose essentiellement sur les personnes elles-mêmes, leur famille ou leurs aidants. Les errements qui peuvent en résulter altèrent la qualité de la prise en charge, accroissent les délais et les opportunités manquées et génèrent des coûts pour le système de santé qui pourraient être évités.

**Le besoin de coordination des intervenants se pose d'abord en proximité, entre les acteurs du premier recours relevant du soin et de l'accompagnement médico-social.**

Le vieillissement de la population génère un besoin accru de coordination car les prises en charge, qu'elles soient médicales, médico-sociales ou sociales sont plus complexes lorsqu'elles concernent des personnes âgées.

Le nombre de personnes vivant avec des maladies chroniques s'accroît fortement, en raison de leur meilleur dépistage, de leur meilleure prise en charge et de l'allongement de la durée de la vie. De même, l'accompagnement ou la prise en charge de la santé des adolescents ou des personnes souffrant d'une addiction appelle à une réponse multi-professionnelle, et multidisciplinaire coordonnée.

Ce besoin de coordination est d'autant plus prégnant que la prise en charge se déroule à domicile pour des pathologies ou dans des contextes de handicap de plus en plus lourds. Ceci répond aux attentes des personnes et de leur famille. De plus, la prise en charge sanitaire ou l'accompagnement médico-social à domicile, de même que les dispositifs articulant prise en charge de jour et domicile sont moins coûteux dès lors que la présence des intervenants est optimisée.

L'intérêt du travail pluriprofessionnel est avéré. Celui de sa coordination également. La multiplication des intervenants, voire des référents autour de la personne devient illisible pour la personne elle-même et pour les professionnels concernés. La question de la désignation du professionnel ou de l'institution qui peut assurer la coordination se pose.

En principe, des services de premier recours sont les mieux placés pour prendre cette tâche à condition qu'ils fonctionnent de façon suffisamment intégrée. Et cela suppose qu'ils en ont les compétences, le temps dédié et les outils. Lorsque l'accompagnement social ou médico-social est au cœur de la problématique, le dispositif du CLIC qui couvre la quasi intégralité du territoire régional a montré également son utilité.



#### La réponse médico-sociale aux personnes âgées

Des schémas départementaux reflètent la diversité des territoires.

Une offre nettement au-dessus de la moyenne nationale.

Une couverture régionale inégalitaire supérieure à la moyenne nationale en Maine-et-Loire, inférieure en Loire-Atlantique.

Une forte diversification avec le développement des SSIAD (+ 25 % en 5 ans), des accueils de jour.

Un nécessaire développement global de l'offre pour répondre aux enjeux du vieillissement



Il demeure ensuite l'enjeu d'une bonne articulation voire intégration entre dispositif CLIC et maison de santé pluri-professionnelle ou pôle de santé. Il faut probablement s'appuyer sur les réseaux de proximité existants lorsqu'ils fonctionnent et donnent satisfaction. La question de l'articulation avec les CLIC et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou bien de l'intégration de services d'accompagnement social dans les services de santé mérite également d'être posée.

Le besoin de coordination se pose également entre ce réseau de professionnels de proximité de premier recours et le réseau des services de recours spécialisé auquel ils doivent pouvoir faire appel : établissements sanitaire ou médico-social, professionnels libéraux, services ambulatoires avec ou sans plateau technique et autres services d'appui spécialisés. La question des entrées et des sorties des établissements de santé illustre bien les difficultés trop souvent rencontrées.

**La coordination des partenaires s'envisage également à l'échelle de la santé de la population d'un territoire.** Il s'agit alors par exemple de mieux coordonner les services de santé publique en charge de la protection des populations, les services de santé en charge des soins aux personnes et d'autres partenaires éventuellement concernés : contrôle d'une pollution de l'eau, conséquences d'une contamination de la chaîne alimentaire ou encore épidémie de légionellose dans un établissement, de rougeole dans une communauté d'enfants, d'infections respiratoires dans un établissement pour personnes âgées.

Dans les 5 ans à venir, perception du changement du système de santé en Pays de la Loire	
Les ligériens	Les professionnels
67,3 % pense qu'il va changer et 45,5 % au détriment de l'utilisateur et la qualité d'accès à la santé	82% des professionnels pensent qu'il va changer : 68% au détriment de l'utilisateur et de la qualité d'accès à la santé, 14% au profit de l'utilisateur et de la qualité de l'accès.
52,9 % pense que la qualité de prévention va s'améliorer	
31,9 % pense que la qualité des soins va s'améliorer et 29,4 % qu'elle ne va pas changer	
79,5 % pense que le niveau de remboursement des dépenses de santé par la Sécurité Sociale va se dégrader	17% pensent que le système n'aura pas changé.

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

### DES PROFESSIONNELS FACE À DE NOUVEAUX DÉFIS

L'évolution des maladies chroniques a changé le contenu du travail des soignants de premier recours. La coordination génère un surcroît de tâches administratives. Effectuées par les professionnels de santé, elles provoquent un sentiment d'éloignement de ces derniers par rapport à leur cœur de métier. Le système n'est plus adapté, en particulier pour assurer ce qui relève inévitablement d'une prise en charge pluri professionnelle et de l'émergence de compétences nouvelles pour l'accompagnement de la personne dans son parcours de santé.

Le vieillissement de la population et son impact sur les maladies chroniques, nécessitent de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé concernant par exemple la douleur, l'accompagnement de la perte d'autonomie, les soins palliatifs, la fin de vie, mais aussi les modalités techniques et relationnelles de suivi des malades chroniques tels que l'éducation thérapeutique. Ces évolutions mettent en question la répartition des tâches entre les différents professionnels de santé. Cette question concerne également la place et le rôle des professionnels de santé en établissement et des professionnels médico-sociaux quelque soit leur lieu d'exercice.

### LA PLACE DES AIDANTS FAMILIAUX ET DE L'ENTOURAGE

Les aidants familiaux ont la perception que leur rôle essentiel de coordination des intervenants et plus généralement de soutien de la personne est insuffisamment reconnu. Ils ont besoin d'aide pour gérer les nécessaires périodes de répit sans

rupture de la prise en charge du parcours de soins ou de l'accompagnement de la personne. Ils demandent le renforcement des structures d'accueil et d'hébergement temporaires.

### L'INADÉQUATION DES STRUCTURES AU REGARD DES BESOINS

Tout le monde s'accorde à estimer que le système de santé manque d'adaptabilité. La continuité des parcours nécessite le renforcement des possibilités de maintien à domicile et celui de la prise en compte de la réponse à des besoins très diversifiés, tant du point de vue de la gamme des interventions, que de celui des spécificités liées aux pathologies (maladies chroniques, cancérologie, addictions, dépendance des personnes âgées, santé mentale, ...).

Les délais d'attente sont trop longs pour accéder à une consultation pour les troubles de l'apprentissage pour les enfants pour obtenir une réponse en cas de problèmes de santé mentale.

Le système de santé prend insuffisamment en compte les éléments extérieurs (logement, ressources, entourage du patient) pour permettre la prise en charge de chaque personne dans un parcours de soins efficace. Des marges de progrès existent pour mieux répondre en tenant compte des contraintes d'évolution limitée des dépenses d'assurance maladie.

## UN INSUFFISANT PARTAGE DES DONNÉES ENTRE ACTEURS

La bonne circulation et le partage de l'information sont primordiaux pour la coordination des parcours. Cela concerne l'information des professionnels mais aussi de l'usager et de ses proches.

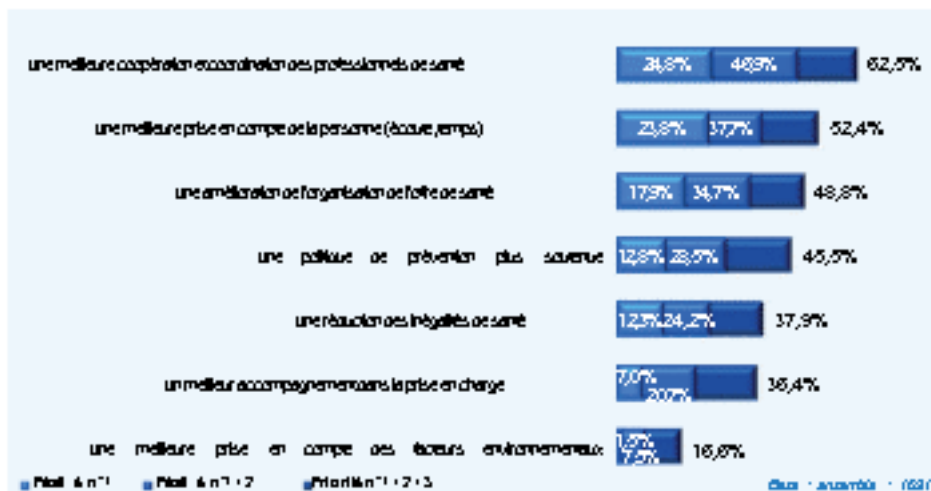
Une dynamique régionale des professionnels de santé a permis les fondations d'un système d'échanges de données au plan médical. En s'appuyant sur cet acquis, il convient désormais de déployer

les bonnes pratiques au plan régional en y associant l'ensemble des acteurs et notamment ceux du médico-social.

Le manque de formation et la complexité des Systèmes d'Information Partagée (SIP) ne facilitent pas aujourd'hui la coordination entre les acteurs. Pourtant SIP et dossier communs sont indispensables à un travail pluri-professionnel.

## Attentes d'une politique de santé par les professionnels

Q8 - Et vous même, en tant que professionnel, qu'attendez-vous d'une politique de santé ?



Pour eux-mêmes, les attentes concernent majoritairement, la coordination et la coopération des personnels, et aussi une meilleure prise en compte de la personne dans sa globalité.

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

### 4 ■ Des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé

#### LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SE RÉPARTISSENT DANS LA POPULATION SUIVANT UN GRADIENT SOCIAL

Les inégalités de santé se répartissent dans la population suivant un gradient social lié aux ressources, à la position sociale, au niveau d'éducation. Alors que l'état de santé s'est globalement amélioré pour tous, les catégories sociales les plus élevées en ont plus bénéficié que les moins favorisées. Il en résulte un creusement des écarts depuis 30 ans.

Ces inégalités sociales de santé sont peu liées au système de soins ou de santé ni ne sont d'ailleurs fondamentalement corrigées par celui-ci. Elles se constituent tôt, dès la petite enfance et s'accumulent tout au long de la vie. Les facteurs d'inégalité de santé dans l'enfance liées à la position sociale, aux conditions de logement et d'éducation se retrouvent et se cumulent dans la vie d'adulte sous forme d'exposition accrues à des facteurs de risques professionnels et se paient au moment de la retraite en année de vie en bonne santé perdues.

Si c'est le système de santé qui constate les inégalités sociales de santé, leur réduction dépasse le champ de la santé. Ce sont des mesures de correction des inégalités sociales relevant de politiques publiques globales et coordonnées qui sont donc pour l'essentiel les seules susceptibles d'en réduire les effets sur la santé.

Cependant, même si le système de soin n'agit que marginalement sur les inégalités de santé, la prise en charge médicale des conséquences se heurte également aux contraintes sociales. Ce sont ces personnes qui ont également de plus grandes difficultés à accéder à des soins de qualité, cela amplifie le phénomène. S'il n'y prend garde, le système de soin peut contribuer à creuser les inégalités. Ainsi il a pu être montré que l'opportunité de réaliser un dépistage lorsqu'il est proposé est d'autant plus saisie que les personnes appartiennent à une catégorie sociale favorisée.

A côté de la lutte contre les inégalités sociales de santé, il est important de lutter également contre l'exclusion sociale. Il s'agit là de corriger de façon ciblée les inégalités de recours aux soins qui frappent les plus démunis.

Aujourd'hui des dispositifs financiers tels que la CMU et la fourniture ou l'aide à l'accès à une complémentaire santé viennent répondre à cet objectif. Tout comme des dispositifs prévus par les programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) tels que la permanence d'accès aux soins (PASS) assurant un accueil à forte composante sociale dans les hôpitaux. Mais ils ne sont pas fonctionnels partout.

#### Sondage : renoncement à certains soins parce que le remboursement en était trop limité

Oui à 15,5%	Pour des soins dentaires à 66,9 %
	Pour des frais optiques à 25,8 %

## LE LOGEMENT REPRÉSENTE UN PUISSANT FACTEUR D'INÉGALITÉ SOCIALE DE SANTÉ

Les conditions de l'habitat contribuent aux inégalités sociales de santé. Eloignement du lieu de travail, de l'établissement de scolarisation, insalubrité de l'habitat, exposition au bruit, perméabilité au radon dans les zones exposées, sont des facteurs qui ont des effets négatifs sur la santé : allergie, asthme, altération de la santé

mentale, cancers. L'habitat est souvent inadapté aux conséquences du vieillissement des personnes ou des situations de handicap et vient creuser d'autant les inégalités sociales de santé. De fait, l'inégalité d'accès à un logement de qualité, contribue aux inégalités sociales, mais aussi territoriales.

Départements	Minima sociaux	Population
Loire-Atlantique	36,60 %	35,60 %
Maine et Loire	23,55 %	22,15 %
Mayenne	7,47 %	8,74 %
Sarthe	16,56%	16,20 %
Vendée	15,82 %	17,31 %
Pays de la Loire	100 %	100 %

### La santé : marqueur des inégalités sociales

Un taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans trois fois plus élevé pour les agriculteurs, ouvriers, employés que pour les cadres et professions intellectuelles.

Part des départements en fonction des minima sociaux et demandeurs d'emplois comparés à la population.

Trois situations faisant plus particulièrement obstacles à l'accès à la santé : état de pauvreté, de dépendance et de relégation.

SONDAGE : Perception de prendre en main sa santé	ENQUETE Professionnels:
	Selon vous, quelles sont les populations vers lesquelles il conviendrait de faire porter les priorités?
Oui à 85,6 %	Les personnes en risque de perte d'autonomie liée au vieillissement à 75,3%
Dans les 6 derniers mois	Les personnes en situation de précarité à 56,8%
82,3 % a surveillé son alimentation	Les personnes en perte d'autonomie liée au handicap à 41,3%
76,7% a fait du sport ou une activité physique	Les personnes atteintes d'une maladie chronique (diabète, cancer...) à 39%
54,2 % a consulté son généraliste pour un bilan de santé	Les jeunes à 35,7%
53,6 % a limité (stoppé) sa consommation d'alcool	Les personnes atteintes d'un problème de santé mentale à 31,3%
	La petite enfance et l'enfance à 20,7%

## DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

### DES INÉGALITÉS TERRITORIALES ET ENVIRONNEMENTALES

L'observation des territoires de la région des Pays de la Loire révèle des inégalités qui sont ressenties par tous : usagers et professionnels. Les difficultés d'accès liées à des caractéristiques sociales sont accentuées dans certains territoires qui concentrent plus que d'autres des phénomènes de précarité, et de difficultés sociales.

Les inégalités territoriales sont également liées à l'environnement physique et au modèle de développement économique.

Aux XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles, l'amélioration des conditions de vie (habitat, assainissement, hygiène...) a constitué un élément clé de l'allongement assez rapide de l'espérance de vie et des progrès enregistrés en termes de santé de la population.

Certes les expositions aigüe liée aux rejets industriels qui étaient moins bien maîtrisés dans les années 50-60 ont diminué. Mais cette dynamique d'amélioration doit être nuancée. Nous sommes sous l'effet d'une exposition persistante et parfois croissante à un certain nombre de polluants et substances nocives. Cette menace prend la forme d'une conjonction d'expositions chroniques à faible dose : pollution atmosphérique dont l'impact non négligeable sur les pathologies cardio-pulmonaires a été démontré, contamination des eaux, par les nitrates et pesticides, et des sols (accumulation de métaux lourds, composés organiques nocifs, conséquences des activités industrielles...). Elle est source de nouvelles inégalités, avec la création de zones d'expositions cumulées et des contrastes entre zones urbaines / rurales / littorales. Ainsi, la région qui se

situe au deuxième rang pour son activité agricole et au troisième pour l'industrie, est maillée par des ressources en eau fragilisées, et marquée par la présence de zones industrielles à risque.

L'ampleur et la sévérité de ces expositions sont incertaines compte-tenu de la diffusion rapide et à grande échelle de certaines de ces substances (nuages toxiques, contamination accidentelle des réseaux d'eau potable), de leur capacité à se fixer durablement dans l'organisme, de la multiplication des composants chimiques.

Les efforts de surveillance sanitaire de l'environnement développés depuis plusieurs décennies ont montré leur efficacité pour prévenir ces situations et doivent être poursuivis.

Par ailleurs, il est établi que les populations vulnérables du fait de leur âge ou de leurs conditions sociales sont plus exposées aux risques environnementaux (femmes enceintes / nourrissons et substances chimiques, jeunes et musique amplifiée, habitat indigne et pollution de l'air intérieur etc.).

Il convient également de citer une demande sociale sur les risques émergents (champs électromagnétiques, substances reprotoxiques, nanoparticules) et dont les conséquences sur l'état de santé ne sont pas stabilisées aujourd'hui.

La perception de ces risques est génératrice de peurs collectives liées aux incertitudes et dont les retentissements sur la santé physique et mentale peuvent être notables.

