

# CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE



Ce document établi par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire présente le Cadre d'Orientation Stratégique du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire.

Il constitue l'un des documents du Projet Régional de Santé prévu à l'article L1434-2 du Code de la Santé Publique.

Cette version en date du 2 février 2018 est soumise durant 3 mois à la consultation réglementaire prévue à l'article R1434-1 du Code de la Santé Publique.

## Table des matières

Le mot du directeur général de l'agence régionale de santé .....	5
Les enjeux de santé dans les Pays de la Loire.....	7
D'un Projet Régional de Santé à l'autre, le chemin parcouru .....	13
Les défis que nous allons relever.....	17
Notre vision. Où nous voulons être en 2028.....	29
Le Projet Régional de Santé, porteur de la stratégie nationale de santé dans la région .....	34
Le PRS, une ambition, deux enjeux.....	35
Cinq priorités régionales de santé .....	35
Deux principes de promotion de la santé .....	36
Une méthode de mise en œuvre .....	36
Horizon 2028 : Six orientations stratégiques structurent nos objectifs opérationnels pour 2022.....	37
<i>Orientation stratégique 1</i> La santé dans toutes les politiques favorisant la réduction des inégalités de santé .....	39
<i>Orientation stratégique 2</i> Le citoyen, l'utilisateur acteur de sa santé et de son parcours de santé .....	42
<i>Orientation stratégique 3</i> : Promouvoir collectivement l'autonomie dans une société inclusive .....	43
<i>Orientation stratégique 4</i> Accéder aux soins et aux accompagnements utiles et adaptés, au bon moment au bon endroit .....	44
<i>Orientation Stratégique 5</i> Des acteurs coordonnés sur les territoires pour mettre fin au parcours d'obstacle .....	46
<i>Orientation Stratégique 6</i> Développer une stratégie de déploiement de l'innovation .....	48
Depuis la conception jusqu'aux résultats, l'évaluation du projet régional de santé .....	51
Les livrets du PRS.....	52



## Le mot du directeur général de l'agence régionale de santé

### **La santé est un bien précieux.**

Parfois, nous n'y pensons que lorsque nous l'avons perdue. Pour autant, la préserver est un investissement durable pour chacun/e d'entre nous et pour notre avenir. Les Français l'ont bien compris et placent désormais la santé parmi leurs premières préoccupations.

Les Ligériens sont très majoritairement satisfaits de leur système de santé, preuve de l'excellence et de l'engagement des professionnels de santé, ainsi que d'une qualité de vie favorable en Pays de la Loire. Mais ils expriment des préoccupations, objets de leurs attentes parmi lesquelles l'accès à un médecin traitant, l'attention portée aux territoires éloignés, le parcours d'obstacle pour cheminer dans le système de soin ou pour trouver une réponse devant une situation de handicap ou de perte d'autonomie d'un enfant, d'un parent, l'éventualité de devoir renoncer à des soins, l'exposition à des risques pour la santé dans l'environnement quotidien.

Ces préoccupations s'inscrivent dans le champ d'action de l'ARS et de ses partenaires, qu'il s'agisse de la démographie médicale, des inégalités sociales et territoriales, du parcours de santé à améliorer, de l'attention à apporter aux personnes vulnérables, des risques

environnementaux et sanitaires, ... C'est notre devoir d'y répondre, de poursuivre et d'amplifier le chemin parcouru jusqu'alors, dans la continuité du premier PRS.

### **Améliorer et préserver la santé, tout en veillant à ce que la réponse soit sûre, de qualité, mieux coordonnée, innovante et pour chaque usager, est notre ambition.**

Ce deuxième projet régional de santé, déclinaison de la stratégie nationale de santé impulsée par la ministre des solidarités et de la santé, mais adapté aux besoins de la région, a vocation à répondre à ces défis.

L'ADN de ce PRS est la promotion de la santé et l'accompagnement à la transformation de l'offre de santé.

Mieux prévenir, innover, faciliter les parcours de vie entre santé et social, proposer aux acteurs de santé de travailler ensemble dans des coopérations « gagnant/gagnant », rendre plus pertinente, efficiente et sûre l'offre de santé, libérer les initiatives et les énergies dans les territoires, prendre soin des professionnels de santé, rendre chaque usager et ses aidants partenaires et acteurs de sa santé,... sont autant d'enjeux que nous porterons ensemble pour les cinq années à venir.

Ce projet met également en avant également les priorités que nos analyses partagées ont mises en lumière et que nous souhaitons porter. Priorités en faveur de la promotion de la santé des jeunes, de la santé mentale, d'une société plus inclusive pour les personnes en situation ou en risque de perte d'autonomie, et de la prévention et la lutte contre les addictions. Chaque priorité et chaque action portera une attention pour celles et ceux des plus précaires, en solidarité et respect de la dignité.

Pour finir, je souhaite renouveler mes remerciements aux acteurs de la démocratie sanitaire et à son président, qui ont travaillé avec nous dans un esprit constructif et confiant ; à tous les partenaires qui y ont contribué de façon concrète et très professionnelle. Et bien entendu aux équipes de l'ARS, pour leur engagement et leur humanisme.

Vive la santé publique !

Jean-Jacques COIPLLET





# Les enjeux de santé dans les Pays de la Loire

*L'analyse présentée dans ce chapitre est une synthèse de documents élaborés en préparation du PRS. D'une part, avec l'ORS pour la publication concernant l'état de santé de la population<sup>1</sup> (accessible en ligne sur le site de l'ARS et de l'ORS). D'autre part, avec le département observation analyse de l'ARS et ses partenaires, dont l'INSEE, pour la publication concernant les enjeux démographiques et les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Enfin, avec les directions métier de l'agence pour la publication des livrets concernant l'évaluation des besoins sanitaires et médico-sociaux.*

## **Une croissance démographique dynamique**

La population actuelle des Pays de la Loire est estimée à 3,6 millions d'habitants. Son taux de croissance annuelle, qui a atteint 0.8 % entre 2007 et 2012<sup>2</sup>, est supérieur à la moyenne France métropolitaine (0.5 % par an) et représente 30 000 habitants supplémentaires par an. Si cette dynamique se poursuit, la population régionale devrait croître de 12 %, soit d'environ + 440 000 habitants entre 2012 et 2027, pour atteindre les 4 millions d'habitants. Les cinq départements seraient

<sup>1</sup> ORS Pays de la Loire. 2017. La santé des habitants des Pays de la Loire. 303p.

<sup>2</sup> Le recensement de la population est désormais continu. L'étude des dynamiques et les projections de population demandent de s'appuyer sur des chiffres consolidés. En 2017 les données consolidées les plus récentes correspondent à 2012.

concernés par cette progression, mais elle serait surtout marquée en Vendée (+17 %) et en Loire-Atlantique (+14 %).

## **Un vieillissement de la population accru par l'attractivité du territoire**

La population âgée de plus de 65 ans a connu une forte croissance entre 2007 et 2012 (+8.7 % ; +52 000 personnes). Cette tendance se poursuivra à l'horizon 2027 : la population de cette tranche passerait de 645 000 aujourd'hui à 925 000 personnes (+ 280 000) en 2027. La population des 65 ans et plus représenterait 23 % de la population régionale contre 18 % actuellement. Cette croissance serait la plus marquée en Vendée. Les personnes âgées de plus de 90 ans représentent aujourd'hui 34 000 personnes. Elles seraient 66 000 en 2027, avec donc un quasi-doublement prévu en 15 ans.

## **Des fragilités sociales, marqueurs des inégalités territoriales**

Les facteurs familiaux, sociaux, culturels sont aujourd'hui bien identifiés comme des déterminants majeurs de l'état de santé de la population. Près de 12 % des jeunes qui ont quitté le système scolaire sont sans diplôme. Dans les Pays de la Loire, le niveau de vie médian est proche de la moyenne métropolitaine (respectivement 19 485 € et 19 550 € par an). Les niveaux de vie plus élevés sont rencontrés dans les premières couronnes des grands pôles urbains et

localement sur le littoral résidentiel. Les habitants des zones éloignées des aires urbaines ont un niveau de vie médian plus faible, en raison du moindre niveau des salaires (cadres sous-représentés).

En 2012, le taux de chômage régional (9.1 %) est légèrement inférieur au taux national (10.2 %), plus élevé dans les grandes villes, sur la partie Est du Maine-et-Loire et en Sarthe. Le littoral vendéen présente un taux de chômage élevé dû au caractère saisonnier de l'emploi. Le taux de pauvreté est parmi les plus faibles de France métropolitaine (10.7 % contre 14.3 %) mais près de 400 000 personnes sont concernées. Les jeunes de moins de 30 ans sont les plus touchés par cette pauvreté avec un taux de 17.2 %. Elle est plus importante en volume et en fréquence au sein des grandes villes, et dans certains secteurs : l'Est du Maine-et-Loire, le Nord de la Mayenne, le Sud Vendée. Le département de la Sarthe est le plus touché de la région.

Le taux de familles monoparentales, plus souvent exposées à la pauvreté, est en hausse depuis plusieurs décennies, 6.5 %, ce qui reste toutefois faible par rapport au taux national. A tout âge, l'isolement constitue un facteur de fragilité sociale, notamment chez les personnes âgées. Actuellement, 40 % des 213 000 personnes de 80 ans et plus comptent les Pays de la Loire vivent seules à leur domicile. 19 % d'entre elles vivent dans une communauté, principalement en établissement d'hébergement pour personnes

âgées. Cette proportion, nettement supérieure à la moyenne nationale (14 %), varie de 17 % en Sarthe à 21 % en Vendée.

**Qualité de l'air intérieur, logement indigne, ressource en eau vulnérable et dégradée, usage important des phytosanitaires : quatre déterminants régionaux de santé prioritaires.**

La qualité de l'environnement intérieur, notamment la qualité des logements et de l'air intérieur, constitue une préoccupation de santé publique. Dans la région, environ un quart des logements est construit avant 1946. La proportion de ces vieux logements est plus importante dans les territoires ruraux, notamment en Mayenne, en Sarthe, au nord du Maine-et-Loire et à l'est de la Vendée. C'est également en Mayenne et dans la Sarthe que sont repérées les proportions les plus élevées de logements potentiellement indignes de la région. On estime ainsi à 54 230 le nombre de logements potentiellement indignes dans la région en 2013.

L'inhalation du radon, un gaz radioactif d'origine naturelle, accroît le risque de développer un cancer du poumon. L'exposition domestique au radon serait responsable de 5 % à 12 % de ces cancers. En raison de sa situation sur le socle granitique du massif armoricain, la région Pays de la Loire est particulièrement exposée au radon. Ainsi, 85 % des communes de Loire-Atlantique, 50 % des communes de Maine-et-Loire, 75 % de celles de la Mayenne, 15 % de celles de la Sarthe et 65 % de celles de la Vendée présentent une probabilité de présence de radon à des niveaux élevés dans les bâtiments.

Dans les pays industrialisés comme la France, l'eau potable est un produit de consommation courante particulièrement sûr grâce à l'existence de systèmes performants de traitement et de contrôle tout au long du système de production et de distribution. Cette sécurité sanitaire est néanmoins perfectible et c'est l'un des enjeux majeurs du nouveau plan régional santé environnement qui prévoit le développement de plans de gestion de la sécurité sanitaire à l'échelle des structures en charge de l'alimentation en eau. En Pays de la Loire, l'eau potable est produite majoritairement à partir d'eaux de surface (Loire notamment), plus fragiles et difficiles à protéger, et in fine davantage dégradées que les eaux souterraines, notamment vis-à-vis des pesticides. Ces enjeux sont particulièrement marqués au regard de l'importante activité agricole et agroalimentaire qui constitue le 1er secteur économique de la région. 9 cours d'eau sur 10 ne sont pas conformes aux exigences réglementaires de bon état écologique des milieux. En 2012, la consommation des 20 pesticides les plus utilisés a représenté 3 000 tonnes de matière active pulvérisée sur les terres agricoles

**Une espérance de vie régionale qui progresse au même rythme qu'en France, mais un écart hommes-femmes encore très marqué**

L'état de santé des habitants des Pays de la Loire est globalement favorable, et ces derniers le perçoivent comme tel, puisque 79 % d'entre eux se déclarent en bonne ou très bonne santé, proportion proche de la moyenne nationale. Malgré une évolution

positive, l'espérance de vie des hommes de la région (79 ans) reste significativement inférieure à celle des femmes (86 ans).

**Des indicateurs de santé longtemps plus favorables en Pays de la Loire mais dont l'avantage tend à s'amenuiser.**

Les maladies cardiovasculaires constituent les problèmes de santé parmi les plus fréquents dans la population ligérienne. Elles représentent près d'une admission en Affection de Longue Durée (ALD) sur trois.

Les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité avant 65 ans. La part des décès prématurés reste toutefois très minoritaire par rapport aux décès survenant au-delà de 65 ans (92 % dans la région). Les Pays de la Loire bénéficient toutefois d'une position assez favorable, la fréquence régionale des décès cardiovasculaires chez les hommes comme chez les femmes demeurant globalement inférieure à la moyenne nationale dans toutes les classes d'âge.

Cet avantage régional pouvait par le passé être rapproché du moindre tabagisme observé dans la région, et d'habitudes nutritionnelles plutôt plus favorables. Sur les années les plus récentes, il tend toutefois à se réduire en lien avec l'homogénéisation des comportements à risque.

**Une mortalité prématurée en recul, mais qui reste préoccupante et pour partie évitable, en lien avec la consommation d'alcool**

Malgré un recul au cours de la dernière décennie et un niveau légèrement inférieur à la moyenne nationale, la mortalité prématurée

reste à un niveau préoccupant. Dans la région, 1 décès sur 5 concerne une personne de moins de 65 ans, avec 1 décès sur 4 chez les hommes et 1 décès sur 8 chez les femmes. Chez les hommes de 18-24 ans la situation est préoccupante avec une mortalité supérieure de 20 % à la moyenne nationale.

Un tiers des décès prématurés, soit environ 2 000 par an, pourraient être évités car en lien avec des facteurs de risque accessibles à la prévention. Par rapport à la moyenne nationale, la population masculine de la région présente une surmortalité prématurée évitable de 14 %, notamment en lien avec les conséquences de la consommation excessive d'alcool.

### **Un poids croissant des maladies chroniques et de la multi-morbidité**

Environ un tiers des Ligériens ont eu en 2014 un recours aux soins en rapport avec une pathologie. Actuellement, 15,6 % des assurés du régime général sont en ALD. Ce taux, inférieur à la moyenne nationale, est plus élevé pour les hommes, notamment dans les tranches d'âge élevées. Par ailleurs, les données nationales révèlent la fréquence des situations de multi-morbidité chez les personnes âgées : 29 % des hommes et 17 % des femmes de 70 à 74 ans cumulent au moins deux pathologies prises en charge. Ces situations de multi-morbidité apparaissent plus fréquentes dans les territoires les moins favorisés sur le plan socio-économique. Ce gradient social apparaît dès 30 ans et augmente rapidement jusqu'à 60-64 ans.

La morbidité a un impact fort sur le recours aux soins, en ville et à l'hôpital. Actuellement,

1 Ligérien sur 6 est hospitalisé en court séjour au moins une fois dans l'année. Entre 2009 et 2015, le taux de recours aux services de médecine-chirurgie-obstétrique a progressé de 1,3 % par an, mais seulement de 0,5 % après standardisation pour la structure d'âge. Cette progression du taux comparatif de recours de la population régionale est désormais plus marquée qu'au plan national

### **Déficiences, limitations d'activité, handicap : des situations plurielles**

L'état de santé peut aussi être appréhendé à travers les déficiences qui peuvent atteindre les fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques des individus. Elles peuvent provoquer des limitations d'activité et de participation sociale, voire une perte d'autonomie, qui peuvent être à l'origine de situations de handicap.

En 2014, 22 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent être limités depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans leurs activités habituelles, dont 6 % se disent fortement limités. Ces proportions, relativement proches de celles observées au plan national, augmentent avec l'âge. Elles atteignent respectivement 49 et 16 % chez les personnes qui déclarent un problème de santé chronique.

A partir des données de l'enquête nationale Handicap santé 2008 et de celles concernant les personnes en institution en région, il est possible d'estimer à au moins 176 000 le nombre d'adultes en situation de handicap ou de dépendance en Pays de la Loire aujourd'hui.