#### Impact des comportements et habitudes de vie sur la santé :

**Alcool et tabac : une pré-occupation qui demeure : un tiers des plus de 18 ans présente une consommation à risque d'alcool.**

**21 % des garçons de 18-25 ans (15 % en France) déclarent avoir été ivres au moins trois fois au cours des 12 derniers mois.**

**Alimentation et activité physique : situation plutôt favorable dans la région concernant le surpoids et l'obésité avec une dégradation concernant les adolescents et les adultes.**

**Risque psychosocial : premier motif de consultation dans les services de pathologies professionnelles.**





Inversement, certains risques établis sont peu connus du grand public. C'est le cas de l'impact de la qualité de l'air intérieur avec un cocktail de polluants multiples ou bien le cas du radon qui est la deuxième cause de mortalité par cancer du poumon<sup>1</sup>.

Par ailleurs, le poids de l'environnement au travail est loin d'être négligeable. On estime que 15% de la part des asthmes sont d'origine professionnelle. Parmi les trois millions de personnes en France qui seraient exposés aux substances cancérigènes, les ouvriers sont les plus exposés<sup>1</sup>. En Pays de la Loire, 25 % des ouvriers sont exposés à des produits cancérigènes contre seulement 4,4 % des salariés des autres catégories socioprofessionnelles (cadres, professions intermédiaires, employés). Or, parallèlement, la difficulté de recruter des médecins du travail rend plus difficile le suivi des salariés.

L'exposition aux facteurs environnementaux défavorables à la santé, telle l'exposition au radon sur les territoires au sous

sol granitique ou à des agents toxiques dans le monde du travail, mais surtout la capacité à mettre en œuvre des mesures d'évitement ou de protection reproduit également un gradient social, les plus avantagés socialement étant les plus en mesure ou en capacité de réagir favorablement.

D'autres facteurs ont un impact déterminant sur la santé des populations (éducation, travail, transports, ...). La mobilisation de tous serait donc nécessaire afin de favoriser les politiques intersectorielles, en associant étroitement tous les acteurs de l'Etat et des collectivités territoriales.

Des lors, on comprend que les interventions susceptibles de corriger la survenue de ces inégalités relèvent d'autres champs que celui de la santé. Elles relèvent de la politique urbaine et sociale. En revanche la réflexion, l'exposé des conséquences sur la santé, et la mobilisation d'acteurs qui peut en résulter doivent être portés dans un plaidoyer des acteurs de la santé auprès des décideurs.

#### SONDAGE : Pour améliorer la santé des habitants de la région, il faudrait

Selon les ligériens	Selon les professionnels
Intensifier la recherche médicale à 94,5 %	à 81,7%
Réduire les pollutions à 90,4 %	à 79 %
Améliorer les conditions de travail à 89,7 %	à 83 %
Diffuser largement des informations préventives à 87,9 %	à 86 %
Augmenter le nombre de médecins ou de professionnels de santé à 84,2 %	à 81,7 %

<sup>1</sup> O Catellinois et al. Lung cancer attributable to indoor radon exposure in France, *Environ. Health Perspect.* 114(9) : 1361-6, 2006

# ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

## TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET PRÉPARER L'AVENIR

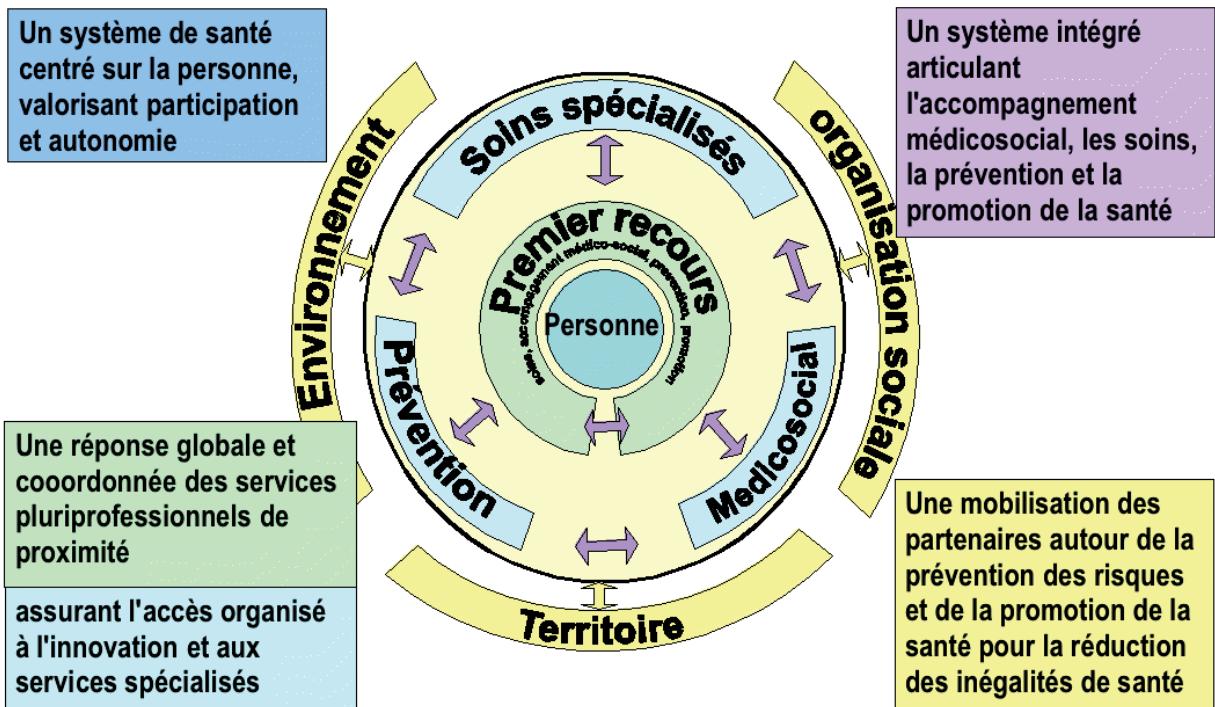
### 1 ● Une approche systémique de la santé

L'évolution démographique de la région des Pays de la Loire et le vieillissement de la population qui l'accompagne soulèvent deux enjeux d'importance en termes de santé : l'augmentation du nombre de personnes vivant avec des maladies chroniques et l'importance du risque de dépendance ou de perte d'autonomie. Ils modifient profondément la nature des besoins de santé et mettent de plus en plus en tension le système de santé qui montre ses limites.

Nous voulons continuer à améliorer l'espérance de vie en bonne santé et diminuer la mortalité prématurée.

Pour atteindre ces résultats, si les besoins apparaissent illimités, les ressources sont limitées. Par conséquent des choix devront être faits. Si nous voulons que le

système de santé continue à offrir des soins et des services d'accompagnement accessibles il doit aussi être efficient. Mais surtout il doit s'adapter pour nous permettre d'évoluer dans les cinq années qui viennent vers un système de santé mieux préparé aux mutations en cours :



Pour impulser les changements nécessaires, nous mettrons en œuvre trois grandes orientations stratégiques :

- La personne au cœur des préoccupations du système de santé
- La proximité organisée
- La maîtrise des risques concernant la santé des populations

## 2 ■ Evaluer pour orienter les politiques publiques de santé

L'évaluation des politiques publiques est aujourd'hui un enjeu majeur. Le besoin d'évaluer est croissant dans un contexte de mutation du système de santé. Des ressources limitées face à des besoins illimités, avec un souci d'équité et d'efficience, impliquent une vigilance sur le bon usage des fonds publics dédiés à la santé.

### UNE ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES PORTÉES PAR LE PRS

L'évaluation consiste à émettre un jugement sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre du PRS, à en mesurer les effets. Elle permet l'ajustement de la conduite du projet. Elle est au service des décisions stratégiques et opérationnelles. Elle met en évidence les changements avant et après le PRS.

La démarche d'évaluation est réalisée sur 3 plans :

- évaluation des stratégies mises en œuvre par le projet
- évaluation d'impact sur des thématiques ciblées
- évaluation globale en fin de projet

En premier lieu, il s'agit d'évaluer les stratégies déployées sur le terrain afin de les réorienter si nécessaire.

Pour cela, il faut apprécier dans quelle mesure les actions prévues dans le PRS produisent les effets escomptés. La démarche de suivi du PRS, qui n'est pas traitée ici, mobilise des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de moyens, de réalisation, de résultat ou d'impact. Leur analyse croisée permet d'alerter sur les blocages éventuels.

Dans ce cas, une évaluation ad hoc est proposée afin de réinterroger la logique d'action mise en œuvre par le PRS pour l'atteinte de l'objectif et d'adapter en continu la stratégie. Des démarches de type benchmarking, comparaison entre

actions similaires sur plusieurs territoires, analyse de pratique, techniques de résolution de problèmes sont mobilisées.

En second lieu, il s'agit d'évaluer les résultats et l'impact des politiques publiques portées par le PRS.

Cette évaluation porte sur un certain nombre de thématiques particulièrement importantes au regard des orientations stratégiques du PRS.

Trois points d'entrée pour l'identification de ces thématiques sont envisagés :

- les sept axes déclinant les trois orientations stratégiques du PRS ;
- l'amélioration de la santé d'une population ciblée dans les priorités : personnes vivant avec une maladie chronique, personnes en situation de handicap quel que soit l'âge, jeunes... Plus spécifiquement, l'évaluation pourrait être centrée sur les parcours de santé de ces populations afin de savoir si les stratégies déployées permettent de les améliorer ;
- les problématiques de décloisonnement de l'offre de santé dans les territoires, notamment la coopération et la coordination des acteurs, professionnels, établissements et services.

Quelle que soit l'entrée retenue pour identifier les thématiques, l'évaluation croise les trois dimensions : stratégique, populationnelle et organisationnelle.

>>>

# ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

## TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET PRÉPARER L'AVENIR



Le choix des thématiques doit être identifié à un stade assez précoce afin de disposer d'une analyse de la situation initiale.

La CRSA est consultée pour le choix de thèmes d'évaluation approfondie.

En troisième lieu, une évaluation finale de l'ensemble du PRS est produite au terme du projet mesurant les résultats obtenus, capitalisant sur les évaluations thématiques réalisées au cours du projet et les données du suivi des indicateurs.

Cette évaluation doit répondre aux principales questions évaluatives suivantes :

- Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs en Pays de Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- Le PRS a-t-il produit les résultats attendus en termes de changement de l'organisation du système de santé et des modalités d'action sur les déterminants de santé en Pays de Loire, au regard des moyens déployés et des actions mises en œuvre ?
- Quel a été l'impact du PRS sur l'état de santé de la population ligérienne, sur la qualité des réponses en santé et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

### LA DÉMOCRATIE SANITAIRE : UN ENJEU DE L'ÉVALUATION

L'ARS élabore un document de programmation de l'évaluation du PRS qui présente les thèmes prioritaires et l'ingénierie de l'évaluation. Ils sont présentés et débattus au sein des instances : CRSA, commissions de coordination des politiques publiques et conférences de territoire.

Un dispositif institutionnel d'évaluation associe :

un comité de pilotage, soit le comité stratégique du PRS, constitué de l'équipe de direction de l'ARS. Il prend les décisions concernant l'évaluation.

une instance d'évaluation, soit la commission permanente de la CRSA. Elle oriente,

par ses avis, la conduite et le contenu de l'évaluation.

une équipe projet, soit le département Evaluation de la Politique de Santé de la Direction du Projet Régional de Santé (ARS). Elle assure la mise en œuvre des travaux d'évaluation.

Des groupes de pilotages ad hoc peuvent être mis en place pour la réalisation d'évaluations ponctuelles.

Ainsi, le suivi et l'évaluation contribuent à alimenter les débats de la démocratie sanitaire.

### 28 INDICATEURS CLÉS POUR LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Pour réaliser l'évaluation, des indicateurs traceurs et de synthèse sont proposés par axe stratégique, afin de mettre en évidence le changement avant/ après le PRS. Ils doivent permettre d'apporter des connaissances sur l'évolution du système de santé et sur la santé de la population. Il s'agit d'une sélection d'indicateurs qui doivent faire l'objet d'une concer-

tation dans la phase initiale du projet afin de retenir les plus significatifs dans une logique d'évaluation de politiques publiques.

Les indicateurs issus de l'enquête sur la perception des ligériens (février 2011), seront exploités pour l'évaluation finale du PRS.

Les 28 indicateurs clés

Indicateurs traceurs	Indicateurs de synthèse
<b>1.1. Etre acteur de sa santé</b>	
Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur pour les personnes de 75 ans et plus	Nombre de connexions à la plateforme d'intégration des données de santé
Pourcentage de patients en ALD 5 (insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales) et ALD 13 (infarctus coronaire), ALD 8 (diabète type 1 et 2), ALD 14 (insuffisance respiratoire grave) bénéficiant d'un programme d'ETP autorisé	Taux de mortalité prématurée évitable
Taux de prévalence de l'obésité et du surpoids en grande section de maternelle	
<b>1.2. Une démarche centrée sur la personne</b>	
Taux de personnes suivies par un établissement ou service médico-social bénéficiant d'un projet personnalisé	Evolution du nombre DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu)
Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisé par âge	
<b>2.1. Une offre de premier recours à conforter</b>	
Nb de nouveaux programmes d'ETP autorisés coordonnés par des professionnels du premier recours	% de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale
Nb de structures d'exercice collectif développées en ambulatoire pour 100 000 habitants	
<b>2.2. Une coordination des acteurs pour parcours des efficients</b>	
Taux d'hospitalisation directe des personnes âgées de plus de 75 ans (ie sans passage aux urgences).	Indicateur issu de Trajectoire - % des dossiers dans Trajectoire ne comportant pas de renseignements sur l'environnement de la personne (indicateur en cours de stabilisation)
Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an	Part des services dans l'offre médico-sociale
	Pourcentage des personnes âgées de plus de 80 ans restant à domicile
<b>2.3. Un accès assuré aux services spécialisés</b>	
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs	Délai d'attente pour un premier rendez-vous auprès d'une plateforme d'expertise
Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé en K	
<b>3.1. La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale</b>	
Nombre de consultations du site Internet de l'ARS sur l'onglet « Veille sanitaire »	Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des professionnels de santé de 1er recours
	Nombre de déclarations de maladies infectieuses à prévention vaccinale et à déclaration obligatoire adressées à l'ARS
<b>3.2. La mobilisation pour réduire les inégalités de santé</b>	
Ecart du taux de participation au dépistage organisé (ou non) du cancer du sein entre population totale, population CMU et population CMUC	Ecart intra-régionaux d'équipement en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (PH de 0-59 ans ; PA de 75 ans et plus)
Pourcentage des unités de distribution alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité	

## LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 1 ■ Etre acteur de sa santé

#### LA PARTICIPATION ET L'AUTONOMIE DE CHAQUE PERSONNE

Chacun doit pouvoir être acteur de sa santé. Chaque personne doit pouvoir agir sur les déterminants de sa santé en mobilisant les ressources physiques, psychologiques et sociales et en agissant sur ses habitudes de vie. La personne doit être reconnue comme une ressource pour sa propre santé.

Chaque personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie doit pouvoir être acteur de son projet de vie.

- Sa participation aux choix du lieu de vie et à son adaptation éventuelle, participation à l'organisation adaptée de la scolarisation, du travail, de l'accès aux activités culturelles, sportives, associatives auxquelles chacun aspire.
- Des réponses innovantes pour franchir les obstacles : créativité technique, organisationnelle ou administrative au service du projet de vie, moteur pour gagner en autonomie.
- Des organisations et des services d'accompagnement conçus dans l'objectif de préserver ou accroître l'autonomie des personnes en dépit de leur handicap et en fonction de leur projet de vie.

Chaque personne souffrant d'une maladie chronique, doit pouvoir apprendre à vivre avec sa maladie.

- L'autonomie dans la maîtrise de la maladie, du traitement, du suivi, de la prévention des complications, doit être systématiquement recherchée dans les soins et l'accompagnement personnalisés qui sont proposés.

- L'éducation thérapeutique (ETP), est un outil performant parce qu'il s'appuie sur la participation, et vise l'autonomie.

- Les services de soin et d'accompagnement de proximité et leurs professionnels, formés à l'ETP, doivent y contribuer.

Les personnes en grande vulnérabilité lorsqu'elles vivent dans la précarité doivent pouvoir retrouver le chemin d'une autonomie perdue vis-à-vis de leur santé.

- Loin des services de santé parce que ce n'est pas ou plus une priorité face aux aléas de la survie, les personnes vivant dans la grande précarité finissent par renoncer aux soins. Regagner une autonomie perdue, étayer le parcours par une combinaison d'approches : Redonner estime de soi puis confiance en soi; réduire les risques, accrus dans ces situations, et dont les conséquences sont souvent graves; créer les conditions pour que s'exprime une demande de soin ou d'accompagnement; offrir une réponse qui parte de la demande telle qu'elle s'exprime, parfois dans la rue même, qui soit adaptée à la situation du moment et qui représente l'entrée dans un parcours coordonné et accompagné.

- La participation des personnes concernées à l'élaboration et à la mise en œuvre des réponses à ces situations très complexes doit être recherchée même si elle est compliquée à mettre en œuvre et demande des approches innovantes et originales. Sans participation, les réponses risquent d'être ni adaptées, ni durables.

## L'EXPRESSION COLLECTIVE, UNE RESSOURCE POUR L'ANALYSE DES PROBLÈMES ET L'IDENTIFICATION DE RÉPONSES ET POUR LA MOBILISATION DES ACTEURS

La population doit pouvoir exprimer collectivement ses besoins et ses attentes.

- à travers les associations représentant les personnes ou les familles, en les reconnaissant comme partenaires dans l'analyse des besoins et la construction de réponses en santé.
- dans des débats publics lieu d'expression et de recueil des attentes et des propositions

Face aux problèmes qu'elles rencontrent, les populations sont souvent collectivement détentrices de solutions concrètes. La participation à l'élaboration des projets est un atout pour l'adhésion lors de la mise en œuvre. La traduction concrète passe par des outils qui ont fait leur preuve. Des approches innovantes doivent aussi répondre aux problématiques qui émergent. L'adaptation des réponses à la diversité des publics concernés s'impose alors.

Contrats locaux de santé (CLS) avec les collectivités locales dans des territoires fragiles où une dynamique s'enclenche autour d'un projet de santé qui implique et fédère habitants, associations, profes-

sionnels de santé et élus. Les CLS doivent pouvoir s'inscrire dans le prolongement des ateliers santé ville dans les quartiers identifiés comme sensibles lorsqu'ils ont fait leur preuve. Suite à un diagnostic partagé, dans sa composante santé, ils doivent pouvoir proposer des plans d'actions et des approches coordonnées de la promotion de la santé, de la prévention, de l'accès aux soins, et de l'accompagnement médico-social.

Groupes d'entraide mutuels (GEM) qui rassemblent des personnes vivant avec un handicap psychique dans un lieu de convivialité qui leur appartient et où ils peuvent être accompagnés dans des activités sociales valorisantes, groupes qui pourraient être mis en œuvre pour d'autres personnes porteuses de handicap.

Les associations portent la parole des usagers à travers leurs représentants. La formation à l'exercice de cette fonction est utile pour qu'ils jouent pleinement un rôle complémentaire à l'expertise professionnelle dans l'analyse de situation et l'aide à la décision concernant la santé.

## LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

### 2 ■ Une démarche centrée sur la personne

#### UN SYSTÈME PLUS LISIBLE POUR QUE CHACUN SE REPÈRE

Il s'agit de permettre un accès ou une sollicitation du système au bon endroit, au bon moment et surtout par la bonne porte d'entrée selon le problème présenté.

Pour ce faire, des outils sont à créer. Ils doivent répondre à une logique régionale et territoriale et sont autant d'espaces ou d'outils pour informer les usagers et les professionnels.

- guide d'accès aux soins;
- répertoire fiable des professionnels,
- plateforme téléphonique,
- site internet

mise à disposition de données concernant la qualité pour éclairer les choix et les décisions. Ces données existent déjà mais elles sont souvent très dispersées et varient d'un territoire à l'autre. Un dispositif exhaustif et cohérent facile d'accès y compris pour ceux qui ne sont pas familiers des nouvelles technologies est à mettre en œuvre.

#### UN SYSTÈME PLUS ACCESSIBLE

Pour les personnes qui vivent avec un handicap, la loi du 11 février 2005 prévoit une mise en accessibilité des établissements de santé, des locaux de professionnels et des structures médico-sociales.

Il s'agit dès lors de prévoir une signalétique adaptée à tous les types de handicap, un aménagement architectural des locaux et des matériels dédiés aux soins, des dispositifs répondant aux besoins spéci-

ifiques des personnes en difficultés de communication. Dans les établissements de santé, une organisation spécifique de l'accueil est à envisager.

Sur le plan de la prévention, il faut rendre accessible tous les systèmes et dispositifs de prévention de droit commun en adaptant les campagnes et dispositifs de prévention

#### UNE ÉCOUTE PLUS ATTENTIVE

Les usagers expriment le sentiment de ne pas être suffisamment écoutés alors qu'ils accordent une grande importance à l'échange avec les professionnels auxquels ils se confient. Les processus de décision doivent mieux intégrer la perception et l'analyse par la personne elle-même de sa situation, de

son problème de santé. Des stratégies peuvent être mobilisées pour développer et renforcer l'écoute, la communication avec la personne et améliorer l'information concernant les choix diagnostics et les options thérapeutiques ou d'accompagnement pour une décision véritablement partagée car éclairée.





- La formation continue comme la formation initiale, mais aussi le travail pluri-professionnel sont des opportunités de perfectionner les connaissances utiles à la prise en charge des situations complexes. Au-delà de la formation, il faut également valoriser les projets qui mettent l'accent sur l'écoute et la communication, évaluer les initiatives existantes qui ont fait leur preuve, et diffuser les bonnes pratiques.
- La formation à la démarche éthique de l'accompagnement de soin comme fondement des pratiques, des postures et des décisions de l'ensemble des acteurs de santé.
- Dans le domaine du handicap, la formation des professionnels et le dialogue autour du projet de vie est essentiel pour que l'accompagnement proposé soit adapté aux attentes exprimées.
- Les principes et les modalités de la consultation d'annonce, initiés dans le domaine du cancer, fournissent un cadre qui permet l'échange d'information. Ces principes pourraient être mobilisés lorsque se confirme un problème de santé évolutif ou une maladie chronique susceptible de perturber profondément la vie quotidienne, lorsque survient une perte d'autonomie ou un handicap, lorsque se confirme l'existence d'un handicap psychique afin que l'annonce du diagnostic ouvre aussi des perspectives en termes d'accompagnement.
- L'éducation thérapeutique n'est pas seulement un outil de promotion de l'autonomie dans la gestion de la maladie chronique. En faisant de la personne soignée un expert de son problème, l'éducation thérapeutique modifie profondément la relation soignant-soigné du point de vue des professionnels et particulièrement des médecins. La formation à l'éducation thérapeutique des médecins et des professionnels de santé du premier recours, au-delà des seuls spécialistes de maladies chroniques, est un vecteur d'amélioration de leur potentiel d'écoute et de communication.
- La connaissance par les professionnels de la spécificité de certains publics est à approfondir. L'interaction avec les personnes souffrant d'un handicap quel qu'il soit est particulièrement complexe, le dialogue parfois difficile. Se soigner, prendre soin de soi-même n'est pour les personnes vivant dans la grande précarité qu'un besoin parmi d'autres: se nourrir, s'abriter, se protéger du froid, se protéger des agressions. Plus encore que pour d'autres populations, une approche globale abordant les problèmes de façon intégrée peut faire la différence et permettre l'entrée dans une démarche de santé.

#### **C'est déjà commencé:**

**Pl@net-santé informe sur les services de santé en Pays de la Loire, le site Platines informe sur les établissements de santé, Le site Ameli de l'assurance maladie informe sur les professionnels de santé.**

**Un numéro vert existe en semaine pour une information sur la contraception et l'interruption de grossesse.**

**Le Centre d'Information Départemental pour les Personnes Agées de Sarthe fournit sur internet une information très complète y compris sur l'offre d'hébergement disponible en temps réel.**

## LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

### UNE COMMUNICATION PLUS STRUCTURÉE ET SYSTÉMATIQUE DE L'INFORMATION

Dans les situations complexes comme par exemple le suivi de certaines maladies chroniques, le handicap psychique, la maladie d'Alzheimer, la communication vers la personne doit être adaptée.

- La fonction de «gestionnaire de cas» a été créée pour mieux répondre à la complexité des situations rencontrées dans le secteur médico-social. Ces gestionnaires de cas coordonnent les interventions autour des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. Le développement de cette fonction peut permettre de protocoliser la communication d'informations vers les personnes et leurs aidants et vers les professionnels qui interviennent autour d'une situation.

- L'organisation de coopérations sur exercice partagé entre professionnels de santé pour le suivi des malades chroniques est une opportunité de professionnaliser la communication des informations utile au développement de l'autonomie.
- L'éducation thérapeutique est un vecteur d'information vers les personnes vivant avec une maladie chronique.
- Au-delà du domaine des soins, la circulation structurée d'information devra contribuer également à améliorer la connaissance et l'utilisation des services existants.

### UNE CONTRIBUTION RECONNUE DES AIDANTS

La contribution et la parole des aidants doit être reconnue dans les processus et procédures de soins et d'accompagnement. Ils jouent un rôle essentiel de médiation,

- L'aidant doit être identifié, dans le dossier de suivi de la personne. Sa parole est à intégrer parce qu'il apporte des informations essentielles que la personne n'est pas toujours en mesure d'exprimer elle-même. C'est le cas par exemple dans des situations de crise pour des personnes souffrant de pathologie mentale. En contrepartie, il doit pouvoir recevoir des professionnels l'information concernant le suivi de la personne.
- Une formation des aidants est nécessaire pour leur permettre d'assumer leur rôle. Formation concernant la réglementation sur la personne de confiance.

Formation concernant les situations cliniques ou sociales que la personne qu'ils accompagnent est susceptible de rencontrer afin d'anticiper pour agir et réagir de façon adaptée. Formation concernant les difficultés qu'ils sont susceptibles d'éprouver eux même dans cette mission parfois lourde d'accompagnement. Elle doit leur permettre de connaître et solliciter les soutiens ou dispositifs de répit dont ils peuvent bénéficier.

- Les associations jouent un rôle important d'accompagnement des aidants et des familles. La constitution de groupes de pairs permet de partager les expériences dans des groupes de parole, des ateliers et des formations. Les personnes expérimentées font relais avec les aidants récemment impliqués.

#### C'est déjà commencé:

L'expérimentation d'une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en Sarthe a été retenue par la CNSA.

Des gestionnaires de cas sont positionnés dans les CLIC's, relais territoriaux de la MAIA.

Ils assurent la coordination des intervenants autour de la personne souffrant de maladie d'Alzheimer.

La MAIA représente un véritable carrefour d'information. Information sur les services disponibles vers les personnes et leurs aidants d'une part. Information sur l'ensemble des prises en charge autour d'une personne pour les professionnels de santé.

## DES OUTILS POUR LE DIALOGUE

La construction du dialogue repose sur la mise en œuvre, la meilleure connaissance ou le renforcement de l'utilisation des outils existants :

Il faut améliorer et rendre plus compréhensible au public et aux institutions les modalités de dépôt puis de traitement des plaintes et réclamations au niveau des structures et au niveau régional.

Il faut rendre effectif le fonctionnement du système de médiation, identifiant dans chaque domaine un médiateur reconnu et actif :

Dans chaque hôpital, un médecin doit être désigné à cet effet et les conditions réunies pour qu'il soit sollicité.

Dans chaque département une liste de personnes qualifiées doit être établie et portée à la connaissance des usagers

des établissements et services du secteur médico-social. Leur rôle est d'assister des usagers pour faire valoir leurs droits en cas de litige et disposer d'un retour d'information sur les interventions de contrôle consécutives à une plainte.

Il faut adapter, formaliser, systématiser et rendre public les outils et les résultats du recueil de la satisfaction vis-à-vis des services.

Comme ces outils sont peu utilisés par les personnes vulnérables en situation de grande précarité qui ont recours aux services médico-sociaux, des modalités adaptées de recueil de leur appréciation devront être conçues.

Il faut enfin améliorer les conditions d'information sur le consentement de la personne et de son recueil.

## LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

L'offre de premier recours est aujourd'hui le fruit de l'engagement de nombreux professionnels et services de santé et d'accompagnement médico-social de proximité: la médecine générale, les soins infirmiers à domicile, les soins de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle, la pharmacie d'officine, les services à la personne, les services d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap quelque soit l'âge, des personnes souffrant d'addictions, ou encore en grande précarité.

Appréciés des ligériens, les services de premier recours sont aujourd'hui soumis à une forte tension par l'effet ciseau de deux évolutions majeures. D'une part un changement des besoins de santé en raison du vieillissement d'une population en croissance forte qui voit augmenter le nombre des personnes vivant avec des maladies chroniques et des personnes en situation de perte d'autonomie. D'autre part l'évolution à la baisse de la démographie de professionnels de santé dont les attentes professionnelles et personnelles ont changé qui laisse entrevoir, si rien n'est fait, des territoires dépourvus de réponse de santé de proximité. Le modèle qui fonctionnait jusqu'à présent atteint ses limites pour répondre dans la durée à des situations complexes qui nécessitent une approche fortement intégrée médicale et médico-sociale. Il doit être adapté.

Dans le même temps le progrès médical a changé spectaculairement le fonctionnement de l'hôpital et les pratiques de ses professionnels. Les nouvelles techniques chirurgicales et la programmation des soins ont réduit les durées de séjour ajoutant à la pression sur les services ambu-

latoires de premier recours qui peinent à absorber les conséquences de ces évolutions sur les besoins de soins et d'accompagnement médico-social à domicile.

Seule une meilleure coordination, voire une plus grande intégration, entre le secteur du soin et le secteur médico-social au niveau du premier recours d'une part, et entre les services de premier recours et les services spécialisés d'autre part permettra d'accompagner l'ensemble de ces évolutions.

Pour mettre en œuvre un tel système intégré, c'est en proximité que doivent être organisés d'une part la coordination entre les professionnels du soin et de l'accompagnement médicosocial et d'autre part l'accès à la médecine spécialisée y compris très à distance lorsque la sécurité et la qualité des soins exige la concentration des équipes et des plateaux techniques.

Tout ceci passe bien sûr par une analyse du nombre de professionnels à former et du type de compétences qu'ils devront acquérir. Ce travail sera à mener avec les facultés de médecine et le Conseil Régional.

## 1 ■ Une offre de premier recours à conforter

### L'EXERCICE REGROUPÉ DES PROFESSIONNELS ET L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Le regroupement des professionnels de santé au sein de maisons de santé pluri-professionnelles ou de pôles de santé sera développé dès lors qu'il est porté par les professionnels eux-mêmes, car il apporte une réponse à une série de préoccupations :

- rompre avec l'isolement professionnel qui freine l'installation des nouvelles générations de médecins généralistes ne souhaitant plus exercer seul dans un cabinet, recherchant une diversification des activités et envisageant d'autres modes de rémunération que le seul paiement à l'acte dans un cadre d'exercice libéral. A partir d'un certain nombre de professionnels, une maison de santé restaure l'attractivité dans le territoire avec des effets de diminution du risque de départ d'autres médecins généralistes, rassurés de ne pas devoir couvrir seuls un territoire de plus en plus grand.
- clarifier les conditions de la continuité des soins en complément à la réflexion sur la permanence des soins. Une ou plusieurs maisons de santé ou pôles de santé regroupant des professionnels et couvrant une population suffisamment nombreuse pourraient assurer la permanence des soins à l'instar d'une maison médicale de garde et peuvent également mutualiser la permanence des soins avec celle de l'hôpital local.
- organiser une prise en charge d'équipe pour le suivi des personnes vivant avec une maladie chronique en mettant en œuvre la coopération sur exercice partagé entre professionnels s'appuyant sur les référentiels de bonne pratique. Dans le respect du rôle du médecin traitant au sein du parcours de soins coordonnés. La fonction de case manager peut être confiée à un professionnel de l'équipe de professionnels de premier recours pour assurer une meilleure coordination des intervenants dans le suivi d'une pathologie donnée. L'optimisation du suivi des malades chroniques devrait faire partie du projet de santé autour duquel s'est construit le regroupement.
- s'engager dans une coordination des activités de soin et d'accompagnement de façon décloisonnée avec les partenaires du secteur médico-social. L'organisation regroupée autour d'un projet de santé devra permettre d'accéder à des financements du temps de coordination.
- mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique avec l'appui technique et méthodologique d'une part des professionnels spécialistes des maladies chroniques considérées et d'autre part des professionnels en méthodologie d'éducation thérapeutique tels que l'IREPS dans la région.
- développer la mission préventive des services de santé de premier recours et organiser pour les populations couvertes par la structure regroupant les professionnels les actions de prévention ciblée pour les populations concernées. C'est le cas de la vaccination, en particulier la rougeole, ainsi que de la participation au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.
- organiser des activités de prévention concernant des populations à risque par exemple soins bucco-dentaire et optiques pour les personnes âgées.
- développer l'utilisation des outils de gestion de file active pour le suivi des personnes vivant avec une maladie chronique en mutualisant le cas échéant avec les réseaux de prise en charge.
- mettre à plat la gestion administrative du dossier patient pour développer ou intégrer un système d'information



# ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

## LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



partagée. Ce doit aussi être une opportunité pour mutualiser la gestion administrative afin de dégager du temps clinique.

Même s'il ne fait pas directement partie du pôle de santé ou d'une maison de santé pluri-professionnelle, le pharmacien d'officine joue un rôle accru dans les activités de premier recours. L'encouragement au regroupement des professionnels de santé de premier recours entraîne une recomposition de la distribution des cabinets médicaux. Ce n'est pas sans impact pour le réseau des pharmacies d'officine. La question de la couverture territoriale par le réseau de pharmacies se posera et devra faire l'objet d'une réflexion straté-

gique. Quoiqu'il en soit, il est important de l'associer étroitement dans les processus de coordination des activités à l'échelle d'un territoire. Il peut être :

- partenaire de l'éducation thérapeutique
- relai des messages de prévention.
- premier contact pour l'accueil, l'orientation et le conseil de prise en charge de problèmes de santé relevant de l'automédication.
- impliqué dans le suivi et le contrôle des activités pharmaceutiques dans les établissements médicosociaux, en particulier les EHPAD

## UN MAILLAGE PERTINENT DU TERRITOIRE EN SERVICES DE PREMIER RECOURS

Afin de réduire l'incertitude pour les acteurs du territoire, d'anticiper sur l'avenir et d'amplifier les effets de la création de pôles de premier recours, une démarche de développement d'un plan de couverture identifiant les maisons de santé ou les pôles de premier recours potentiellement réalisables ou souhaitables sur le territoire de santé sera conduite.