### **Des indicateurs de périnatalité favorables, à préserver**

Les Pays de la Loire restent une des régions les plus fécondes de France avec 42 000 naissances par an. L'âge moyen des mères continue d'augmenter et se situe maintenant à 30,3 ans. Un enfant sur 5 naît d'une mère âgée de plus de 35 ans. Ce facteur constitue un déterminant majeur en santé périnatale puisqu'il impacte le risque de grossesse multiple - en lien avec le recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) - et influe sur le risque de naissance prématurée (6,0 % dans la région) et de petit poids (6,5 %).

Le mode de vie des parents impacte également fortement le risque de naissance prématurée, de manière directe à travers certaines complications de la grossesse, mais aussi indirectement à travers les problématiques d'infertilité et de recours à l'AMP. À cet égard, les enjeux liés à la réduction des affections métaboliques (obésité, diabète) et du tabagisme maternel sont majeurs.

Sur 1 000 enfants, près de 300 sont hospitalisés au moins une fois dans l'année, et plus de 500 passages sont dénombrés dans les services d'urgences de la région. Près de 120 enfants de moins d'un an décèdent chaque année dans la région. Ce nombre a diminué de moitié depuis 25 ans.

La situation régionale pour l'ensemble de ces indicateurs reste cependant favorable. Les enjeux de la surveillance en santé périnatale et du soutien à la parentalité n'en demeurent pas moins importants, notamment pour les classes sociales les plus fragiles.

### **Des adolescents et des jeunes plus touchés qu'ailleurs par le suicide et des consommations de substances psychoactives préoccupantes**

Les 1-17 ans représentent, avec 800 000 enfants, plus d'une personne sur cinq dans la région et leur effectif devrait atteindre 850 000 à l'horizon 2027. Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé, c'est à cette période de la vie que se construit pour une large part leur santé future, et leur environnement social et familial joue alors un rôle important.

Les accidents, de la vie courante et de la circulation, constituent un risque fréquent et grave (handicap, décès) et constituent la première cause de mortalité dans cette classe d'âge.

Plus de 20 000 Ligériens de moins de 20 ans (soit 2,6 % d'entre eux) sont en ALD pour une maladie chronique. Avec 4 400 jeunes concernés, les troubles mentaux et du comportement sont le plus souvent en cause (autisme, retard mental... et à partir de 15 ans, troubles psychotiques, de l'humeur et de l'alimentation). Les situations de détresse psychologique, relativement fréquentes chez les adolescents, peuvent se traduire de façons très diverses (états dépressifs, conduites suicidaires, prises de risque notamment au volant, usage des substances psychoactives...). Il existe dans ce domaine des spécificités selon le sexe, les filles se situant plutôt du côté du mal-être, des troubles dépressifs, des idées de tentatives de suicide, et les garçons plutôt du côté de l'agi (addictions, prises de risque, violence contre

soi-même ou autrui...). La région présente une surmortalité par suicide, également marquée chez les 15-17 ans.

Les habitudes de consommation de substances psychoactives des jeunes ligériens sont préoccupantes. L'usage d'alcool régulier et/ou en grande quantité chez les jeunes est nettement plus répandu en Pays de la Loire qu'en France.

La fréquence du tabagisme quotidien, qui concerne plus d'un Ligérien de 17 ans sur trois, augmente et apparaît en 2014 supérieure à la moyenne nationale. La consommation régulière de cannabis est à la hausse, comme en France.

La surcharge pondérale concerne 9% des enfants de 5-6 ans dans la région, et varie du simple au double selon les catégories sociales. Bien qu'inférieure à la moyenne nationale (12 %), cette proportion est importante compte tenu de l'impact potentiel sur l'état de santé présent et futur de ces jeunes enfants.

Entre 18 et 24 ans, accidents, suicides, troubles mentaux et du comportement, et usage de substances psychoactives sont au premier plan.

La situation régionale est très défavorable pour les suicides, avec une surmortalité de près de 50 % par rapport à la moyenne nationale. Les troubles mentaux et du comportement sont au premier plan des maladies graves chez les jeunes adultes, constituant le principal motif d'admission en ALD entre 20 et 24 ans (34 % des admissions).

C'est aussi dans cette classe d'âge que la fréquence des consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) est la plus élevée. Ces consommations peuvent constituer des manifestations de situations de détresse psychologique. Elles sont susceptibles d'impacter la santé des jeunes à court terme, notamment à travers les accidents, mais également si elles s'installent. Ces consommations suivent globalement une tendance à la hausse chez les jeunes de la région.

### **Troubles mentaux, cancers, affections cardiovasculaires et diabète, enjeux régionaux de santé des adultes.**

Les principaux enjeux observés chez les 18-24 ans se retrouvent chez les 25-49 ans : accidents de la route, mais aussi à partir de cette classe d'âge accidents de la vie courante, suicides, troubles mentaux avec un poids croissant des troubles dépressifs.

Les cancers sont à l'origine chaque année de plus de 2 000 admissions en ALD et de 400 décès chez les 25-49 ans, ce qui représente 27 % de la mortalité de cette classe d'âge. Les localisations les plus fréquentes sont chez les hommes les voies aérodigestives supérieures (VADS) - en lien avec les habitudes d'alcoolisation dans la région où la mortalité des hommes de cette tranche d'âge dépasse de 29 % la moyenne nationale - et le poumon, et chez les femmes le sein et à un moindre degré le poumon.

**Fragilité et risque de perte d'autonomie, conséquence des maladies chroniques des personnes âgées, compromettent la vie souhaitée à domicile et sollicitent le système de soins et les dispositifs d'accompagnement.**

Près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus sont en ALD en raison d'une maladie nécessitant un traitement long et coûteux. Cette proportion atteint 59 % chez les 75 ans et plus et 74 % chez les 90 ans et plus. La fréquence des situations de multi-morbidité à ces âges nécessite une prise en charge complexe, en particulier en termes de coordination des différents professionnels de santé, et présente des risques en termes d'interactions médicamenteuses (iatrogénie).

Les déficiences liées à ces affections chroniques et au vieillissement peuvent toucher les fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. De plus en plus fréquentes, elles génèrent progressivement une perte d'autonomie. Actuellement, la région compterait 85 000 personnes âgées dépendantes, et ce nombre dépasserait 100 000 à l'horizon 2030.

Les personnes âgées de 75 ans et plus (10 % de la population) mobilisent fortement le système de soins : 15 % des actes de médecins généralistes libéraux, 23 % des actes de masso-kinésithérapie et 59% des actes de soins infirmiers. Cependant, alors que les besoins de soins buccodentaires des personnes âgées sont importants, et que les troubles dans ce domaine constituent un facteur de risque de dénutrition, le recours aux chirurgiens-dentistes ne progresse pas avec

l'âge. De même, la prise en charge de la déficience auditive reste insuffisante, en lien notamment avec des restes à charge élevés.

Enfin, les altérations cognitives des personnes âgées sont largement sous-diagnostiquées alors qu'elles sont souvent en cause dans les chutes, la dénutrition, les problèmes sociaux et facteurs de prolongement de la durée de séjour hospitalier.

Les passages aux urgences des personnes âgées sont fréquents, avec un taux qui avoisine 360 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, et 630 pour 1 000 personnes de 90 ans et plus. Et le taux d'hospitalisation après ces passages atteint respectivement 61 % et 67 %. 36 % des Ligériens de 75 ans et plus sont hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) au moins une fois dans l'année.

A partir de 75 ans, les maladies cardiovasculaires deviennent prépondérantes. Elles constituent la première cause de mortalité des Ligériens de 75 ans et plus. La morbi-mortalité liée aux cancers reste également très importante, le cancer de la prostate et le cancer colorectal voyant notamment leur poids augmenter.

Les troubles mentaux et du comportement apparaissent de façon marquée à partir de 75 ans. Chez les 75-89 ans, 4 % des Ligériens sont en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autre démence, et cette proportion atteint 14 % au-delà de 90 ans.

Les chutes sont chez les personnes âgées une source majeure de séquelles physiques, de fragilisation et de perte d'autonomie. Chez les 75 ans et plus, la proportion de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année pour fracture du col du fémur - marqueur de la morbidité par chute des personnes âgées - a diminué de 1,6 % par an dans la région entre 2009 et 2015. Par contre, sur cette période, la mortalité par chute des 75 ans et plus est restée stable.

Dans les années qui viennent, au regard de l'importance des besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées, le vieillissement nécessitera une adaptation majeure de l'organisation du système de santé et médicosocial.