Dans la mesure où le regroupement des professionnels est encouragé pour mutualiser les moyens, il n'y aura pas de maison ou pôle de santé de premier recours dans

chaque commune. Des zones correspondant à un pôle de santé ou une maison de santé couvrant +/- 30 000 habitants pourront être définies.

Ce plan constituera un outil pour fédérer les acteurs des territoires, professionnels, élus et population, autour d'un projet de santé. Les projets de santé sur le territoire et le degré d'engagement des partenaires rendus visibles, l'augmentation de l'attractivité de ces territoires de projet pour les nouveaux professionnels de santé devraient augmenter.

## LE DÉVELOPPEMENT ET LA MUTUALISATION DES SERVICES MÉDICOSOCIAUX À LA PERSONNE

La région des pays de la Loire fait partie des régions de France les plus équipées en établissements médicosociaux. Les besoins ne sont pas couverts pour autant. L'enjeu est aujourd'hui de pouvoir répondre à la forte demande de vivre à domicile des personnes handicapées ou des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour répondre à cet enjeu, il faut pérenniser ou développer le réseau des services à la personne, services d'accompagnement social et médico-social en

prenant en compte l'alourdissement des soins et de l'accompagnement des actes de la vie quotidienne.

Parallèlement, l'exigence de la qualité des prestations et de l'efficacité des organisations, s'impose. Il conduit à proposer la mutualisation pour atteindre une taille critique qui assure la mise en œuvre facilitée de processus de qualité, une expertise accrue en terme de sécurité, de systèmes d'information et d'organisation à améliorer.

### C'est déjà commencé :

- la permanence des soins de médecine générale est l'une des plus structurées de France
- 60 projets spontanés de pôles et maisons de santé
- une cellule d'appui aux territoires de santé (CATS) est le point focal dans chaque territoire de santé pour les acteurs de terrain, professionnels, élus, qui montent un projet de service de premier recours

## 2 ■ Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

De multiples dispositifs se développent pour assurer la coordination des acteurs. Conçus le plus souvent indépendamment les uns des autres, ils se chevauchent, sont redondants et imposent quelque fois une nouvelle coordination. Il existe un enjeu fort de coordination de l'ensemble des acteurs autour de la personne et sur un territoire. Une convergence des dynamiques est nécessaire pour évoluer vers un système intégré au niveau de premier recours.

Sur cette base, la question de l'articulation entre les services de premier recours et les services spécialisés hospitaliers ou d'hébergement et de prise en charge médicosociale est ensuite à envisager.

### UN SYSTÈME UNIQUE D'ÉVALUATION MUTUALISÉ POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE.

Aujourd'hui de multiples évaluations des besoins de la personne sont réalisées. Par les SSIAD avec le projet de soins, par les réseaux gérontologiques, par l'hôpital, par les CLICs. Il est souhaitable de développer un système d'évaluation «socle» commun à tous les acteurs qui puisse

ensuite être décliné de façon plus spécifique en fonction des besoins propres par chaque service en articulation avec les MDPH pour les personnes handicapées et les conseils Généraux pour les personnes âgées.

### DES COOPÉRATIONS CENTRÉES SUR LES BESOINS DES PERSONNES DANS LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

La connaissance mutuelle entre professionnels, établissements et acteurs locaux de la prévention, du soin, du médico-social et du social est à renforcer.

Repenser la dynamique des réseaux de proximité avec l'organisation du premier recours. Aujourd'hui, sur un même territoire, des réseaux de proximité gérant des files actives de personnes se chevauchent avec les interventions des SSIAD, des CLICs, des équipes mobiles de soins palliatifs, etc. générant une extrême complexité. Tout dispositif qui gère des files actives de personnes pour leurs soins et leur accompagnement doit contribuer

progressivement à regrouper les forces aujourd'hui dispersées dans différents réseaux propres à une discipline ou une population particulière (personnes âgées, diabète, cœur et maladies respiratoires etc.).

Valoriser les expériences de travail collectif et de partage de pratiques professionnelles et interprofessionnelles.

Renforcer les maillages existants et efficients et les articuler avec les services organisés de premier recours. C'est déjà opérant sur certains territoires avec les CLICs et les gestionnaires de cas.

## LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

### DES PARCOURS PLUS FLUIDES ENTRE DOMICILE, ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL ET HÔPITAL

L'entrée en établissement médico-social de façon temporaire lorsqu'un événement survient, que les aidants ont besoin de répit, ou lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, est un parcours compliqué. Aujourd'hui il faut souvent remplir de multiples dossiers et suivre des procédures d'admission différentes selon les établissements. Il faut pouvoir :

- structurer et harmoniser les outils, les procédures et les protocoles et critères d'admission dans les établissements médico-sociaux afin d'une part d'éviter aux personnes la répétition de fastidieuses démarches et d'autre part de disposer d'une lisibilité des files d'attente afin de mieux adapter les réponses.
- faire du projet de vie un élément important de l'entrée en institution

Lorsqu'une admission en établissement médico-social doit se faire en urgence en raison d'une détérioration rapide de l'autonomie, le passage par l'hôpital est la seule solution disponible. De même l'hospitalisation est parfois le seul recours lorsque les aidants sont épuisés ou malades. Enfin lorsque le retour précoce à domicile n'est pas envisageable après une hospitalisation faute d'accompagnement adéquat, il faut parfois prolonger l'hospitalisation. Dans toutes ces situations les soins hospitaliers ne sont pas nécessaires.

- Pour fluidifier les parcours de soins il faut pouvoir recourir à l'hébergement temporaire qui doit être développé dans cet objectif.
- En situation de grande précarité, en particulier faute de logement, le dispositif des lits halte-soins-santé doit pouvoir être proposé.
- Dans le domaine des soins de suite et de réadaptation, l'outil trajectoire assure la protocolisation des parcours. Son utilisation doit être optimisée

**Les entrées et les sorties au sein d'un établissement de santé en court séjour come en soins de suite et de réadaptation ne correspondent pas toujours à la réalité du besoin en terme de soins et pourraient parfois être mieux programmés soit en différé d'admission, soit en accélération de sorties.**

- Une meilleure organisation au sein des établissements de santé doit permettre de mieux coordonner admissions et sorties.
- La pertinence du recours à l'établissement de santé est à évaluer et réévaluer systématiquement.
- L'aval de l'établissement doit permettre une réactivité en cas de sortie 7jours/7.

### UN SYSTÈME D'INFORMATION PARTAGÉ PERFORMANT

Pour assurer la coordination optimale entre de nombreux acteurs autour d'une personne, il est indispensable de partager en temps réel les informations concernant la prise en charge d'une personne et, pour les professionnels de santé les éléments de son dossier médical.

Un programme concernant les systèmes d'information partagée (SIP) sera déve-

loppé pour la mise en œuvre du dossier médical personnel qui puisse être partagé entre les professionnels intervenants autour d'une personne. Les conditions du partage d'information seront conformes aux exigences du code de déontologie, au respect des règles régissant le secret professionnel et aux règles de la CNIL.

### 3 ■ Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés

La concentration de services spécialisés de plus en plus pointus autour des plateaux techniques des établissements de santé les éloigne progressivement de la population qui ne vit pas dans les grandes villes et génère une inquiétude légitime.

#### L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS : PROTOCOLES ET FILIÈRES

Cette concentration est la conséquence des exigences des normes techniques de fonctionnement et d'un manque d'attractivité des structures de taille moyenne.

L'objectif est de garantir à la population ligérienne un accès égal aux soins spécialisés lorsqu'ils sont nécessaires, dans des délais qui ne compromettent pas les chances, adapté à l'indication posée et avec le niveau de qualité de sécurité et de technicité requis par chaque situation.

L'atteinte de cet objectif suppose

- une organisation graduée du système de soins. Elle devra tenir compte des délais d'intervention requis, des normes techniques de fonctionnement, de la disponibilité des ressources (ressources humaines, plateau technique), des alternatives possibles de prise en charge, des possibilités offertes par la télémédecine et de la comparaison du rapport coût efficacité des différentes alternatives. Ainsi la chirurgie ambulatoire sera encouragée. De même la prise en charge à domicile de l'insuffisance rénale telle la dialyse péritonéale qui permet une plus grande autonomie à la personne.
- des protocoles connus et diffusés de prise en charge dans des filières structurées pour les différentes pathologies. Des protocoles existent déjà, mais toutes

les situations ne sont pas couvertes, et certains protocoles ne sont pas fonctionnels. Leur évaluation devra être conduite permettant une adaptation si nécessaire.

- une porte d'entrée identifiée. Les services de premier recours sont la porte d'entrée dans le système pour les soins programmés. C'est à ce niveau que doit s'organiser le second recours sur la base de protocoles conçus en concertation avec les équipes spécialisées. La régulation médicale articulée avec les services de premier recours est la porte d'entrée dans le système pour les soins non programmés. Elle s'appuie également sur des protocoles précisant les indications et les parcours pour les pathologies concernées.
- des consultations avancées de spécialistes seront proposées là où les professionnels de santé de premier recours sont regroupés et organisés pour les accueillir.
- l'incitation au regroupement territorial pour les médecins spécialistes libéraux.
- une réorganisation de plateaux de biologie médicale et d'imagerie médicale intégrant les enjeux de démographie médicale et de permanence des soins.

## LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

### LE POTENTIEL DE LA TÉLÉMÉDECINE ET DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION.

Pour des raisons de qualité, de sécurité des soins et d'efficacité, il est recommandé de concentrer dans des grands centres les ressources humaines qualifiées pour certaines activités chirurgicales ou médicales.

Les progrès récents de la télémédecine permettent de réaliser à distance certains actes.

- Le recours à la télémédecine d'intervention permet de maintenir des services dans des hôpitaux de moyenne importance pour assurer ces interventions, évite le déplacement du patient et réduit les délais d'intervention. Le lien qu'elle impose entre les équipes de proximité et l'équipe spécialisée contribue au maintien de la technicité de l'ensemble des équipes.
- Une autre application de la télémédecine consiste à transmettre des données

en temps réel pour faire appel à un avis spécialisé sans devoir déplacer le malade. Par exemple les explorations radiologiques et la lecture de clichés ou les avis spécialisés concernant des ECG etc.

- Le recours à la vidéo consultation permet de bénéficier d'avis spécialisés avec une interaction directe entre le spécialiste et le patient via la vidéo. Le généraliste est présent et assure la médiation et la prise en charge continue de la personne.
- La télémédecine est également très efficace pour le suivi et le maintien à domicile: surveillance cardiologique ou respiratoire. Il peut s'agir de monitoring de paramètres vitaux, d'un simple système de téléalarme ou de surveillance des déplacements pour les personnes désorientées.

### RÉSEAUX EXPERTS ET AUTRES CENTRES RESSOURCE

De nombreux réseaux existent dans la région. Ils recouvrent des réalités très différentes. D'une part des réseaux de proximité gèrent des files actives de patients souffrant d'un problème de santé particulier. Ils ont déjà été évoqués. D'autre part les réseaux experts organisent la coordination des soins dans un domaine et travaillent à l'amélioration de leur qualité en élaborant collégialement protocoles et structuration de filières. Ils constituent des centres de ressources pour un

domaine spécialisé. C'est aujourd'hui le cas pour le cancer, la périnatalité ou encore l'autisme avec le centre régional d'étude et de ressources pour l'autisme.

Ces réseaux experts ont vocation à contribuer à l'organisation régionale des filières de prise en charge spécialisée. Les thématiques devant être traitées de cette manière seront à définir en respectant libre choix et information du patient.

## SOUTIEN AU PROGRÈS MÉDICAL ET À L'INNOVATION

Les connaissances médicales et les progrès techniques modifient profondément l'exercice médical et les pratiques de soins. Des centres d'excellence de réputation internationale ont été développés dans la région, les efforts doivent être accompagnés.

- La recherche fondamentale et appliquée en immunologie est soutenue à travers le projet du «Centre Européen des Sciences de la Transplantation et de l'Immunothérapie».
- La mise en œuvre du diagnostic préimplantatoire dans l'ouest.
- Le développement de la médecine personnalisée.
- La création d'un gérontopôle, établissement de recherche qui fait le lien entre la société civile et les nouvelles technologies, les soins et l'accompagnement médico-social en direction des personnes âgées.
- Le renforcement de la dynamique recherche en Pays de la Loire passe par un rapprochement des structures au sein de la région et plus largement dans le grand ouest.

## LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

### 1 ■ La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

#### ENGAGEMENT DES ACTEURS DE SANTÉ À AGIR DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE GLOBALE ET TRANSVERSALE DE LA PRÉVENTION.

##### Dans les services de soins de premier recours :

La prévention est une des missions incontournables des services de santé de premier recours.

- Ils participent à des activités de dépistage.
- Ils assurent les actes de prévention médicalisée auprès de populations cibles qui présentent un ou plusieurs critères de risque en raison de l'âge, de l'exposition, ou de signes précurseurs en l'absence de toute symptomatologie, par exemple cholestérol ou pression artérielle élevés.
- Ils effectuent en particulier les vaccinations. L'épidémie de rougeole qui touche certains groupes de populations montre que la couverture vaccinale n'est pas suffisante. De façon plus générale, les activités de prévention réalisées par les médecins de premier recours ne font pas l'objet de modalités de suivi qui permettent de les optimiser. Ils n'ont pas suffisamment l'habitude d'évaluer

de façon systématique leur contribution qui est importante et croissante afin de mettre en œuvre des mesures pour améliorer les résultats. Le principe d'inscription auprès du médecin traitant met à la disposition des professionnels du premier recours un élément essentiel de santé publique: une population de référence qui leur permet de suivre le taux de couverture des activités de prévention ciblée qu'ils conduisent..

- Les services de soins de premier recours sont également en première ligne pour les problèmes de santé au travail lorsqu'ils se manifestent cliniquement. Le lien avec la médecine du travail doit permettre la mise en œuvre de mesures de prévention.
- Ils ont un rôle à jouer dans la prise en compte des effets iatrogènes des médicaments qui sont à l'origine de 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans.

##### Dans le secteur médico-social :

Il s'agit également de mobiliser les professionnels de l'accompagnement médico-social et de faire évoluer les représentations des acteurs sur l'intérêt de l'adoption d'une culture de la prévention.

Les structures d'hébergement comme les services à la personne sont concernés. Les risques maîtrisables encourus par les personnes sont désormais bien connus et des mesures ou des programmes existent. Il est de la responsabilité des acteurs de les mettre en pratique.

- Il s'agit par exemple de la prévention des chutes chez les personnes âgées,

de la prévention des risques liés aux médicaments par la promotion des bonnes pratiques de prescription et de dispensation.

- Les services médico-sociaux pour les personnes âgées sont également en première ligne pour les risques liés à la nutrition et au mauvais état dentaire. La prévention de la maltraitance est également une préoccupation importante qui passe par l'adoption d'une culture de la prévention.

### Dans les établissements de santé :

La mission de l'hôpital est de fournir des soins spécialisés nécessitant des investigations lourdes et/ou complexes en s'appuyant sur un plateau technique de qualité. Cette mission contribue également à la prévention.

- C'est le cas lorsque la prise en charge préconise, met en œuvre et suit des mesures susceptibles d'éviter récurrences et/ou aggravation d'une pathologie identifiée.
- L'hôpital doit également s'engager très largement dans les activités de prévention des risques liés aux soins : infections liées aux soins, iatrogénie médicamenteuse. La qualité des soins est un élément majeur des projets des établissements. Elle est au cœur du contrat de confiance avec les usagers. Au-delà des processus de certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles des indicateurs de qualité devront être recueillis et publiés afin de montrer l'engagement des acteurs dans ce domaine.

- Le constat au cours d'un séjour hospitalier de la présence de facteurs de risque (hypertension, diabète, insuffisance rénale débutante ...), de comportements à risques (addictions), de problème de santé au travail, indépendants de la pathologie qui amène la personne à l'hôpital ne doit pas le conduire à s'exonérer de répondre. Cependant si le problème identifié est plutôt du ressort d'une prise en charge au niveau du premier recours, il leur appartient, avec le consentement de la personne, de faire lien avec les professionnels les plus à même d'accompagner la personne dans une démarche globale de prévention, c'est-à-dire des services de soins de premier recours ou d'accompagnement médico-social.
- Enfin, de façon plus générale, l'hôpital doit s'engager au côté des opérateurs de prévention dans une démarche de plaidoyer: Les spécialistes hospitaliers peuvent témoigner des conséquences les plus graves des conséquences sur la santé de déterminants sociaux ou environnementaux.

#### C'est déjà commencé:

Les maternités des Pays de la Loire sont impliquées dans le repérage et la prise en charge des conduites addictives, un facteur de risque important en périnatalité.

Une «réglette» mise à disposition des professionnels par le réseau de périnatalité de la région permet de guider l'investigation et de mesurer l'importance du problème, et mentionne les structures ressources auxquelles on peut s'adresser.

## MAILLAGE DES ACTEURS ASSOCIATIFS ET MISE EN COMMUN DE LEUR EXPERTISE POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ AUPRÈS DES DÉCIDEURS PUBLICS

Les actions de prévention sont portées dans une large mesure par des associations dans la région. Ces dernières ont chacune leur histoire et se sont construites le plus souvent autour d'une population ou d'un problème de santé spécifique qui avait justifié une mobilisation particulière. Bien souvent elles ont fait progresser non seulement les représentations concernant le thème qu'elles portaient mais également le droit ou des modalités d'intervention. Elles ont influencé le travail des professionnels de santé ou les politiques de santé. Elles ont également contribué à faire progresser des méthodes de travail en santé publique. Ainsi, pour ne citer qu'elles, les associations de lutte contre le sida ont fait évoluer l'éducation pour la santé, dans l'intérêt de tous.