# D'un Projet Régional de Santé à l'autre, le chemin parcouru

## **Une mobilisation de l'ensemble des acteurs pour promouvoir la santé des Ligériens autour des contrats locaux de santé - CLS :**

Démarche nouvelle et innovante, outil de santé publique territoriale, les contrats locaux de santé conclus entre les collectivités territoriales et l'ARS, 19 signés sur la période, ont permis de mobiliser les acteurs et consolider les partenariats locaux autour d'un projet commun en santé. Il crée des synergies pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

## **Des initiatives innovantes de prévention et de promotion de la santé qui s'appuient sur des méthodes qui ont fait la preuve de leur efficacité :**

Le programme de développement des compétences psychosociales 'en santé à l'école' est en passe d'être généralisé avec les partenaires de l'éducation nationale. Trois évaluations d'impact en santé confirment l'engagement de la région dans cette démarche de santé publique pionnière en France, autour de l'aménagement d'un quartier à Angers, autour de l'intégration urbaine d'une maison de santé à Nantes, autour du risque d'inondation par submersion dans l'île de Noirmoutier. Deux postes de conseillers médicaux en environnement intérieur ont été créés pour intervenir dans l'ensemble de la région. Un poste d'ingénieur en charge de la prévention de la légionellose a été créé par mutualisation des moyens de 55 EHPAD de la région.

## **Des avancées majeures dans le domaine de l'eau d'alimentation :**

Mise en place de périmètres de protection des ressources en eau avec 92 % de captages protégés en 2015 en région (71 % national). 15 des 38 usines sollicitant l'eau de surface ont été modernisées, à Nantes, Le Mans, Cholet et Saumur. Un programme de contrôle des risques liés au chlorure de vinyle monomère dans les anciennes canalisations en plastique PVC a permis de réaliser plus de 10 000 prélèvements sur 4 ans.

## **La montée en charge du modèle pluri-professionnel de soins primaires et du travail en équipe pour répondre au défi démographique :**

L'exercice pluri-professionnel regroupé et coordonné s'est fortement développé. Le maillage du territoire en Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) témoigne de cette dynamique. De 5 en 2010, la région compte 73 MSP début 2017. Celles qui ont atteint un niveau de maturité élevé créent une dynamique positive sur leur territoire, tant sur le plan de l'attractivité des jeunes professionnels, que sur l'amélioration de la coordination des acteurs autour du patient. Des partenariats forts ont été engagés afin d'améliorer la coordination des politiques publiques (assurance maladie, conseil régional, conseil départemental, ...) et de proposer un accompagnement des professionnels à toutes les étapes et dans toutes les composantes de leur projet (en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé - URPS - et l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux - APMSL).

## **Des territoires et des professionnels innovants devant la difficulté : afin de réduire le délai de prise en charge des patients et pallier le manque d'ophtalmologistes :**

Les professionnels Sarthois ont mis en œuvre un protocole de coopération entre les orthoptistes et les ophtalmologistes dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques pour la patientèle du cabinet. L'agence a accompagné cette initiative et fait reconnaître le dispositif au niveau national. Ce protocole a permis de réduire le délai de prise en charge et permis de libérer du temps médical pour que l'ophtalmologiste se consacre davantage aux nouveaux patients et aux cas les plus complexes. A fin 2016, près de 50 professionnels ont adhéré à ce protocole ; près de 10 000 patients ont pu en bénéficier ainsi que les 3 territoires les plus en difficulté de la région (Sarthe, Mayenne et Vendée).

### Un virage ample vers la pratique ambulatoire en particulier en chirurgie :

La prise en charge d'une seule journée (le patient ne reste pas hospitalisé la nuit) est devenue largement majoritaire (environ 60 % des prises en charge en chirurgie). La région des Pays de la Loire, rattrapant son retard (+16 points depuis 2010) est aujourd'hui la première de France pour le taux de ses interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire. Ce type de prise en charge largement plébiscité par les patients permet un retour à domicile plus rapide, réduit les risques d'infections, permet un gain d'efficacité dans les organisations ainsi qu'une réduction des coûts pour les établissements. Des pratiques moins invasives sont développées par les professionnels, le patient se remet de l'intervention plus rapidement.



### Un rattrapage du retard régional en équipements et matériels lourds qui prolonge la recomposition de l'offre des établissements hospitaliers initiée en 1999 :

Les taux d'équipement en scanner et IRM ont sensiblement augmenté depuis 2012 (+19,5 % pour les scanners et +57,7 % pour les IRM). Depuis 2012, 8 scanners, 13 IRM, une gamma caméra et deux TEP scans ont été installés. Il convient enfin de noter le renforcement des dynamiques de coopération entre les acteurs du public et du privé avec 5 GIE créés et 5 GIE réactivés. Au-delà de ce rattrapage, la démarche initiée depuis le 2ème Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en 1999, qui a vu se regrouper les cliniques dans les agglomérations, l'offre de soins se structurer en pôle public privé dans les villes moyennes, et mettre en œuvre quelques réalisations d'envergure dans la région, a été prolongée. Les projets alliant les ressources du privé et du public ont été poursuivis afin d'offrir une offre de soins pérenne sur le territoire et optimiser les équipements.

### La réduction des inégalités territoriales d'équipement médico-social couplé au soutien financier pour améliorer l'accessibilité financière et limiter le reste à charge pour le résident :

La mise en œuvre des objectifs du 1er projet régional de santé, à travers la programmation des réponses nouvelles notamment par les appels à projets et par des opérations d'adaptation de l'offre, a permis la création d'environ 1 300 places supplémentaires pour les personnes en situation de handicap. Ces projets ont été développés prioritairement sur les territoires déficitaires ce qui a permis de réduire significativement les inégalités territoriales d'accès à l'offre. Par ailleurs, sur le secteur personnes âgées, près de 500 places d'EHPAD ont été redéployées en faveur des territoires les plus déficitaires. Sur le secteur médico-social, 34 appels à projets ont été lancés et 4 appels à candidatures. Sur la période, 111 M€ ont été investis pour limiter l'impact sur le prix de journée en EHPAD.

### Le lancement de chantiers régionaux portés par des valeurs partagées :

Signature de la charte Romain Jacob par 49 partenaires, acteurs en santé sous l'égide de l'ARS le 2 juin 2016 sur la base d'un plan d'actions régional co-élaboré par l'ARS et la CRSA pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Lancement d'un programme régional de soins palliatifs pour la promotion d'une culture palliative partagée entre tous les professionnels et établissements de la région.

### **La promotion de la santé c'est également favoriser le 'prendre soin les uns des autres' et favoriser l'entraide mutuelle :**

Le développement des groupes d'entraides mutuelles (GEM), 25 en région, pour les personnes en situation de handicap a permis de lutter contre l'isolement, a favorisé les échanges et les rencontres afin d'œuvrer à la socialisation ; et a permis de rendre les personnes actrices de leur projet.

### **Des innovations organisationnelles au service de parcours de santé moins chaotiques :**

Des comités d'intégration des acteurs et des projets – CIAP - réunissent les acteurs sur chaque territoire pour identifier et résoudre les obstacles au parcours de santé, le déploiement de l'application via-trajectoire oriente les parcours entre les établissements de la région et vers le domicile, la plateforme QIMED rend effective la mise en œuvre de la télémédecine.

### **Une gouvernance régionale au service de la coordination des politiques publiques afin de gagner en efficacité :**

Mise en œuvre chaque année d'une feuille de route partenariale de prévention coordonnant les actions de multiples champs qui concourent à l'amélioration de la santé. Coordination des politiques publiques médicosociales à travers le comité stratégique territorial qui rassemble les décideurs et financeurs sur chacun des cinq territoires de la région.

### **Une région reconnue pour son engagement dans l'expérimentation :**

Expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé pérennisés dans la nouvelle convention médicale. Expérimentation d'un modèle innovant d'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), qui repose sur une délégation de gestion et une forte responsabilisation dans la gestion de l'enveloppe budgétaire des acteurs libéraux. Après évaluation, cette expérimentation a été pérennisée et constitue aujourd'hui l'un des modèles offerts par le code de la santé publique. Test grandeur nature en Mayenne du prototype d'organisation des parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Expérimentation d'infirmière de nuit en EHPAD pour prévenir les hospitalisations évitables. Quatre expérimentation de soins psychiatrique intenses à domicile qui répondent aux urgences et préviennent les situations de crises au plus près des lieux de vie pour éviter les hospitalisations. Expérimentation d'équipes d'appui en adaptation réadaptation pour soutenir la vie à domicile en prévenant le risque de perte d'autonomie au sein même du domicile.

De nombreuses expérimentations ont été conduites pour améliorer les parcours des personnes en situation de handicap : fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) en dispositif, appels à projets innovants et expérimentaux pour des réponses médico-sociales personnalisées privilégiant le milieu ordinaire.

### **Un PRS de première génération innovant qui a permis d'anticiper la stratégie nationale de santé et dont la génération suivante devra toujours mieux associer les partenaires et mieux piloter sa mise en œuvre, et son évaluation.**

Pilotage de la mise en œuvre des objectifs et association accrue des partenaires lors de l'élaboration du PRS de deuxième génération sont deux recommandations parmi celles issues de l'évaluation du premier PRS. Si le rythme soutenu des travaux de conception du premier PRS avait bousculé des instances de démocratie tout juste mises en place, les cinq années de mise en œuvre qui ont suivi ont été marquées par une montée en maturité de la démocratie sanitaire. Les travaux de conception du PRS 2018-2022 se sont largement appuyés sur la conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui rassemble les principaux partenaires de l'ARS, acteurs et détenteurs d'enjeux.



## Les défis que nous allons relever

**Le défi des maladies chroniques et du vieillissement : conçu dans les années 50 pour répondre à des épisodes de santé aigus, le système de santé doit préparer la médecine de parcours du 21<sup>ème</sup> siècle.**

Année après année, l'espérance de vie continue de s'allonger. L'amélioration continue des conditions de vie en est la raison, combinée avec une meilleure prévention, une prise en charge meilleure et plus précoce des facteurs de risques puis des maladies chroniques elles-mêmes et enfin de leurs conséquences. Cet allongement de la durée de la vie explique également une probabilité accrue de révéler une ou plusieurs maladies chroniques, l'âge avançant. Un tiers des ligériens a eu recours aux soins en relation avec une maladie chronique, 15 % des ligériens sont en affection longue durée pour une maladie chronique. Un tiers des hommes de 70 à 74 ans cumulent au moins deux pathologies prises en charge. La prévention, la prise en charge des facteurs de risque des maladies chroniques et de leurs conséquences pèsent sur le système de soin et nécessitent l'intervention simultanée ou coordonnée de différents professionnels de santé et intervenants du champ social et médicosocial. Faute de quoi, le parcours de soins, devient vite un parcours d'obstacle pour les personnes les plus vulnérables et épuise les aidants. Or notre système de santé conçu initialement pour répondre à des épisodes de santé aigus est peu préparé à répondre efficacement à ce besoin accru de coordination et de coopération pluri-professionnelle et intersectorielle.

Le cloisonnement des financements et des modalités de régulation des prestataires entre les établissements de soins privés et publics, les professionnels de santé libéraux, et les établissements et les services médico-sociaux ne facilite pas leur coordination faute d'incitants à des ajustements d'ensemble. Certes, des dispositifs de coordination ont vu le jour. Pour autant, ils sont eux-mêmes cloisonnés par les logiques sectorielles ou financières. Leur convergence dans les territoires de proximité est désormais reconnue comme un défi à relever.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a montré<sup>3</sup> que *'la maîtrise de l'écart de pente' structurel entre la croissance des dépenses de l'assurance maladie et la croissance du PIB [dont dépend] l'équilibre durable des comptes de l'assurance maladie passe impérativement, par une organisation territoriale qui favorise la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle et qui inscrit le soin dans une logique de santé globale, l'acte curatif et l'acte technique étant intégrés à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux. Le meilleur exemple en étant donné par l'amélioration possible des parcours de prise en charge des personnes très âgées, poly-pathologiques et fragiles'*.

---

<sup>3</sup> Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *'Assurance maladie et perte d'autonomie'*, rapport adopté le 23 juin 2011.

Aux difficultés de coordination des parcours de soins, s'ajoutent des difficultés d'accès aux soins non programmés qui conduisent à des renoncements aux soins. Une autre option est le recours aux services de garde ou aux services d'accueil des urgences lorsqu'il n'y a pas de plage disponible pour des soins non programmés auprès de médecins aux agendas remplis par les rendez-vous de suivi d'une patientèle croissante de malades chroniques.

**Le défi de l'accès aux professionnels de santé : une démographie des professionnels de santé préoccupante dans certains territoires et pour certaines spécialités.**

Ces difficultés surviennent dans un contexte d'évolution préoccupante de la démographie des professionnels de santé. Alors que le nombre absolu de professionnels de santé n'a jamais été aussi élevé, les projections de départ en retraite des médecins généralistes font apparaître des territoires fragiles.

Sur la période 2007/2016, la hausse de la densité de médecins généralistes est de +1,3 % en Pays de la Loire alors que l'on observe une diminution de 8,4 % au niveau national.

Néanmoins cette situation cache des disparités infrarégionales. Il y a toujours de fortes inégalités de répartition des professionnels de santé au sein de la région et les écarts se creusent entre les départements et entre les territoires infra départementaux auxquelles tentent de remédier les initiatives de

regroupement des professionnels de santé. Sur les 205 bassins de vie que compte la région, la population de 21 bassins de vie n'a potentiellement accès en moyenne qu'à 2,5 consultations par an et par habitant alors que la moyenne nationale est de 4 (mesuré par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée - APL). La Sarthe, la Mayenne, et la Vendée sont moins bien dotées que le Maine et Loire et la Loire-Atlantique.

Un nombre croissant d'usagers expriment des difficultés d'inscription<sup>4</sup> chez un médecin traitant ou d'accès à d'autres professionnels kinésithérapeutes ou chirurgiens-dentistes...

Sans surprise, les départements de la Mayenne et de la Sarthe, ainsi que certaines zones vendéennes sont caractérisés par des patientèles importantes et une suractivité des médecins. Le nombre moyen d'actes par médecin et par département, toutes spécialités confondues, varie de 4 782 en Maine et Loire à 5 816 en Mayenne. Certains territoires infra-départementaux sarthois dépassent les 7 000 actes annuels par médecin quand d'autres territoires de la région sont aux alentours de 4 000 actes par médecin.

Les zones urbaines sont également concernées par les difficultés démographiques alors qu'elles n'avaient été que peu prises en compte jusqu'ici dans les dispositifs mis en

---

<sup>4</sup> En octobre 2015, une étude réalisée par l'assurance maladie a révélé qu'en moyenne 10 % des ligériens sont dépourvus de médecin traitant, sans que l'on puisse repérer des écarts significatifs entre les territoires. Ce chiffre est conforme à la moyenne nationale

place. Trois agglomérations de la région sont particulièrement touchées (Laval, Saumur et Le Mans).

Il apparaît clairement que les problématiques d'attractivité de certains territoires ne concernent pas uniquement les professionnels de santé mais sont plus globales, concernant l'ensemble des activités économiques et les enjeux d'aménagement du territoire. C'est pourquoi les solutions envisagées doivent être co-construites en synergie avec les autres partenaires, en particulier des collectivités territoriales.

L'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et les conditions d'exercice des professionnels de santé jouent également un rôle majeur. En effet, l'évolution des aspirations des jeunes professionnels a pu être observée, notamment à travers différents panels. Il en ressort que les jeunes souhaitent s'installer dans un territoire qui offre un cadre de vie attractif permettant notamment le travail du conjoint, un équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, un parcours professionnel diversifié, un exercice pluri-professionnel ou a minima regroupé, un accès aisé aux avis spécialisés et aux plateaux techniques et le lien maintenu avec la faculté.

Du côté des spécialistes, la perception est celle d'un déficit de professionnels alors même que paradoxalement la France et la région Pays de la Loire n'auront jamais formé autant d'internes de spécialités médicales et chirurgicales qu'en 2016.

Cette évolution majeure est liée à 3 phénomènes concomitants. Une augmentation du délai de rendez-vous pour les

consultations spécialisées libérales perçue par les patients comme le reflet d'une offre de soins spécialisés saturée ou insuffisante. Une évolution des pratiques et de l'exercice professionnel des médecins libéraux spécialistes avec une diminution du nombre d'actes moyens par médecin et de leur patientèle moyenne pour les nouvelles installations (on observe des différences régionales moyennes de 50 % ?? si l'on compare des médecins installés de moins de 40 ans avec ceux de 60 ans et plus). Enfin, une évolution de la démographie des médecins spécialistes et de l'attractivité du secteur libéral. L'installation en libéral n'apparaît plus aussi attractive que par le passé. Les internes qui se forment dans des spécialités auxquelles le patient peut accéder directement et qui s'orientent habituellement en libéral, sont pour la plupart sur une dynamique de diminution, affectant la densité de professionnels en Vendée, en Mayenne et en Sarthe.