C'est cette démarche qu'il est souhaitable d'impulser. Amener les associations

à dépasser une vision thématique pour proposer des modalités communes, générales, d'action de promotion de la santé.

Les actions de santé publique en population menées dans le contexte régional seront mises en œuvre à l'échelle des territoires. Des partenariats pourront être montés avec des opérateurs locaux de promotion de la santé pour mettre en œuvre des projets. L'impact des interventions a toute chance d'être plus grand si les associations œuvrant sur une même zone regroupent leurs compétences et leurs forces pour conduire des actions dans une dynamique multithématique. La mutualisation des compétences dans le respect des identités des associations sera un atout pour diffuser une culture de la prévention et de la promotion de la santé territoriaux.

## LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

### ANTICIPATION ET PRÉVENTION DES CRISES SANITAIRES

Mutations d'agents pathogènes, pollutions industrielles, circulation des personnes et des biens, modifications climatiques ... La région pays de Loire n'est pas exempte de problèmes spécifiques nécessitant une vigilance accrue en particulier dans le domaine environnemental (radon dans le massif granitique, zones de cultures intensives, bassins industriels, activités portuaires et aéroportuaires, ...). La sécurité sanitaire est devenue au cours des dernières décennies un concept incontournable. Il s'agit de maîtriser les risques pour la santé induits par le fonctionnement d'une société (alimentation, environnement, produits de santé, ...).

L'anticipation et la prévention des crises, événements inattendus responsables d'un impact massif, reposent pour l'essentiel sur des dispositifs de veille et de gestion des alertes à caractère sanitaire, une fonction essentielle de l'ARS. Leur bon fonctionnement est essentiellement le produit d'une remontée de bonne qualité

des signaux (indicateurs, événements inhabituels) et d'une capacité à mobiliser des acteurs susceptibles de contribuer à limiter rapidement les impacts sur les populations concernées et ce dans le cadre de relations étroites avec les Préfectures et leurs services.

- Il s'agira pour l'Agence de promouvoir auprès de ses partenaires et de l'ensemble des acteurs de santé, une culture du signalement pertinent et de coopération afin de mettre en œuvre des mesures de gestion efficaces.
- Il s'agira aussi d'articuler la gestion des alertes avec la mise en œuvre de mesures de prévention à moyen et long termes.
- Il s'agira également de s'intégrer dans les dispositifs d'anticipation et de gestion de crise, dans sa compétence sanitaire, sous la responsabilité du préfet de département, voire le cas échéant du préfet de la zone de défense ouest.

#### C'est déjà commencé:

La régionalisation de la veille sanitaire a été mise en œuvre en région Pays de Loire en 2010.

La Cellule de Veille Sanitaire de l'ARS et la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie sont particulièrement mobilisées autour de l'épidémie de rougeole qui sévit en Maine et Loire.

Des actions visant à améliorer la couverture vaccinale sont en cours.

## 2 ● La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Les inégalités de santé traversent toutes les couches de la société suivant un gradient social. Elles se mesurent en termes de différences de mortalité, de mortalité prématurée et d'années de vie sans handicap perdues plus ou moins fréquentes selon la classe sociale à laquelle on appartient. Cependant les déterminants de ces inégalités n'ont pas leur origine dans le champ de la santé et le système de santé a peu d'influence dans la lutte contre les inégalités sociales territoriales et environnementales de santé.

Les actions à déployer sont dès lors multiformes et multipartenariales.

### UN ENGAGEMENT CONTRE L'EXCLUSION DANS LES SERVICES DE SANTÉ, EN ADAPTANT LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION, DE SOINS, DE RÉADAPTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR QU'ILS NE CONTRIBUENT PAS CREUSER LES INÉGALITÉS

Afin de ne pas aggraver les risques d'exclusion et de renoncement aux soins, il faut préserver l'accessibilité à un réseau de professionnels de santé pratiquant les tarifs opposables remboursés par la sécurité sociale en lien avec les assurances complémentaires d'une part et avec la mise en œuvre des missions de service public au sein des établissements de santé d'autre part.

L'expérience des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a montré à quel point la question de l'accès aux droits est une difficulté pour les personnes vivant en situation de précarité. L'ensemble de ces dispositifs doivent être développés pour aller vers les personnes les plus éloignées et permettre ensuite une orientation vers les services de droit commun.





- permanences d'accès aux soins (PASS) dans les hôpitaux public qui sont des dispositifs d'accompagnement des personnes pour faire reconnaître et retrouver des droits et accéder aux soins.
- Equipes mobiles santé précarité et des équipes mobiles de psychiatrie qui suivent les personnes vivant avec un handicap psychique permettent d'aller vers les populations les plus éloignées du soin.

## UNE PLACE LÉGITIME ET VISIBLE À LA PROMOTION, LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DANS LES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES, TERRITORIALES ET ENVIRONNEMENTALES.

Les interventions concernant les problèmes prioritaires que sont la nutrition et la lutte contre l'obésité, le suicide des jeunes et la prévention de la crise suicidaire seront développées dans les zones prioritaires de l'éducation nationale.

Le déploiement des politiques d'hébergement médico-sociales en lien avec les partenaires concernés devront contribuer à la lutte contre l'isolement.

Les inégalités sociales de santé se constituent tôt dans la vie. La périnatalité et la petite enfance représentent des périodes de grande vulnérabilité.

- Le plan périnatalité a créé l'entretien prénatal précoce comme un moment privilégié au cours de la grossesse pour anticiper les difficultés potentielles liées à la parentalité et mettre en place dès avant la naissance des mesures d'accompagnement social et médico-social de la famille.
- Il sera essentiel d'établir un lien entre la protection maternelle et infantile mise en œuvre par les services de santé de

premier recours, le suivi assuré par les services départementaux de PMI et celui effectué par l'Education Nationale.

- Dans les situations les plus fragiles, le lien avec le secteur psychiatrique fait partie des mesures prévues par le plan périnatalité.

Les inégalités environnementales sont dues à des différences d'expositions à des risques. Elles peuvent être liées notamment à une distribution géographique d'un agent nocif comme le radon. Elles se manifestent surtout dans les expositions en lien avec le travail fortement liées à la position sociale. La contribution à la lutte contre les inégalités sociales de santé liée au travail passera par la priorisation de la prévention du risque d'exposition à des agents cancérigènes, ou à des risques psychosociaux au travail.

L'agence régionale de santé est partenaire du plan santé-environnement et du plan santé travail avec le ministère du travail et s'engagera avec détermination sur ces thématiques prioritaires.

### C'est déjà commencé:

Dans le domaine de la santé environnementale un plan régional d'actions sur trois ans a été arrêté fin 2010. Il fait suite à un premier plan et à travers 10 actions principales. Une de ces actions vise tout particulièrement l'habitat insalubre

## UNE MOBILISATION DES PARTENAIRES PAR LES ACTEURS DE SANTÉ

La lutte contre les inégalités de santé se joue très peu dans le champ de la santé. Mais dans de multiples champs qui vont de l'éducation à l'aménagement du territoire en passant par les transports, le logement, l'emploi.

Le rôle des acteurs en santé dans ce domaine est double:

- Mesurer et mettre évidence la distribution des déterminants de santé, ses conséquences sur la santé et les mécanismes de formation des inégalités et produire des analyses par bassins de vie et groupes de population afin d'éclairer

les stratégies de lutte qui se feront dans d'autres champs. C'est le rôle important de l'observation de la santé.

- Exercer un plaidoyer en faveur des politiques publiques susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé au sein des différentes instances de décisions dont l'ARS est partie prenante.

Enfin à l'occasion ou à l'initiative de débats publics, il s'agira de mettre la question des inégalités sociales de santé à l'agenda afin de contribuer à la prise de conscience du problème dans les différentes sphères de la vie publique.

### Annexe 1 ■ La méthodologie d'élaboration du projet régional de santé

#### UN PROJET RÉGIONAL, DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, TROIS SCHÉMAS, DES PROGRAMMES

Pour mettre en œuvre son action, l'agence régionale de santé met en œuvre un **projet régional de santé**.

Le projet régional de santé comprend trois niveaux articulés entre eux :

- Les **orientations stratégiques** : il s'agit de donner une portée stratégique au projet: établir un diagnostic dynamique, prospectif, systémique, convertir le diagnostic en problématiques, convertir les problématiques en orientations stratégiques.
- Les **schémas d'organisation** : le schéma de prévention, le schéma d'organisation des soins

ambulatoires et hospitaliers, le schéma d'organisation médico-sociale. Il s'agit de tirer les conséquences organisationnelles des orientations stratégiques en fixant des objectifs opérationnels

- Les **programmes d'action**. Il s'agit de préciser les actions à mettre en œuvre et les ressources et moyens à déployer. Parmi ces programmes: le programme de gestion du risque, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis, le programme de télémédecine et des systèmes d'information partagés, le programme régional et interdépartemental d'accompagnement médico-social, et les programmes territoriaux de santé.

#### UNE CONSTRUCTION PARTENARIALE AVEC LES INSTANCES DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

La démarche initiée par l'ARS des Pays de la Loire s'est appuyée sur une forte volonté de concertation avec les instances représentatives de la démocratie sanitaire et un travail partagé avec les représentants de la conférence de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les Conférences de Territoires des Départements de Loire-Atlantique, Mayenne, Maine et Loire, Sarthe et Vendée.

La démarche participative s'est structurée autour d'un comité de pilotage associant à parité des

membres de la CRSA et de l'ARS mobilisés pour l'animation des travaux.

Un comité stratégique du PRS constitué de l'équipe de Direction de l'agence régionale de santé a validé les étapes. Par ailleurs, l'équipe de la Direction du PRS a apporté un appui méthodologique à la conception, au suivi et à la mise en œuvre du processus de construction du projet. Les délégations territoriales de l'ARS ont quant à elles apporté un appui à l'animation de la démarche sur leur territoire.

#### UNE DÉMARCHÉ OUVERTE VERS L'EXTÉRIEUR

Tout au long de la construction du projet, diverses rencontres ont permis de recueillir des points de vue et d'échanger pour préparer les travaux puis les enrichir et les corriger.

A l'initiative de la CRSA, en mars et avril 2011, un débat public a eu lieu dans chaque territoire de santé et au niveau régional. Ces débats ont fait émerger les questions sensibles et les attentes des publics et de leurs représentants.

A l'initiative de l'ARS, entre mai et octobre, diverses rencontres ont eu lieu entre juin et septembre

avec les représentants des usagers, des professions de santé (URPS) et les fédérations hospitalières et médico-sociales

Des présentations de l'état des travaux sur le PRS ont été réalisées à la demande des partenaires extérieurs.

Des colloques thématiques ont été organisés. Ces rencontres ont permis de recueillir les perspectives d'objectifs et d'actions des acteurs pour la construction des schémas et des programmes.





#### 7 colloques ont été organisés sur la santé des populations :

- en situation de handicap psychique ou souffrant d'un problème de santé mentale
- en situation de précarité
- atteintes d'AVC
- atteintes d'insuffisance rénale chronique
- atteintes de la maladie d'Alzheimer
- souffrant d'addiction
- relevant de la périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence

#### 7 colloques ont été organisés sur des thématiques

- la biologie
- la télémédecine
- la gestion du risque
- l'imagerie médicale
- la prise en charge de la douleur
- Les soins de suite et de réadaptation
- La chirurgie ambulatoire

A l'initiative de la CRSA et de l'ARS, une démarche de communication a été mise en œuvre :

- deux enquêtes ont été menées auprès du grand public et des professionnels pour recueillir les attentes et perceptions sur la santé.
- le site [www.masantedemain.fr](http://www.masantedemain.fr) a été créé pour faire connaître les actualités du PRS. Ce site offre en outre un accès aisé à l'information sur le contenu des enjeux, des schémas et présente par ailleurs les résultats des deux enquêtes.

## UNE ÉLABORATION EN TROIS TEMPS DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

L'élaboration des orientations stratégiques s'est faite en trois grandes étapes.

Un diagnostic qualitatif et partagé réalisé entre septembre et octobre 2010 et animé conjointement par les membres de la CRSA et de l'ARS. Sept groupes de travail, regroupant une centaine de personnes, ont apporté une contribution autour des thématiques suivantes :

- L'offre en santé
- Les besoins et les déterminants de santé
- L'enjeu démographique et du vieillissement de la population
- L'enjeu des inégalités sociales, territoriales et environnementales

- La continuité des parcours et l'enjeu de coordination des services

- La place et le droit des usagers

- L'approche médico-économique et la problématique de la maîtrise des dépenses de santé

Un séminaire regroupant en janvier 2011 ces mêmes participants autour d'ateliers successifs, en les invitant à dégager des orientations stratégiques à partir des éléments du diagnostic

Une territorialisation des travaux par les cinq conférences de territoire

## ANNEXES

### UNE CONSTRUCTION DES SCHÉMAS INTÉGRANT UNE DÉMARCHE ITÉRATIVE DE CONSULTATION DES PARTENAIRES

L'élaboration des schémas s'est faite en quatre étapes successives

Cinq groupes de travail conjointement animé par la CRSA et l'ARS ont à nouveau apporté une contribution à la recherche des objectifs à partir des thématiques résultant des orientations stratégiques

La personne au cœur des préoccupations du système de santé

La mobilisation des partenaires pour réduire les inégalités de santé

L'intégration de la prévention dans le système de santé

La rénovation de l'offre de proximité dans le domaine des soins

L'offre de soin et le développement de la coordination

L'offre de soins et l'accès aux soins spécialisés

La proximité organisée dans le domaine médico-social.

Un premier document formalisant les objectifs a été enrichi de contributions diverses émanant de l'ARS et des associations, fédérations, professions de santé formalisés en compte rendus de colloques et de rencontres. Une première version de travail en trois schémas, Prévention, Offre de Soins et Offre médico-sociale, a été mise en ligne sur le site de l'ARS en juillet 2011.

Au cours de l'été, cette première version évolutive a été enrichie pour être à nouveau publiée dans une version finalisée dans le courant du mois de septembre 2011, après nouvelle consultation des représentants des usagers et professions de santé, des fédérations hospitalières et médico-sociales.

Simultanément, les cinq conférences de territoires ont poursuivi l'approche territoriale des travaux pour identifier les objectifs prioritaires

### UNE CONSTRUCTION PRAGMATIQUE ET CONCERTÉE DES PROGRAMMES

Les programmes déclinent en actions les objectifs des schémas.

#### ■ Les Programmes territoriaux de santé (PTS)

Ils sont au nombre de cinq, un par territoire de santé. Partant du diagnostic et des priorités territoriales, un travail partagé entre les membres de la conférence de territoire et la délégation territoriale de chaque département a permis d'identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Les actions visant à favoriser la mutualisation, la coopération et la coordination entre les multiples acteurs, professionnels ou non, les services et les établissements autour des enjeux de santé d'un territoire ont été privilégiées pour la construction des programmes territoriaux de santé.

#### ■ Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

S'adressant aux personnes vulnérables, en situation de précarité, il a fait l'objet de consultation préalable avec les principaux partenaires : DRJCS et DDJCS, FNARS, URIOPSS, Médecins du monde, PASS Régionale

#### ■ Le Programme Régional Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Il programme les actions d'évolutions de l'offre des services et établissements médico-sociaux, créations, transformations, redéploiement. Ce

programme triennal est revu chaque année pour s'adapter à la disponibilité et au volume des enveloppes financières qui lui sont attribuées.

#### ■ Le Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR)

Il décline les actions régionales de gestion du risque, actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût. Établi pour quatre ans, ce programme est revu chaque année. Il a fait l'objet d'un travail partagé avec l'assurance maladie et le Régime Social des Indépendants (RSI)

#### ■ Le Programme Systèmes d'Information Partagée et de télé-médecine (PRISIT)

Établi pour la durée du PRS, ce programme vise à définir et mettre en œuvre une stratégie de développement de systèmes d'information de santé et de déploiement de la télé-médecine. Il implique autour du GCS e-santé les acteurs engagés dans cette évolution indispensable à la bonne coordination des acteurs de santé.

Les actions des quatre programmes régionaux et des cinq programmes territoriaux de santé ne couvrent pas la totalité des objectifs des schémas. Chaque année, une feuille de route établira les actions prioritaires à mettre en œuvre. Cette feuille de route sera présentée en CRSA.

## Annexe 2 ■ Le diagnostic régional de l'état de santé et des besoins de santé dans les Pays de la Loire<sup>2</sup>

### UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT

Au cinquième rang des régions françaises les plus peuplées avec 3 584 848 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2010, la région s'est accrue de 320 000 personnes, soit 32 000 habitants supplémentaires par an entre 1999 et 2009. Avec un taux de croissance moyen plus marquée dans la région, 0,9 %, qu'au plan national, 0,7 %. S'y distinguent la Vendée (1,5 %) et la Loire-Atlantique (1,2 %). Les trois autres départements enregistrent une évolution similaire à celle de l'hexagone.

Ce dynamisme est lié d'une part à une forte fécondité (44 000 naissances), la plus élevée des régions de France métropolitaine, et une faible mortalité (28 000 décès), ce qui entraîne un solde naturel élevé et d'autre part à des migrations importantes, le solde migratoire expliquant 50 % de la croissance démographique régionale.

La fécondité est en effet la plus élevée des régions de France métropolitaine avec 209 enfants pour

100 femmes, les départements de la région ayant tous une fécondité plus élevée que la moyenne nationale (2007). Le calendrier des naissances a été profondément modifié : 21 % des accouchements concernent des femmes âgées de 35 ans et plus en 2008 et 1,8 % des femmes de moins de 20 ans. La mortalité périnatale régionale reste inférieure à la moyenne nationale.

Mais selon les projections de population de l'Insee à l'horizon 2030 il faut attendre un vieillissement rapide en Pays de la Loire comparé à la moyenne nationale. Alors que les 20-59 ans représentent 53 % de la population aujourd'hui, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront alors le tiers de la population régionale contre 22% aujourd'hui, la part des plus de 75 ans dans la population pourrait doubler de 8,4 % de la population à 14,5 %. Et la population des habitants de plus de 85 ans passerait de 90 000 en 2010 à 134 300 en 2030.

Population totale	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Population légale au 1 <sup>er</sup> janvier 2010	1 281 031	794 497	310 698	572 034	626 588	3 584 848
	35%	22%	9%	16%	18%	100

### UNE BONNE ESPÉRANCE DE VIE MAIS UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PRÉOCCUPANTE

#### Une espérance de vie qui continue d'augmenter.

L'état de santé global des Français, comme des Ligériens, mesuré à l'aide des indicateurs de morbi-mortalité apparaît plutôt bon<sup>ii</sup>. Ils suivent presque les mêmes tendances en Pays de la Loire<sup>iii,iv</sup> qu'au niveau national. Nous analysons successivement les indicateurs de mortalité (tous âges confondus), puis de mortalité prématurée (avant 65 ans) et enfin de morbidité autrement dit les maladies.

Entre 2005 et 2009, l'espérance de vie a continué à progresser. En 2007, la France était en tête des pays européens pour l'espérance de vie féminine, celle des hommes se situait au niveau de la moyenne de l'ancienne Europe des quinze. Dans les Pays de la Loire l'espérance de vie à la naissance est de

84,9 ans pour les femmes, supérieure à la moyenne nationale et de 77,5 ans pour les hommes, proche de la moyenne nationale,

Le taux de mortalité tous âges confondus (8,6 pour 1000) est l'un des plus faibles d'Europe, comme le taux de mortalité infantile au 5<sup>e</sup> rang des pays Européens (3,6 décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances). La mortalité a baissé de façon considérable, de plus de 30% en 20 ans en France comme dans la région des Pays de la Loire. Les quatre grandes causes de mortalité, maladies cardiovasculaires (30%), tumeurs (29%), accidents et morts violentes dont les suicides (9%), et maladies de l'appareil respiratoire (6%) ont toutes connu des baisses régulières depuis 1980, jusqu'à 40% pour le recul de la mortalité cardiovasculaire.

>>>

Ce document est la synthèse de deux documents. Un document élaboré par l'ARS avec la contribution de l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire et destiné à la documentation de base des groupes de travail. Et un document produit par les groupes de travail durant la phase diagnostique.

## ANNEXES



En Pays de la Loire la mortalité régionale des cardiopathies ischémiques est inférieure à la moyenne française et la mortalité régionale par cancer du poumon inférieure à la moyenne française.

En revanche pour les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool, cirrhoses alcooliques, cancers du foie et des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route et suicides, les taux de mortalité régionaux sont supérieurs aux taux nationaux.

Le taux de mortalité par cancer est en baisse de 10% sur 20 ans. Cette évolution est due à la fois aux progrès thérapeutiques et au changement de la nature des cancers diagnostiqués. La situation régionale est globalement peu différente de la moyenne nationale pour les hommes. Elle est plus favorable pour les femmes avec une mortalité inférieure de 4%.

Le suicide a été à l'origine de 710 décès en 2007 en Pays de la Loire. Les décès par suicide sont très rares avant 15 ans, et c'est entre 35 et 54 ans que leur nombre est le plus important. Mais c'est surtout pour les personnes de plus de 75 ans, et notamment pour les hommes, que le risque de suicide est le plus élevé. Les trois quarts des suicides concernent des hommes. La surmortalité régionale du suicide reste récurrente, avec une mortalité qui dépasse la moyenne nationale de 30 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes pour la période 2005-2007. Cette surmortalité des hommes par rapport aux femmes touche de façon plus ou moins marquée toutes les classes d'âge et tous les départements. Pour les femmes, elle ne concerne que le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe. Ces deux derniers départements apparaissent particulièrement touchés, avec une surmortalité par suicide qui atteint respectivement 51 et 46 % pour les hommes, et 34 et 61 % pour les femmes sur la période 2005-2007. Cependant en Pays de la Loire, comme en France, le taux standardisé de mortalité par suicide est en recul depuis le milieu des années 80, pour les femmes (-2,3 % en moyenne par an entre 1985 et 2006) et de façon moins marquée pour les hommes (-1,6 %). Cette baisse concerne tous les âges mais est surtout marquée au-delà de 50 ans.

### **Une mortalité prématurée, avant 65 ans qui reste préoccupante**

Si la mortalité est inférieure à la moyenne nationale, la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant l'âge de

65 ans, qui représente environ 20 % de l'ensemble des décès est importante. Certes, depuis le début des années 1980, le taux comparatif de mortalité prématurée a diminué de 33% chez les hommes et 31% chez les femmes. Cependant cette mortalité prématurée reste élevée, surtout chez les hommes: 27 % des décès masculins, 12 % des décès féminins sur la période 2005-2007). En comparaison à d'autres pays européens le taux de mortalité prématurée est 20% plus élevé qu'au Royaume Uni.

Les quatre principales causes de mortalité prématurée en France sont : les tumeurs (38%), dont le cancer du poumon chez l'homme (11%) et cancer du sein chez la femme (14%), les morts violentes dont le suicide, l'alcoolisme et les cardiopathies ischémiques.

La mortalité prématurée par cancer du poumon augmente chez les femmes dans les Pays de la Loire plus encore qu'au plan national. Chez les hommes, la tendance à la baisse de mortalité prématurée par cancer du poumon observée au niveau national depuis le début des années 90 n'est pas observée dans la région.

Enfin, on note des disparités persistantes entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine et Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée.

### **Des décès prématurés évitables**

Parmi les décès prématurés, un certain nombre pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les conduites routières dangereuses. Dans la région, on estime que plus de 2 000 décès pourraient être ainsi évités chaque année. Comme en France, 80% des décès évitables concernent des hommes. Comme en France également, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont le cancer du poumon pour les hommes et du sein pour les femmes et les suicides, pour les hommes comme pour les femmes.

Depuis le début des années 80, la mortalité prématurée évitable est en recul pour chacun des deux sexes. Ainsi, entre 2001 et 2004, le taux standardisé de cet indicateur a diminué de 4 % en moyenne chaque année (5% chez les hommes, 3% chez les femmes). Cette évolution, également constatée au

plan national, résulte principalement de la baisse marquée de la mortalité prématurée due aux pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et aux accidents de la circulation.

### Une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des pays européens les mieux classés.

Il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie. Il faut aussi ajouter de la vie aux années. La mesure de l'**espérance de vie sans incapacité** apporte un éclairage sur la qualité de vie. En 2005, en France cet indicateur est estimé à 68 ans pour les hommes et à 69,7 ans chez les femmes. Dans les deux cas, l'espérance de vie sans incapacité était inférieure de cinq ans à celle des pays les mieux classés en Europe alors que l'espérance de vie globale en France reste parmi les plus longues.<sup>v</sup>

Les incapacités sont récemment documentées grâce à l'enquête en population générale « Handicap, incapacités, dépendance » (HID)<sup>vi</sup>. 13% de la population souffre de déficiences motrices, 11% de déficiences organiques (cardiovasculaires, respiratoires...) et plus de 6% de déficiences intellectuelles ou mentales. Près de 8 millions de personnes présentent des déficiences motrices de gravité variable. Une personne sur trois répond par l'affirmative à la question « Rencontrez vous dans la vie de tous les jours des difficultés qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ». 650 à 700 000 personnes handicapées vivent dans des institutions spécialisées, la grande majorité vit donc en milieu ordinaire.

Il y a lieu cependant de noter d'importants progrès ces dernières années concernant l'espérance de vie en bonne santé, par exemple le traitement de la douleur et le traitement de certaines déficiences (cataracte, prothèses de hanche, de genou,...).

## LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

### Des avancées, mais aussi des marges de progrès

La situation est plus favorable dans les Pays de la Loire par rapport à la situation nationale pour les **maladies cardio-vasculaires**.

En revanche la situation est défavorable pour les pathologies et problèmes liés à la **consommation excessive d'alcool** : cirrhoses alcooliques et cancers du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route, suicides.

Elle est également défavorable pour la prévalence de l'**asthme** qui est élevée dans la région, au 3<sup>e</sup> rang national avec 8 % des enfants de 5-6 ans touchés (6% en France métropolitaine), comme l'allergie en général. La prévalence de l'asthme a augmenté au cours des 20-30 dernières années en France comme dans d'autres pays industrialisés. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par une modification des facteurs environnementaux. On estime par ailleurs que 15% de la part des asthmes sont attribuables aux expositions professionnelles.

Le nombre d'**accidents** et de victimes d'accidents de la circulation a connu une baisse marquée dans la région comme en France, depuis 2000 : 500 décès à 30 jours en 2000 et 240 en 2008. Cependant la

situation régionale reste défavorable, notamment pour les 15-24 ans (surmortalité d'environ 20 %). Les accidents représentent une cause notable de déficiences et de handicaps : il y aurait chaque année autant de blessés avec séquelles majeures que de tués. Quant aux accidents de la vie courante, deux populations sont particulièrement touchées. Il s'agit des jeunes, notamment les garçons et des personnes âgées, notamment les femmes, la moitié par chute ou suffocation chez des plus de 75 ans. La mortalité est importante mais en diminution (baisse d'environ de 50 % de la mortalité par chute en 20 ans) et représente 1 070 décès par an (2005-2007)

La situation est aussi défavorable en ce qui concerne les tentatives de **suicide** des jeunes et des filles qui sont plus fréquemment déclarées chez les 15-25 ans de la région qu'au plan national. Différents facteurs de risques sont bien identifiés<sup>3</sup> : l'instabilité familiale, l'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail. Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les zones rurales.

Le poids du suicide est également à mettre en lien avec l'abus d'alcool mais aussi avec la fréquence des troubles de la santé mentale et des affections psychiatriques. Ainsi, la file active des secteurs de



<sup>3</sup> La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus octobre 2000

## ANNEXES



psychiatrie de la région - secteurs qui, bien sûr, ne constituent pas toute l'offre de soins en psychiatrie - représente 2,4 % de la population régionale. Ceci illustre bien le poids considérable de ces problèmes de santé dans la population.

### Des maladies qui pèsent sur le système de santé

Les indicateurs de morbidité approchés par les motifs d'admission à l'ALD30 permettent d'identifier quatre groupes qui pèsent de façon prépondérante en termes de fréquence dans le recours aux soins, représentant plus des trois quart des affections : les pathologies cardio-vasculaires (4% de l'ensemble des assurés sociaux), les tumeurs malignes (2,3%), le diabète (2,2%) et les affections psychiatriques (1,6%).

Le poids des **maladies cardio-vasculaires** est favorable dans la région avec une moindre fréquence des admissions en ALD (inférieure de 6%) et des hospitalisations (inférieure de 13%).

Les cancers représentent 18 500 nouveaux cas en 2005, en forte augmentation (+20 % entre 2000 et 2005, multiplié par 2,2 depuis 1980), encore plus forte que celle observée en France métropolitaine (+17 % ; multiplié par 1,9), liée à l'augmentation et au vieillissement de la population, à l'amélioration du dépistage et du diagnostic, à l'augmentation du risque.

Le **diabète** et l'**obésité** sont dans la région comme en France, des affections de plus en plus fréquentes. Le diabète traité avec des médicaments représentait 2 % en 1999, 2,7 % en 2006.

L'obésité touche 6,6 % de la population adulte en 1997, 11,5 % en 2006, 13,3% en 2009. La région est cependant en situation favorable par rapport au niveau national en proportion de personnes obèses ou en surcharge pondérale chez les adultes. La proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublement en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Elle est de 14,5% en France (enquête Obépi 1997-2009).

Chez les adolescents et adultes, cet écart avec la France tend à se réduire. Dans les Pays de la Loire, la prévalence de l'obésité et du surpoids pour les plus de 15 ans est estimée à 11,5% et l'écart, qui

était favorable avec la France (14%) tend à se réduire (1<sup>er</sup> rang, par ordre croissant en 2000, 7<sup>ème</sup> rang en 2006). Les résultats de l'enquête Baromètre santé-jeunes (12-25 ans) entre 2000 et 2005 et Obépi (adultes) entre 1997 et 2009 montrent une augmentation plus rapide de la prévalence de la surcharge pondérale dans la région qu'en France.

Toutefois, ce constat n'est pas observé chez les jeunes enfants. Entre les générations des enfants nés au milieu des années 1990 et celles des enfants nés au début des années 2000, on observe une tendance à la baisse de la prévalence de la surcharge pondérale, et celle-ci apparaît plus marquée dans les Pays de la Loire qu'au niveau national (enquêtes Drees 1999-2000, 2005-2006 provisoires). Chez les enfants de 5-6 ans scolarisés la proportion d'enfants obèses et en surcharge pondérale est respectivement 1,7% et 10,6% dans la région pour respectivement 3,9 % et 14,5% en France (enquête Drees 1999-2000). Les résultats provisoires de l'enquête de la Drees, effectuée auprès des enfants de 5-6 ans scolarisés en 2005-2006, confirment cette situation favorable dans la région.

Le poids des **troubles mentaux et du comportement** dont la fréquence est difficile à mesurer est souvent sous-estimé. En pays de la Loire, 2,4 % de la population totale était suivie par les secteurs de psychiatrie en 2003.

Le poids de la **maladie d'Alzheimer** est aujourd'hui de 36 500 cas estimés dans la région Il sera de 55 000 en 2020.

Concernant les **maladies infectieuses**, l'épidémie de **rougeole** en France et dans la région depuis 2008 s'intensifie en 2010, mettant en exergue l'insuffisance de la couverture vaccinale, même si une amélioration a été constatée. Par ailleurs, on ne saurait méconnaître l'importance des **infections nosocomiales** avec une situation moyenne de la région (12<sup>e</sup> rang national<sup>10</sup>). Les investigations récentes de cas groupés concernent des infections à bactéries pyocyaniques en réanimation, de streptocoques A en obstétrique ou bien une épidémie de gastroentérites dans un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes. La situation protégée des Pays de Loire par rapport aux staphylocoques résistant à la méthicilline (SARM)<sup>11</sup>,



doit être relativisée par le mauvais classement de la France au sein de l'Europe. Enfin, il convient de citer les **maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH**. La région occupe une position moyenne (9<sup>e</sup> rang) pour la fréquence de la découverte de la séropositivité au VIH\* avec une évolution moins favorable que dans les autres régions notamment liée à la situation en Loire Atlantique.

Concernant les maladies professionnelles, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont la première cause de maladies professionnelles en France. Elles touchent 17% des hommes et 27 % des femmes. La région Pays de la Loire est la seconde région française la plus touchée. Selon les résultats d'une enquête menée pendant deux semaines consécutives en 2007 auprès de médecins du travail volon-

taires de la région (Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel), la prévalence des maladies à caractère professionnel dans la population salariée s'élève à 4,8 %. Les troubles musculo-squelettiques s'élèvent à 2,9 %, la souffrance psychique touche 1,1 % des hommes et 2,2% des femmes.

L'enquête SAMOTRACE 2007-2008 a montré dans la région que 36% des invalidités pour troubles psychiatriques sont en lien avec le travail, dont 29% le sont complètement et 7% le sont partiellement.

Enfin concernant les affections liées à l'amiante il existe une surmortalité par rapport au niveau national liée au mésothéliome pleural en Loire-Atlantique (+80%) et en Sarthe (+60 %) sur la période 2005-2007.

## DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES COMPORTEMENTS ET LES HABITUDES DE VIES

Les conduites et habitudes de vie y compris au travail déterminent l'état de santé. Trois attitudes sont fréquemment citées comme ayant un fort impact sur la santé : la consommation de produits comme l'alcool et le tabac, la sédentarité et son corollaire la pratique de l'exercice physique, et les comportements alimentaires. Loin d'être uniquement liées à une décision individuelle mais probablement en interaction complexe et dynamique avec des déterminants sociaux,<sup>x</sup> certaines de ces attitudes sont classiquement qualifiées de « comportements à risque » et invitent à une classification des maladies sous le vocable de « mortalité évitable ». Ainsi, en 2006, au sein des 27 pays de l'Union Européenne, la France a les taux de décès prématurés, liés à des comportements à risques parmi les plus élevés, après les pays nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique. 2 000 décès leurs sont ainsi attribués dans la région (80% concernent des hommes).

### Consommation de produits psycho actifs et conduites addictives

#### ■ Alcool et tabac

Un tiers des personnes âgées de plus de 18 ans présente une consommation à risque d'alcool

(trois fois plus élevée chez l'homme que chez la femme), même si la consommation par habitant a diminué de plus de 10% en 5 ans et que l'on note un recul très important de la mortalité directement liée à cette consommation (40 à 50 % en 20 ans). La situation régionale est nettement défavorable liée à la surmortalité par accidents de la circulation et par suicide, la surmorbidity des hommes pour de nombreuses affections, et des habitudes régionales d'alcoolisation excessive qui perdurent dans les jeunes générations avec une expérimentation précoce d'alcool très préoccupante.