Ces évolutions sont amplifiées à la baisse par une forte part de professionnels libéraux de plus de 55 ans dans certaines spécialités comme la cardiologie ou l'ophtalmologie. Et s'accompagne d'une 'métropolisation' avec la concentration de l'offre de soins spécialisés dans les grandes villes. 70 % des spécialistes sont installés dans les sept plus grandes villes de la région, 50 % dans les trois plus grandes, à proximité des plateaux techniques.

Les professions médicales ne sont pas les seules concernées. Pour les professions de santé paramédicales, il est constaté un déficit important de professionnels aggravant des ruptures dans le parcours de prise en charge. La cartographie régionale a permis d'identifier

un certain nombre de métiers tels que aides-soignants, aides médico-psychologiques, kinésithérapeutes, ou encore orthophonistes), en tension.

Les principales actions engagées depuis 6 ans s'articulent autour de l'accompagnement du renforcement de l'appareil de formation médical et paramédical, de la mise en œuvre d'aides à l'installation, sur l'aide à l'exercice en plusieurs lieux et enfin du déploiement d'organisations et de pratiques innovantes. Afin d'optimiser le temps médical, renforcer l'offre de santé sur certains territoires et diminuer les délais d'accès aux soins, l'ARS a autorisé des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Notamment, l'engagement de l'agence dans la promotion de protocoles de coopération relatifs à la filière visuelle depuis 2013 se traduit aujourd'hui par un déploiement de nouvelles pratiques dont les premiers effets sur les délais d'attente et l'accès aux soins se font sentir sur les territoires les plus en difficulté. La loi de modernisation du système de santé offre des opportunités en promouvant et en accompagnant le développement des pratiques avancées pour les métiers paramédicaux.

**Le défi de l'autonomie et de l'inclusion : soutien à la vie à domicile, inclusion sociale en situation de handicap.**

Si la majorité des personnes âgées vivent à domicile jusqu'à l'âge de 90 ans, le plus souvent seules au-delà de 80 ans, la proportion régionale de personnes âgées dépendantes vivant à domicile est nettement plus faible que la moyenne nationale. Ainsi, sur

les 64 000 Ligériens bénéficiant de l'allocation personnalisée autonomie (APA), 41 % vivent à domicile contre 58 % au plan national.

Alors même que 90% des Français préfèrent adapter leur domicile plutôt que d'avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade<sup>5</sup>, la part de personnes âgées de plus de 75 ans vivant en institution dans la région est la plus élevée de France (13,1 % contre une moyenne nationale de 9,7 %<sup>6</sup>) avec une très forte proportion en Vendée (> 30 %).

Cette tendance à l'institutionnalisation s'explique par un taux d'équipement important en EHPAD : 133 places pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est à 100 places. Et inversement, par un taux d'équipement en établissements non médicalisés et en SSIAD à 18,5 places pour 100 000 habitants, inférieur à la moyenne nationale qui est de près de 20 places<sup>7</sup>, avec un ratio régional d'1 place de SSIAD pour 7 places d'EHPAD en moyenne<sup>8</sup>.

Une analyse globale de l'offre, médicalisée et non médicalisée, montre une corrélation entre une proportion élevée de résidents relevant des deux catégories de moindre dépendance accueillis en EHPAD et un taux d'équipement plus faible en structures non médicalisées<sup>9, 10</sup>.

Si la proportion de résidents les moins dépendants dans les EHPAD a diminué dans la région sous l'effet des orientations du PRS, (de 20,5 % de l'ensemble des résidents en 2012 à 17,1% en 2014)<sup>11</sup>, elle demeure atypiquement élevée au regard de la moyenne nationale (3 %)<sup>12</sup>.

Inversement, parmi les personnes appartenant aux deux catégories les plus dépendantes, seules 4 % et 21 % respectivement vivent à domicile dans la région, soit des proportions très inférieures à la moyenne nationale qui est respectivement de 13 et 35 %.

Or la région va connaître une croissance de l'ensemble de la population. Parmi elle, la population âgée de plus de 75 ans augmentera de 130 000 personnes de 2012 à 2027, soit une hausse de 2,1 % par an, plus marquée en Vendée (+2,6 % par an) et en Loire-Atlantique (+2,3 % par an)<sup>13</sup>. Ce vieillissement de la population devrait se traduire par la forte augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (106 000 personnes seraient dépendantes en 2030, soit une augmentation de 45 % en 20 ans)<sup>14</sup>. Cette évolution rend indispensable l'adaptation de l'offre médico-sociale dans un contexte de contrainte financière forte.

<sup>11</sup> Source : comptes administratifs 2012 à 2014

<sup>12</sup> Source : CNSA, les soins en EHPAD, bilan 2013-2015

<sup>13</sup> Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes âgées, DOA, décembre 2016

<sup>14</sup> Etude INSEE – ARS Pays de la Loire, Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030, février 2012

Compte tenu du levier que représentent les déséquilibres de l'offre en région aux dépens des services, une double dynamique doit être relancée. D'une part, de redéploiement de places d'EHPAD vers des places de SSIAD et autres dispositifs d'aide à domicile sur les territoires les plus institutionnalisés et, d'autre part, d'orientation des missions des EHPAD sur l'accompagnement de personnes âgées les plus dépendantes, et plus particulièrement souffrant de troubles cognitifs compromettant la vie à domicile.

Si la majorité des personnes les moins dépendantes étaient à l'avenir accueillies en établissement non médicalisé ou accompagnées à domicile par des services, alors l'offre d'EHPAD de demain, à condition de s'y préparer, serait en mesure d'apporter des réponses adaptées pour faire face à la croissance attendue du nombre de personnes âgées les plus dépendantes. Cette offre permettrait alors de disposer d'un plateau complémentaire de ressources pour soutenir la vie à domicile sous des modalités d'accompagnement diversifiées, accueil de jour, hébergement temporaire, accueil de nuit, accueil en urgence, EHPAD à domicile.

Pour faciliter la vie à domicile, cette dynamique doit se compléter notamment du renforcement de l'accompagnement des aidants par la restructuration et l'optimisation de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Enfin, la coordination des politiques publiques doit favoriser l'adaptation des logements aux besoins des personnes vieillissantes, mais aussi l'aménagement des quartiers des villes et des territoires ruraux, avec le

développement de services qui favorisent la mobilité, le lien social, et la mixité générationnelle.

Le secteur médicosocial a son rôle à jouer. Pour autant, c'est en réalité toute l'organisation de la société qui doit y contribuer. C'est tout l'enjeu de l'adaptation de la société au vieillissement de la population.

Le plus important est de créer les conditions d'un vrai libre choix des personnes âgées et de leur entourage parce que la préférence pour continuer à vivre à son domicile aura été rendue possible et la perte d'autonomie prévenue, et qu'une offre d'accompagnement de qualité en EHPAD aura été rendue disponible lorsque la dépendance devient trop pesante.

A cet égard, la réponse au défi du vieillissement n'est pas seulement une question d'ajustement des équipements en services et en établissements. La prévention de la perte d'autonomie, est essentielle. Elle doit porter sur les quatre principaux facteurs de risque de perte d'autonomie : iatrogénie, mauvaise nutrition, chutes et dépression. Ce doit être la responsabilité de tous les acteurs depuis le repérage de la fragilité, en passant par le signalement et l'interpellation réciproque des différents acteurs intervenant auprès de personnes âgées, pour permettre leur intervention coordonnée dans un système qui doit être le plus intégré possible.

La prise en compte de l'adaptation des logements au vieillissement constitue un levier important d'accompagnement de la politique d'aide au soutien à la vie à domicile. En particulier, il est important de bien articuler

l'ensemble des leviers disponibles que représentent la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les aides de l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH).

Concernant les personnes en situation de handicap, l'évaluation finale du PRS-2012-2016 note que la politique de réduction des inégalités territoriales d'offre dans le champ du handicap a été menée avec rigueur et que les objectifs fixés dans le PRS sont atteints (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Toutefois, elle n'épuise pas la question de la réponse aux besoins faute d'une connaissance suffisamment fine de ceux-ci.