Bien que le risque alcool/addictions ait été activement suivi dans la région, la Conférence régionale de santé a souligné que des marges de progrès existent en matière de promotion de la santé, prévention, d'accès aux soins, de maintien dans l'emploi et de réinsertion. Ce thème reste donc l'une des priorités pour la politique de santé de la région.

L'usage du tabac concerne en France 26,6% des femmes et 33,3 % des hommes. Cette consommation est en baisse très marquée depuis 2000 dans la région comme en France (1200 cigarettes par habitant en 2001, 780 en 2008). La consommation régionale historiquement faible explique la faible morta-



## ANNEXES



lité régionale par cancer du poumon, de la vessie, par broncho-pneumopathie chronique obstructive, par maladies cardio-vasculaires.

### Une préoccupation particulière concernant les jeunes

Les consommations de produits psycho actifs ne concernent pas seulement les jeunes mais elles occupent à cet âge une place particulière. Ainsi la consommation d'alcool et de cannabis jouent un rôle important dans la survenue des accidents qui est la première cause de mortalité des jeunes. En outre le risque d'installation d'une dépendance à un produit est d'autant plus élevé qu'il est expérimenté tôt dans la vie.

Les habitudes de jeunes ligériens en matière de consommation de tabac ainsi qu'en matière d'usage du cannabis restent peu différentes de la moyenne nationale. En 2005, le tabagisme quotidien concerne 30 % des jeunes ligériens de 15-25 ans, contre 31 % en France et 7% ont une consommation régulière de cannabis (dix fois ou plus souvent dans le mois) avec une stabilité du taux de fumeurs dépendants (11%) chez les jeunes de 15-25 ans. Malgré un recul de l'âge d'initiation au tabagisme constaté entre 2000 et 2005, 24% des jeunes ligériens âgés entre 12 et 14 ans déclarent avoir déjà fumé. Mais cet écart se réduit progressivement.

Il n'en est pas de même au regard de leur consommation d'alcool, domaine où la situation régionale est défavorable<sup>4</sup>.

Ainsi, en 2005 :

44% des 18-25 ans contre 33 % en France déclaraient consommer de l'alcool au moins une fois par semaine et 20% des 15-25 ans déclarent en consommer plusieurs fois par semaine

21% des garçons de 18 à 25 ans contre 12 % en France déclaraient boire 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par semaine (essentiellement le week-end) et (28% des 15-25 une fois par mois ou plus).

22% des 18-25 ans (et 15 % des 15-17 ans) déclaraient avoir été ivres au moins trois fois au cours des 12 derniers mois, contre 15 % (et 11 %) en France

16% des garçons de 18 à 25 ans déclaraient être régulièrement ivres (au moins 10 ivresses dans l'année), plus souvent ivres que leurs homologues du reste de la métropole, avec un taux d'ivresses répé-

tées en nette hausse chez les jeunes de 17 ans entre 2002/2003 et 2005 (de 24 % à 34 %).

57% des 12-14 ans déclarent une expérimentation précoce.

### ■ Drogues illicites

Les drogues illicites regroupent de nombreux produits, utilisés seuls ou dans le cadre de la poly-consommation, avec d'autres produits illicites ou le tabac, l'alcool ou les médicaments. Globalement chez les jeunes comme pour l'ensemble de la population, la consommation de substances psycho actives est un comportement plutôt masculin.

### Le cannabis

L'usage régulier du cannabis dans la région demeure relativement stable chez les 18-25 ans comme chez les 15-17 ans (7% des 15-25 ans) et très proche de la moyenne nationale<sup>5</sup>. Cette consommation concerne plus fréquemment les garçons (10% des 15-25 ans) que les filles (3%). Selon le baromètre santé-jeunes 2005, 37% des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir souvent fumé du cannabis en étant seul, au cours de l'année. 37% des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir connu à cause du cannabis des effets indésirables, 30% des problèmes de mémoire et 10% des difficultés scolaires ou professionnelles.

### Les autres drogues

5% des 15-17 ans et 13% des 18-25 ans ont déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis. Les poppers (solvants contenant des dérivés de nitrite d'amyle) sont en 2005 les plus expérimentés devant les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et la cocaïne.

Très peu de jeunes adoptent un usage répété de ces drogues : 1 à 2% des 15-25 ans déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois. Enfin l'héroïne est très rarement citée parmi les produits expérimentés mais les acteurs régionaux soulignent une augmentation de son usage.

Les jeunes Ligériens de 17 ans présentent des expérimentations de poppers franchement plus élevées que ceux mesurés sur l'ensemble du territoire. En revanche, les expérimentations d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne sont inférieures aux niveaux nationaux (Atlas Escapade 2008 - Observatoire français des drogues et toxicomanies).



<sup>4</sup> Rapport régional 2009 de l'ORS sur la santé des jeunes

<sup>5</sup> Enquête baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 2005, ORS Pays de la Loire 2006



### Recours aux soins des usagers de drogues

Selon une étude de la DREES, au cours du mois de novembre 2003, 990 usagers de drogues ont eu recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la région, dont les deux-tiers à l'un des neuf Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Si le taux régional de recours a augmenté en une décennie, il reste parmi les plus faibles de France (2<sup>nd</sup> rang).

### Alimentation et activité physique

L'excès d'apports alimentaires et le manque d'activité physique constituent des déterminants essentiels du surpoids et de l'obésité. Dans la région, la proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublage en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Certes, elle est de 14,5% en France mais la position plutôt protégée de la région tend à disparaître pour les adolescents et les adultes (enquêtes Obépi, Baromètre santé jeunes). Cette situation est particulièrement préoccupante parce que l'obésité retentit fortement sur l'ensemble de la santé, physique, mentale et sociale. Mais aussi parce que la nutrition constitue un déterminant majeur des maladies cardio-vasculaires et du diabète, et joue aussi un rôle désormais bien démontré dans la survenue de nombreux cancers (35% des décès par cancer attribuables). L'enjeu nutritionnel, à tous les âges de la vie, semble donc fondamental.

Le baromètre santé montre qu'un français sur deux avait pratiqué une activité physique à un niveau entraînant des bénéfices pour la santé (intense ou régulière). Les personnes âgées de plus de 65 ans pratiquent beaucoup moins d'activité physique. Cette donnée est importante quand on réfléchit à tous les acteurs de la vie sociale ou citoyenne en capacité de faire des propositions motivantes et originales à ce groupe d'âge au-delà d'une simple injonction soignante à «faire de l'exercice».

Au total de meilleures habitudes alimentaires combinées à une moindre consommation tabagique peuvent en partie expliquer une mortalité régionale des cardiopathies ischémiques inférieure à la moyenne française

### Santé et vie au travail

La souffrance au travail en lien avec les évolutions actuelles des conditions de travail, ainsi que l'importance des dommages qui en résultent pour la santé mentale et physique des salariés, sont désormais considérées comme un enjeu de santé publique majeur.

Ces risques peuvent en effet, provoquer ou favoriser des pathologies mentales ou physiques, augmenter le risque d'accident du travail ou de trajets, être facteurs de précarisation voire d'exclusion à l'issue d'un processus de fragilisation pouvant conduire à la perte d'emploi. Avec 27% des consultations, le risque psychosocial est le 1<sup>er</sup> motif de consultation dans les services dédiés aux pathologies professionnelles en France et dans la région\* (principales pathologies : dépression et anxiété). Les risques psychosociaux au travail, en tant que risques émergents, ont été identifiés comme l'une des priorités thématiques par la Conférence régionale de santé et la région s'est dotée d'un réseau régional de médecins du travail contribuant au repérage des phénomènes émergents.

Le baromètre santé vient opportunément compléter ses données en montrant que quatre actifs sur cinq disent ressentir une pénibilité physique ou mentale au travail et quatre sur dix déclarent que le travail affecte leur santé. Le stress vient en tête des affections déclarées (28%) suivi de fatigue générale (27%), du mal de dos (22,9%) et des douleurs musculaires du dos et du cou (19%). Plus précisément pour faire face à ces troubles, quatre personnes sur dix déclarent manger plus souvent que d'habitude, fumer davantage et augmenter sa consommation d'alcool (un buveur sur dix). Manger, fumer et boire ne seraient donc pas que des déterminants liés au comportement individuel...Enfin le travail comporte des risques liés à l'exposition à des produits potentiellement dangereux pour la santé. On estime que 4% de l'ensemble des cancers sont attribuables à des facteurs professionnels. Mais il est très probable que ce taux soit sous-estimé et qu'il puisse atteindre 15 à 20% pour certaines pathologies comme le cancer pulmonaire enquête (SUMER 2003).

## ANNEXES

### AU-DELÀ DES INDICATEURS DE MORBI-MORTALITÉ, D'AUTRES INDICATEURS MÉRITENT D'ÊTRE CONSIDÉRÉS DANS LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Les indicateurs de perception décrivant ce que les usagers et professionnels considèrent comme important<sup>xiii</sup> conduisent aussi à mesurer l'état de santé de la population. Trois quarts des français ont une perception très positive de leur état de santé mais cette perception évolue défavorablement avec l'âge.

D'autres indicateurs comme la qualité de vie ou la souffrance psychique sont mesurés régulièrement par le baromètre santé<sup>xiii</sup> de l'Inpes.

Les déterminants psychosociaux doivent aussi être pris en compte dans la mesure de l'état de santé. Les travaux en sciences humaines<sup>xv, xv</sup>, ont montré la part déterminante des concepts d'estime de soi, d'image de soi et de reconnaissance sociale ainsi que le sentiment de contrôle sur sa santé, de «coping» ou des concepts plus récents et plus complexes comme la résilience ou «l'empower-

ment» dans la maladie chronique<sup>xvi</sup>. La perception d'un individu du contrôle qu'il exerce sur son état de santé fait l'objet de très nombreux travaux dans la littérature avec la proposition de modèles conceptuel plus récent<sup>xvii</sup> et plus complexe tendant à montrer combien le lieu de contrôle, le contrôle perçu, l'efficacité de soi, la hardiesse ou le sentiment d'auto-maîtrise sont de bons facteurs de protection de l'état de santé d'un individu en favorisant des attitudes de prévention primaire et secondaire. Ainsi la façon dont un individu ou un groupe maîtrise un ensemble de dix compétences peut avoir un impact significatif sur des déterminants importants comme la consommation de produits, l'alimentation ou ce qui détermine sa santé mentale la prise en compte de tous ces éléments amène à repenser l'organisation des services de premier recours et leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé.

### DES MENACES DE RISQUES SANITAIRES QUI S'INTENSIFIENT DANS UN UNIVERS MONDIALISÉ

Indépendamment des menaces terroristes accrues ces dernières années, exigeant des préparations et des réponses spécifiques, l'organisation sanitaire est de plus en plus souvent confrontée à l'émergence de maladies nouvelles et/ou l'apparition de nouvelles formes de risques sanitaires, dont certains sont dits majeurs. Pour un certain nombre de ces risques, leur diffusion peut être extrêmement rapide sur la planète.

L'opinion publique, largement relayée et amplifiée par les médias, est très sensible à ces nouvelles menaces, potentiellement graves et d'extension rapide. Depuis 10 ans environ, les pouvoirs publics ont mis en place une politique prenant en compte ces nouvelles menaces. Cependant, la population n'a pas suffisamment été associée aux mesures prises au niveau national ou local et ses rapports aux risques majeurs restent encore très distendus.

Parmi ces risques sanitaires émergents ou ré-émergents, on peut citer :

- L'apparition ou l'adaptation de nouveaux agents pathogènes infectieux, type virus grippal pandémique, SRAS, fièvres hémorragiques, dengue, Chikungunya, VIH du fait de modifications environnementales, climatiques ou de mutations génétiques.
- La circulation accrue et rapide des agents pathogènes et de leurs vecteurs est favorisée par les échanges humains et commerciaux mondiaux ; des vecteurs s'adaptent à de nouveaux territoires (ex : moustique tigre).

- L'aggravation ou la recrudescence de maladies infectieuses existantes, comme la résurgence de maladies infectieuses favorisées par une couverture vaccinale insuffisante (rougeole, coqueluche,...), et qui se développent plus particulièrement dans certaines collectivités, la résistance accrue aux antibiotiques de nombreuses bactéries ou le développement des maladies infectieuses nosocomiales en secteur de soin.

- La diffusion de produits toxiques dangereux (lait à la mélanine, meubles et diméthylfumarate,...) au travers des échanges commerciaux mondiaux.

- L'impact sanitaire potentiel à grande échelle de catastrophes naturelles (mouvements de terrain, inondations, crises climatiques,...) ou industrielles (pollutions, rupture de barrage,...), même si les risques en termes de probabilité sont le plus souvent faibles.

La densification humaine et les regroupements occasionnels de populations favorisent potentiellement l'apparition de ces risques sanitaires. Les ports et aéroports se sont par ailleurs souvent montrés des portes fréquentes d'entrée d'épidémies ou de pandémies.

L'enjeu, dans ce cadre, est de détecter le plus précocement possible cette survenue d'un risque nouveau ou ré-émergent et de le gérer avec pertinence (surveillance, alerte, gestion de l'alerte voire de la crise).

## DES INÉGALITÉS SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES

### La santé, marqueur des inégalités sociales

Les déterminants sociaux impactent directement et graduellement l'état de santé. Ces inégalités de santé sont les plus fortes d'Europe<sup>viii</sup> et se creusent.

La prise en compte de données sociales comme les milieux sociaux, la profession, le niveau d'étude ou le niveau de revenus des ménages aboutit, quels que soient les indicateurs considérés à la mise en évidence d'une dégradation de l'état de santé selon d'importants gradients.

Sur la période 1990-1999, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de deux ans celle des ouvrières, alors que cet écart est de 7 ans entre les hommes cadres supérieurs et les ouvriers. Un homme sans diplôme a une mortalité prématurée multipliée par

2,5 par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieures, ce facteur multiplicatif est de 1,9 chez les femmes. En outre, au plan national, ces écarts tendent à se creuser chez les hommes alors qu'ils restent stables chez les femmes (INSEE première n°1025, juin 2005). La région Pays de la Loire n'échappe pas à une aggravation des inégalités sociales de santé. En 2001-2003, le taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans dans la région est trois fois plus élevé pour les agriculteurs-ouvriers-employés que pour les cadres et professions intellectuelles.

A titre d'information, le tableau ci-dessous présente la part des départements en fonction des minima sociaux (API, AAH, ASS, RMI, minimum vieillesse) et des demandeurs d'emploi de moins de 25 ans (actualisation 2008), comparée à la population.

Départements	Minima sociaux	Population
Loire-Atlantique	36,60 %	35,60 %
Maine et Loire	23,55 %	22,15 %
Mayenne	7,47 %	8,74 %
Sarthe	16,56%	16,20 %
Vendée	15,82 %	17,31 %
Pays de la Loire	100 %	100 %

Des inégalités de qualité de vie s'ajoutent aux précédentes du fait de diverses incapacités (difficultés visuelles, auditives, gestes de la vie). A 35 ans un cadre supérieur peut espérer vivre 34 ans sans incapacité, contre 24 pour un ouvrier, soit respectivement 73% et 60% de la suite de leur vie. A 60 ans, les problèmes fonctionnels courants occupent 45% de l'espérance de vie des cadres et 62% celle des ouvriers. On peut parler de double peine pour les ouvriers par rapport aux cadres supérieurs : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.

Les inégalités sociales de mortalité sont aussi plus importantes en France que dans d'autres Pays d'Europe, particulièrement pour les hommes. Ainsi, entre 1980 et 1989, sur 11 pays européens, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapportés à celui des travailleurs

non manuels était de 1,7 en France vs 1, en Finlande, 1,4 en Angleterre et Pays de Galles, 1,4 en Suède et inférieur à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Italie, Espagne, Portugal).

Ces inégalités sociales de santé trouvent leurs origines dans les déterminants multiples qui s'accumulent depuis la petite enfance tout au long de la vie, et qui touchent l'environnement physique et social, les conditions de vie et de travail, mais aussi l'accès et le recours à la prévention, aux soins et aux dispositifs d'accompagnement, ainsi que la discrimination que certains subissent dans la prise en charge<sup>ix</sup>.

Par ailleurs, les déficits croissants des finances sociales (- 9,7 Mds€ en 2008 et -24,6 Mds€ attendus en 2009) s'accompagnent d'une augmentation continue de la part des coûts



## ANNEXES



restant à la charge des patients, aggravant les inégalités socio-économiques de santé et augmentant la fréquence du renoncement aux soins parmi les populations les plus vulnérables. En 2004, 13% des adultes (16% des femmes versus 11% des hommes) déclaraient avoir renoncé aux soins au moins une fois pour des raisons financières dans l'année.

L'étude de l'IRDES<sup>xx</sup> confirme l'importance d'un fort gradient social associé à « l'état de santé déclaré ». Ainsi, les ménages d'ouvriers et d'employés se déclarent en plus mauvaise santé que les cadres et les professions intermédiaires. On déclare plus fréquemment une maladie ou un problème de santé plus on a un faible revenu, un faible niveau d'instruction ou une situation d'inactivité ou de chômage et en particulier pour les maladies chroniques<sup>xxi</sup>.