L'ambition de l'inclusion dans la vie sociale, au cœur de la loi de 2005<sup>15</sup>, qui affirme le droit pour les personnes en situation de handicap de définir leur projet de vie et de bénéficier des mesures de compensation et d'accompagnement qui permettent sa réalisation, reste entière. Les décisions du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016 traduisent la nécessité de soutenir une dynamique de développement et d'adaptation de l'offre existante dans une approche plus souple et plus inclusive afin de mieux répondre aux besoins des personnes et de leurs proches. Elle concerne aussi bien l'habitat que l'enseignement et le travail, la culture et les loisirs, les innovations numériques ou encore l'accès aux droits, aux soins et aux accompagnements.

---

<sup>15</sup> LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La mission 'Une réponse accompagnée pour tous', qui fait suite au rapport 'Zéro sans solution' de juin 2014, vise à offrir à toute personne en situation de handicap en attente d'un accompagnement médico-social, ou en risque de rupture de parcours, une première réponse concrète même si elle ne correspond pas encore à l'orientation souhaitée.

Cette démarche implique une évolution majeure à la fois en matière d'orientation, d'évolution de l'offre d'accompagnement vers une meilleure réponse territorialisée, et le renforcement de la participation des personnes concernées dans les prises de décision les concernant.

L'enjeu de l'inclusion est particulièrement important dans le champ du handicap psychique. Par ailleurs, les mesures du quatrième plan autisme s'inscriront dans le projet régional. La réhabilitation psychosociale et la possibilité d'offrir des soins intenses à domicile sont deux approches qui ont fait la preuve de leur efficacité pour éviter les hospitalisations des personnes souffrant de troubles psychiques ou réduire leur durée. La pair-aidance et les groupes d'entraide mutuelle également. Mais c'est l'ensemble de l'environnement social qui doit être en capacité d'intervenir en proximité, les conseils locaux de santé mentale et les projets territoriaux de santé mentale reposant sur un diagnostic partagé sont déjà initiés dans chaque département en anticipation du projet régional.

#### **Encadré 1 : l'évolution régionale de l'offre médico-sociale des personnes en situation de handicap.**

1 289 places supplémentaires ont été créées depuis 2010, soit une évolution de 13 %, 781 places pour enfants et 508 places pour adultes. Les inégalités territoriales d'accès à l'offre ont été réduites significativement. Mais ces évolutions sont hétérogènes selon les départements ligériens. La dotation en € par habitant a augmenté de +7 % en Loire-Atlantique et de +42 % en Vendée. Le Maine-et-Loire reste le département le plus doté au regard de sa population.

En termes d'équipements, les départements les plus équipés de la région sont la Sarthe et le Maine et Loire. La Vendée a fait l'objet d'efforts importants de rééquilibrage notamment par la mise en œuvre d'appels à projet, réduisant l'écart du taux d'équipement de 13 % en dessous de la moyenne régionale à 5 % en 2016.

Tous les départements de la région des Pays de la Loire ont une densité d'offre sensiblement supérieure à la moyenne nationale, en particulier en Mayenne et en Vendée. Au total, 3 811 places sont proposées dans la région.

Le taux d'équipement régional pour les enfants (SESSAD et établissements) se situe à 9.7 places pour 1000 habitants de moins de 20 ans, un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (9.5)<sup>16</sup>. La programmation de places nouvelles enfants a été orientée vers la création de places de SESSAD. Une démarche de transformation de places en établissement vers des places de services a été initiée afin d'accompagner les besoins et la demande croissante de scolarisation en milieu ordinaire, répondant à l'objectif du PRS de diversifier l'offre d'accompagnement. La part importante des services d'éducation spécialisée et

de soins à domicile permet d'accompagner les enfants dans leur scolarisation en milieu ordinaire et représentent 42 % de l'offre d'accompagnement pour enfant (31 % au plan national).

Le taux d'équipement régional pour les adultes en services et établissements est légèrement supérieur à la moyenne nationale. Il est supérieur en MAS et FAM (1,66 contre 1,54 au plan national), et en ESAT (3,6 en Pays de la Loire contre 3,5 au plan national). En revanche, l'offre de services d'accompagnement en milieu ordinaire sur le secteur adulte reste plus faible que la moyenne nationale.

Enfin, s'agissant de l'offre financée par les Conseils départementaux (foyers de vie), tous les départements de la Région présentent un taux d'équipement au-dessus de la moyenne nationale.

#### **Le défi d'un système de santé plus responsable, davantage tourné vers la qualité et la pertinence : Gagner en efficacité, évoluer sans cesse pour s'adapter et améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes.**

Pour préserver son caractère solidaire, régulièrement réaffirmé par toutes les parties prenantes, le système de santé doit rester soutenable.

Rappelons que ces dernières années, l'Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a évolué plus vite que notre richesse nationale. Les dépenses de santé en région représentent 10,2Mds d'euros en 2016, soit 5 % des dépenses nationales.

Ce sont les raisons pour lesquelles, les contraintes financières qui pèsent sur le système de santé et de solidarité nous

<sup>16</sup> Source statiss 2015

imposent d'engager la responsabilité de chaque acteur participant à notre système de santé.

Jusqu'ici notre région a une dépense en santé en € par habitant inférieure au niveau national (2 717 € Vs 3 036 €). Cependant, certaines dépenses connaissent des dynamiques plus importantes et certains recours posent question. Enfin certains actes inutiles pourraient être supprimés : actes réitérés lors d'un changement d'établissement, lors d'un passage de la ville à l'hôpital ou encore au sein d'un même établissement. L'approche médico économique et l'évaluation doivent être systématisées.

Cependant les mesures d'économie seules, à système constant, ne suffiront pas à abaisser la pente de croissance naturelle des dépenses. L'intérêt pour cela d'une approche coordonnée, décloisonnée, à la fois sanitaire et sociale, facilitant des parcours sans obstacle a été souligné dans les recommandations du HCAAM<sup>17</sup>. L'approche au parcours devra être poussée également afin de prendre en compte l'ensemble des coûts. Il s'agira de faire évoluer les modèles de financement pour qu'ils incitent à la qualité et à la pertinence des soins (tarification au parcours ou à l'épisode de soins), et non pas seulement au volume d'activité.

Pour mettre en œuvre le principe du juste soin, une approche par la pertinence des soins

---

<sup>17</sup> Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 'Assurance maladie et perte d'autonomie', rapport adopté le 23 juin 2011

définie comme 'La bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient' doit être assurée.

Elle impliquera le patient qui sera incité ainsi que les professionnels à discuter davantage de la balance bénéfique/risque des prescriptions ou des actes tels que les interventions chirurgicales.

Elle s'appliquera à toutes les étapes du parcours qu'il s'agisse de la démarche diagnostique, de l'orientation dans le système, de la prise en charge thérapeutique ou de l'organisation des suites et du suivi. Se poser constamment la question de la pertinence des soins est le moyen d'améliorer la qualité des soins dans une démarche de médecine basée sur les preuves et sur les chemins cliniques, d'en assurer la sécurité et de rechercher le meilleur rapport bénéfice risque tout au long du parcours.

Enfin, les nouveaux projets devront intégrer les enjeux de performance, d'articulation avec les autres dispositifs du territoire et d'évolutivité.

La performance et l'efficacité ne concerne pas les seules activités de soins. Les investissements devront également être pertinents et soutenables. Les mutualisations devront être recherchées entre acteurs de santé mais pas seulement (collectivités territoriales, autres acteurs...). Le patrimoine immobilier devra intégrer les enjeux de performance énergétique. Il devra être mieux valorisé et répondre aux enjeux de développement durable. La gestion des déchets devra être optimisée.

Nous devons également engager les acteurs régionaux dans la RSE (Responsabilité Sociale et Environnementale). Les 3 dimensions de la RSE devront être travaillées : la dimension économique (consommation, achat, organisation...); la dimension environnementale (normes accessibilité, bruit..., déchets, gestion, eau, transport, énergies...); et la dimension sociale et sociétale (qualité au travail, relations avec les parties prenantes, développement professionnel, emploi des travailleurs en situation de handicap, appui aux seniors, logique de non-discrimination...)

Le développement durable vise à répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs.

A titre d'exemple, les établissements sont souvent le premier employeur de la ville, entraînent une forte activité économique dans leur environnement et dispose de patrimoine important. Le volet social et sociétal est donc essentiel (amélioration de la qualité de vie au travail, développement des compétences, dialogue social...).

La prise en compte des personnes accompagnées et de leur entourage devra être renforcée.