Tout comme l'étude « HID<sup>xxii</sup> » qui confirme aussi le poids des déterminants sociaux et montre que les chances de récupérations deux ans après un problème fonctionnel (physique, sensitif ou cognitif) étaient plus importantes chez les personnes diplômées, sans doute grâce à un meilleur accès de ces derniers aux aides techniques ou à la rééducation<sup>xxiii</sup>.

La prise en compte de ces données permet de mieux comprendre, l'importance de divers dispositifs de prévention, de réhabilitation, de rééducation, relevant du champ de l'ARS. Par ailleurs, ces dispositifs concourent par certains de leurs services ou de leurs actions à faciliter cet accès à des populations graduellement socialement moins favorisées, et pas seulement à quelques groupes identifiés en grande exclusion.

Plus généralement il semble que la santé ne peut se décrire comme un « état statique » mesurable mais comme un processus dynamique d'accumulation tout au long de la vie, dont l'étude de l'IRDES se fait récemment l'écho en montrant que les conditions de vie dans l'enfance contribuent plus aux inégalités sociales de santé que les styles de comportements individuels. Il s'agit donc de prendre en compte la part importante que prennent les dispositifs de socialisation initiale, hors champ de l'ARS comme l'éducation nationale, mais relevant de son périmètre comme les dispositifs de repérage et d'accompagnement des questions de santé de la petite enfance ou les actions du secteur associatif sur le soutien à la parentalité.

### Un système de soins, performant mais qui peut aggraver les inégalités.

De tous temps, les principaux progrès en matière de santé l'ont été principalement par l'amélioration des conditions de vie et d'environnement. Encore aujourd'hui dans de nombreux pays, la santé est principalement déterminée par le développement socioéconomique d'un pays, y compris entre certains groupes sociaux au sein des pays dits « développés ». Cependant le système de soins n'est pas le moindre des déterminants de santé. Ses performances sont indéniables et ont connu un développement prépondérant au cours du XX<sup>e</sup> siècle grâce aux progrès scientifiques et à une accessibilité au système rendue possible par les lois de sécurité sociale, prolongées plus récemment par la Couverture Maladie Universelle.

L'accessibilité au système a donc un impact important sur l'état de santé. Des études décrivent de façon détaillée le renoncement aux soins (entre autres pour raisons financières : 49% pour les soins dentaire, 18% pour les lunettes et 9% pour les soins de spécialistes) et l'absence de complémentaire santé qui reste le principal facteur de renoncement.

Trois états<sup>xxiv</sup> sont autant de situations de précarité semblant plus particulièrement faire obstacle à l'accès à ces droits et donc l'accès à la santé :

- l'état de **pauvreté** qui concerne notamment des populations telles que les sans-domicile-fixe (SDF), les demandeurs d'emploi ou les travailleurs pauvres (dont certains sont SDF) ;
- l'état de **dépendance** qui concerne notamment les populations telles que les personnes âgées ou en situation de handicap ;
- l'état de **relégation** qui concerne notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant.

Le parcours de soin de chaque individu au sein du système n'est pas à négliger, car le traitement peut être différencié selon la situation sociale<sup>xxv</sup>.

Enfin la répartition territoriale de l'offre de soin impacte aussi la santé des Ligériens.





### Des disparités territoriales

Des disparités persistent entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine-et-Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée.

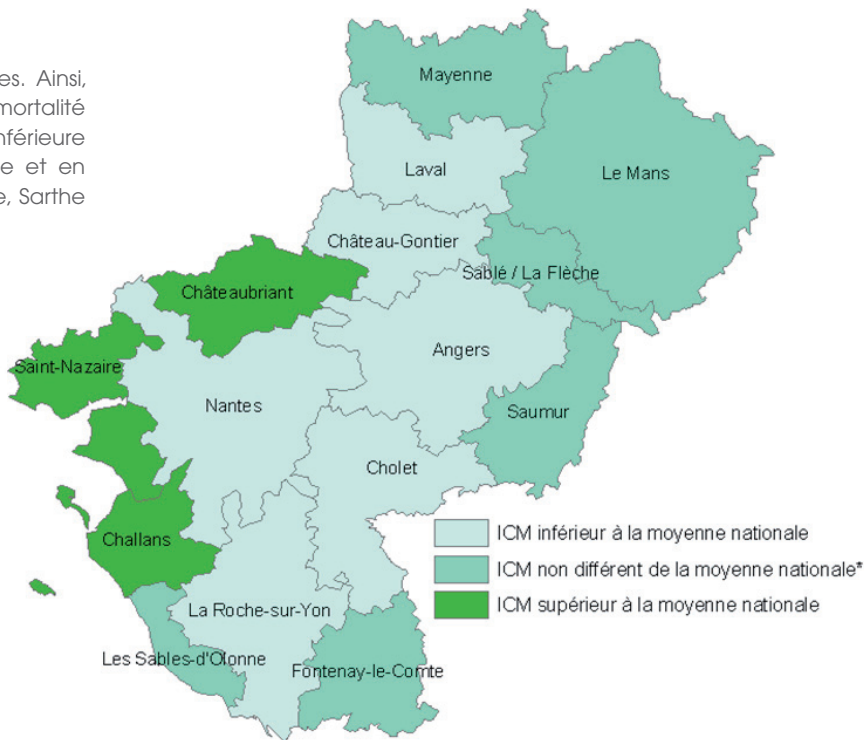


Figure 1 Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé - Pays de la Loire (moyenne 1996-2000) (Source: ORS Pays de la Loire)

Comme en France, la mortalité prématurée évitable a cependant régressé sensiblement dans chacun des départements de la région comme le montre le tableau suivant :

Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée évitable par actions sur les comportements (pour 100 000 habitants)

	moyenne 1997-1999	moyenne 2001-2003	moyenne 2005-2007
Loire-Atlantique	83,1	76,8	68,3
Maine-et-Loire	74,0	69,4	61,5
Mayenne	71,9	69,9	59,9
Sarthe	86,2	78,8	71,0
Vendée	78,8	78,6	70,6
Pays de la Loire	79,8	75,1	66,8

L'évaluation du Plan régional de santé publique a montré la nécessité d'investir d'avantage sur la dimension territoriale de la prévention en santé.



## ANNEXES



### L'environnement physique un déterminant majeur de l'état de santé

Les risques sanitaires liés à l'environnement plus souvent « subis » que « acceptés »

Aux XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles, l'amélioration des conditions de vie (habitat, assainissement, hygiène...) a constitué un élément clé de l'allongement assez rapide de l'espérance de vie et des progrès enregistrés en termes de santé de la population.

Toutefois, malgré la diminution des expositions de type aigu liée aux rejets industriels moins bien maîtrisés qu'actuellement dans les années 50-60, cette dynamique doit être nuancée, sous l'effet d'une exposition croissante ou, simplement, durable à un certain nombre de polluants et substances nocives. Cette menace prend la forme d'une conjonction d'expositions chroniques à faible doses : pollution atmosphérique dont l'impact non négligeable sur les pathologies cardio-pulmonaires a été démontré<sup>(xvii)</sup>, contamination des eaux par les nitrates et pesticide et des sols (accumulation de métaux lourds, composés organiques nocifs, conséquences des activités industrielles...). Elle est source de nouvelles inégalités, avec la création de zones d'expositions cumulées et des contrastes entre zones urbaines / rurales / littorales. Ainsi, la région qui se situe au deuxième rang pour son activité agricole et au quatrième pour l'industrie, est maillée par des ressources en eau fragilisées, et marqué par la présence de zones industrielles à risque :

- Poids du secteur agricole : la région est classée au deuxième rang au niveau national avec 29500 exploitations principalement d'élevage bovins et hors sol ainsi que des cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, horticulture). Il est à noter la fragilité des ressources en eau par rapport aux rejets agricoles (nitrates et pesticides),
- 4<sup>ème</sup> région industrielle : importance des rejets atmosphériques principalement situés en Basse Loire (par exemple la raffinerie de Donges pour les composés organiques volatils et le dioxyde de soufre, la centrale électrique de Cordemais pour les oxydes d'azote).

Problématique côtière : 141 sites de baignade sur le littoral et 57 en eau douce, 50 sites de pêche à pied de loisirs, impact du tourisme sur les problématiques d'hygiène du milieu

L'ampleur et la sévérité de ces expositions sont incertaines, compte-tenu de la diffusion rapide et à grande échelle de certaines de ces substances (nuages toxiques, contamination accidentelle des réseaux d'eau potable), de leur capacité à se fixer durablement dans l'organisme, de la multiplication des composants chimiques.

Les efforts de surveillance sanitaire de l'environnement développés depuis plusieurs décennies ont montré leur efficacité pour prévenir ces situations et doivent être poursuivis.

Par ailleurs, il est établi que les populations vulnérables du fait de leur âge ou de leurs conditions sociales sont plus exposées aux risques environnementaux (femmes enceintes et nourrissons et substances chimiques, jeunes et musique amplifiée, habitat indigne etc.).

Il convient également de citer une demande sociale sur les risques émergents (champs électromagnétiques, substances reprotoxiques, nanoparticules) et dont les conséquences sur l'état de santé ne sont pas stabilisées aujourd'hui. La perception de ces risques est génératrice de peurs collectives liées aux incertitudes et dont les retentissements sur la santé physique et mentale peuvent être notables.

Les résultats du baromètre santé-environnement 2007 (ORS) montrent que par rapport au niveau national, les ligériens s'estiment mieux informés que les français sur certains thèmes (qualité de l'eau, pollution des sols) et sont donc moins inquiets à l'égard des risques collectifs et individuels. Toutefois, des inégalités environnementales sont notées :

personnes âgées : sentiment d'information, risques collectifs élevés, risques individuels et ressenti plus faibles

milieux sociaux défavorisés : moindre information, méconnaissances, moindre représentation des risques associée à un moindre ressenti (risque monoxyde de carbone, peintures au plomb, légionelles, pollution de l'air et du sol)

Inversement, certains risques établis sont peu connus du grand public. C'est le cas de l'impact de la qualité de l'air intérieur avec un cocktail de polluants multiples ou bien le cas du radon qui est la deuxième cause de mortalité par cancer du poumon<sup>(xviii)</sup>. La région est caractérisée dans chacun des départements par des zones géologiques favo-





rables à l'émission de radon, résultant de la radioactivité naturelle (2<sup>ème</sup> cancérigène pulmonaire après le tabac en France, avec 5% à 13% des cas de décès par cancer du poumon attribuables au radon).

Ainsi, il existe une déficience de l'appropriation par le public, notamment les populations socialement défavorisées, des risques environnementaux pour les relativiser avec l'ensemble des déterminants de santé et permettre un discernement raisonné des conduites et attitudes à tenir.

Par ailleurs, le poids de l'environnement au travail est loin d'être négligeable. On estime que 15% de la part des asthmes sont d'origine professionnelle. Parmi les trois millions de personnes en France qui seraient exposés aux substances cancérigènes, les ouvriers sont les plus exposés<sup>xxxviii</sup>. En Pays de la Loire, 25 % des ouvriers sont exposés à des produits cancérigènes contre seulement 4,4 % des salariés des autres catégories socioprofessionnelles (cadres, professions intermédiaires, employés).<sup>xxxix</sup>

## CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SUR L'OFFRE EN SANTÉ

### L'augmentation attendue du nombre de personnes atteintes de maladie chronique

Les trente dernières années sont marquées par une « transition épidémiologique » où l'on passe du poids des maladies infectieuses au développement de maladies chroniques.<sup>xxx</sup> Cette transition s'explique d'abord par le vieillissement de la population. En France comme au niveau régional, un habitant sur trois aura plus de 60 ans en 2030 (soit 50% d'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans), contre un sur cinq actuellement.<sup>xxxi</sup> En Pays de la Loire, il y aura 134 300 habitants de plus de 85 ans en 2030 contre 90000 aujourd'hui. On estime que le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer progressera de 36 500 cas actuels à 55 000 en 2020.

Les progrès des techniques médicales comme l'amélioration des dépistages précoces, des traitements augmentant les durées de vie de patients atteints de pathologies (cancer...) conduisent à l'augmentation du nombre de personnes atteints de maladies chroniques. Or la prise en charge des maladies chroniques nécessitent, au-delà des soins, de nouvelles pratiques plus transversales et intersectorielles<sup>xxxii</sup> de tous les acteurs de la santé. Ceci d'autant que les maladies chroniques se traduisent fréquemment sous forme de polyopathologies notamment chez les personnes âgées.

### Une évolution marquante de la société avec, vis-à-vis du système de soins, des demandes et des attentes nouvelles de la population.

Cette évolution est conjointe à des évolutions marquantes de la société : montée de la précarité sociale, modification profonde des habitudes de vie et accroissement des facteurs de risque liés aux modes de vie (alimentation, sédentarité, etc.), nouvelles expositions, dégradation des conditions

de travail et des environnements, avec de nouvelles expositions, sans que la part plus individuelle ou collective de ces risques « subis » ou « choisis » soit toujours facile à démontrer.

L'ensemble des secteurs de la société est marqué par un souhait d'une meilleure prise en compte des besoins, des demandes et des désirs exprimés par les individus eux-mêmes, individuellement ou collectivement.

Le droit à la santé s'est considérablement transformé avec un droit à l'information et à la participation des usagers à toutes les décisions qui ont des conséquences sur leur santé. Individuellement la loi reconnaît un droit à l'accès au dossier médical jusqu'au consentement éclairé dans les décisions thérapeutiques. Les associations d'usagers sont de plus en plus impliquées dans les lieux de décisions du système de soins (CA des Hôpitaux ou des Agences sanitaires, commissions multiples en santé publique). Les associations de consommateurs s'emparent de nombreux sujets pour influencer sur des décisions d'ordre économiques ou politiques dont les conséquences peuvent entraîner des dommages importants sur la santé de la collectivité.

Par ailleurs, on note une forte attente sociétale en termes de protection sanitaire et d'accès aux progrès techniques. Le principe de précaution est aujourd'hui inscrit dans la constitution et concerne souvent des questions de santé. Le succès d'Internet n'épargne pas la santé qui reste l'un des sujets les plus traités sur la toile. La foison de forums sur la santé et des questions médicales illustre l'envie des Français de s'informer et de comprendre les tenants et aboutissants de la santé. Cependant la confiance n'est pas aveugle... et la dernière crise sanitaire lors de la grippe H1N1 a montré la difficulté et la complexité des attentes et des comportements de toute la société.

### Notes de fin - bibliographie

- I Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? Santé Publique, 2008, Suppl.3 : S9-S17.
- II DRESS. L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la Loi relative à la politique de santé publique. Paris, La Documentation française, 2007.
- III Communication publique : éléments d'états des lieux et principaux enjeux en Pays de la Loire, décembre 2009. ORS Pays de la Loire.
- IV Santé observée 2007, ORS Pays de la Loire
- V Jagger C et al. Inequalities in healthy life year in the EU in 2005 : a cross-national meta-regression analysis. Lancet (2008) 372 : 2124-2131
- VI Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.
- VII Santé observée 2010, ORS Pays de la Loire
- VIII Infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline dans les établissements de santé, France 2005-2008, Invs, décembre 2009
- IX VIH et sida. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2008. ORS. [http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/sida/2008vihsidabilan\\_nov2009.pdf](http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/sida/2008vihsidabilan_nov2009.pdf)
- X Lang T. La santé se construit dans un environnement social. Questions de santé publique 2009, 7, 1-4.
- XI Dr JY Dubré, Les facteurs de risques psycho-sociaux liés au travail, CRS 27 novembre 2009
- XII Pascal J, Sambuc R, Lombrail P. Etat de santé des Français. In : Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D. Traité de Santé Publique, Paris 2007, Flammarion- Médecine science, 203-208.
- XIII Beck F, Guibert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Saint Denis, INPES, 2007.
- XIV Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes, Bien être et qualité de vie. Paris : Dunod, 2002
- XV Life skills for psychosocial competence. In : Life skills education in schools. Genève : OMS, 1993.
- XVI Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain 2007.
- XVII Pauwels A, Janne P, Reynaert C. De différents modèles de croyance envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis-à-vis de la santé. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1999, 9 :
- XVIII Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F. Traité de Prévention Paris 2009, Flammarion- Médecine science, 14-19.
- XIX Lombrail, Lang
- XX Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierr A. Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensibles. Question d'économie de la santé - IRDES, 2007, 117 : 1-6.
- XXI Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Etudes et résultats-DRESS, 2005 : 1-12.
- XXII Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.

- XXIII Cambois E, Lièvre A. Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête HID. *Etudes et résultats-DRESS*, 2004, 349 : 1-12.
- XXIV Égaux devant la santé : une illusion ? Du droit à la santé et de l'accès aux soins des populations vulnérables. Avril 2010. Collectif Inter associatif Sur la Santé.
- XXV Lang T. Journées de Santé Publique, Québec, Nov. 2008.
- XXVI Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), impact sanitaire de la pollution atmosphérique, <http://www.afsset.fr/index.php?pageid=1013&parentid=424>
- XXVII O Catelinois et al. Lung cancer attributable to indoor radon exposure in France, *Environ. Health Perspect.* 114(9) : 1361-6, 2006
- XXVIII Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? *Santé Publique*, 2008, Suppl.3 : S9-S17.
- XXIX Guignon N. Enquête « SUMER 2001-2002 » (surveillance médicale des risques professionnels). Documents pour le médecin du travail 2001 ; 86 : 161-5
- XXX Questionnements et propositions sur la politique de santé en France, Société française de santé publique, février 2002
- XXXI INSEE
- XXXII Huard P, Shaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins* 2010, 41, 237-247.