### **Le défi de l'innovation et des nouvelles technologies : innover pour transformer.**

Les défis posés à notre système de santé comme d'ailleurs aux systèmes de santé des autres pays européens imposent une transformation profonde des pratiques

professionnelles et de l'organisation des soins et des accompagnements. Les problèmes à résoudre sont plus complexes aujourd'hui qu'hier ; les solutions à mettre en œuvre le sont également. Elles le sont parce qu'elles nécessitent beaucoup plus de coopération et de coordination entre de multiples acteurs qui fonctionnaient séparément jusqu'à présent. Et parce que cette évolution se fait sous une double pression. Celle des usagers d'une part qui sont désormais organisés et en mesure d'exprimer des attentes fortes en termes de qualité et sécurité des soins, de droit à l'innovation et de qualité de service et revendiquent d'être mieux associés aux décisions qui les concernent. Celle du contexte économique et de la maîtrise des dépenses publique d'autre part, parce qu'un consensus solide considère que la santé doit relever d'un financement solidaire qui impose une rigueur de gestion pour ne pas peser exagérément sur les finances publiques.

Ces évolutions surviennent par ailleurs dans un contexte de forte accélération des innovations technologiques. Ces innovations entraînent à leur tour le besoin d'évolution de l'organisation du système pour les absorber. Elles apportent en même temps des solutions potentielles avec les nouvelles technologies de l'information pour ne citer que celles-là. A condition toutefois que les organisations prestataires ou régulatrices aient l'agilité requise pour les approprier.

Ces innovations stimulent également l'engagement de nombreux acteurs dans l'expérimentation de nouvelles approches et de nouvelles organisations. L'accompagnement de ces expérimentations, leur évaluation et leur

diffusion et surtout leur intégration dans l'architecture complexe du système de santé, en lui préservant ses valeurs et l'équilibre de ses forces, sont autant de défis pour les autorités de tutelle et autres régulateurs comme pour les financeurs. C'est au niveau des territoires que se déploient les initiatives, c'est au niveau des territoires qu'elles résolvent des problèmes et améliorent les services ou parfois les désorganisent. C'est au niveau du territoire que la gestion du processus d'innovation doit pouvoir être conduite. Pour autant, il doit bénéficier à terme à l'ensemble des territoires. Le potentiel des innovations pour accompagner la transformation du système de santé pourrait se jouer à l'interface entre le terrain en proximité qui prend les initiatives et les institutions régionales qui pilotent le PRS d'une part, et à l'interface entre ces dernières et les institutions nationales qui portent la stratégie nationale de santé d'autre part.

#### **Le défi des inégalités sociales de santé : prévention, promotion de la santé**

Depuis plus de trente ans, les travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS ont accumulé des données qui montrent que la relation entre l'état de santé et la position sociale n'est pas limitée aux groupes les plus défavorisés. Au-delà de ce constat, il existe également un gradient entre les différentes mesures de la position sociale et l'état de santé. En d'autres termes, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. Cette démonstration

constitue un des résultats les plus marquants et les plus robustes en épidémiologie sociale<sup>18</sup>.

Ces travaux ont également montré que les principaux facteurs d'inégalités de santé se trouvent en dehors du domaine d'action dévolu à la santé. En effet, la régulation des conditions de vie et de la distribution inéquitable des richesses et des ressources est assurée par d'autres secteurs d'activité. C'est donc l'ensemble de l'appareil administratif, dans une approche intersectorielle et de coordination des politiques publiques, qui est concerné. Il s'agit de dépasser les cloisonnements entre les administrations publiques. Les commissions de coordination des politiques publiques, de prévention ou du secteur médico-social, animées par l'ARS sont les espaces conçus pour mettre en action ce décloisonnement.

Pour autant, le secteur sanitaire n'est pas exonéré de l'exercice du leadership nécessaire pour la poursuite d'objectifs d'équité en matière de santé. Son engagement est une condition préalable nécessaire pour légitimer la construction de partenariats, le partage des données, l'établissement de stratégies et de plans d'actions et l'évaluation de l'effet des programmes sur les inégalités sociales de santé. La mise en œuvre du PRS repose sur la construction de feuilles de routes partenariales, de plans d'actions, de programmes régionaux partagés où chacun des secteurs prend sa part dans le pilotage d'une ou plusieurs actions

---

<sup>18</sup>Guichard A & Potvin L In Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. ed. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p

auxquelles contribuent les autres, autour d'un jeu d'objectifs communs. C'est le cas de la feuille de route partenariale annuelle de prévention émanant de la commission de coordination des politiques de prévention des Pays de la Loire, ou encore du programme régional santé environnement qui en est à sa troisième édition dans la région.

Malheureusement, si on dispose aujourd'hui d'importantes données faisant état de ces disparités sur des indicateurs multiples de santé, les mesures à entreprendre pour diminuer les inégalités de santé et leur efficacité demeurent largement inexplorées. Cette situation contraste avec le foisonnement des actions entreprises localement auprès des publics défavorisés, programmes qui se donnent explicitement cet objectif mais qui n'en mesurent pas toujours les effets réels, positifs ou négatifs. Or, on sait bien aujourd'hui que la bonne volonté ne suffit pas dans un champ aussi complexe et délicat. Il est donc essentiel de privilégier les principes et les modalités d'intervention qui ont fait scientifiquement la preuve de leur efficacité.

Les travaux sur les inégalités de santé ont également montré que c'est dès la petite enfance que se construisent les inégalités de santé et d'exposition aux risques pour la santé et que ces facteurs s'accumulent tout au long de la vie. Par conséquent c'est très précocement qu'il faut agir : dès la petite enfance en agissant sur la construction de la parentalité, au moment où les enfants sont le plus réceptifs durant leur scolarité pour renforcer les compétences psychosociales leur permettant de maîtriser et réduire les risques

auxquels ils s'exposent en adaptant leurs comportements.

En termes de stratégies d'action, les travaux récents ont également montré que les actions les plus puissantes pour réduire les inégalités de santé sont les actions universelles, c'est-à-dire celles qui s'adressent à l'ensemble d'une population et dont les modalités de mise en œuvre sont conçues pour que leurs effets soient d'autant plus importants sur les populations que celles-ci sont socialement défavorisées. C'est ce que l'on appelle l'universalisme proportionné.

Le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie recommande la mise en œuvre d'évaluations d'impact en santé. Situées en amont du processus de décision, elles sont un outil majeur de la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques, dans le but de réduire les inégalités de santé.

Enfin les recherches en éducation pour la santé montrent qu'une partie importante de la société rencontre des difficultés pour mobiliser les compétences nécessaires à acquérir et comprendre l'information disponible leur permettant d'être autonomes notamment en matière de santé, qu'il s'agisse de l'utilisation des services de santé ou de l'adoption de comportements favorables à la santé. Ce rapport à l'information écrite, imagée ou orale peut être mieux compris grâce au concept de littératie en santé. Les compétences en littératie sont dorénavant identifiées comme

étant un déterminant de la santé<sup>19</sup>. Elles apparaissent également socialement stratifiées. Réduire les inégalités par des interventions de santé relève donc de la capacité du service public ou des intervenants dans le champ de la santé à transmettre une information selon des modalités qui favorisent la participation des citoyens, de tous les citoyens.

### **Le défi de l'exclusion : 'Aller vers' les plus précaires, adapter les réponses à la complexité des situations dans des dispositifs dédiés ou par l'adaptation de l'offre ordinaire**

Il appartient aussi au secteur de la santé de mettre en œuvre les actions nécessaires pour atténuer l'impact des inégalités sociales sur la santé des personnes les plus vulnérables. Ces dernières, en effet, sont aussi celles pour lesquelles l'utilisation des services de soins se situe parmi les plus faibles, alors même que leur état de santé est plus dégradé, leurs besoins plus élevés et ce, en dépit de droits qu'ils ont souvent beaucoup de difficultés à faire valoir.

La précarité, ce sont l'instabilité, la fragilité des situations de vie. La notion de précarité<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> C ; Allaire, J Ruel. 2017 Communiquer pour tous, les enjeux de la littératie en santé - Dossier thématique ; La santé en action N° 440 juin 2017

<sup>20</sup> Wresinski décrit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des

englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aux aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment.

La situation de précarité conduit à l'exclusion, qui prend différentes formes. Elle s'accompagne de stigmatisation. Ainsi la conviction est fortement ancrée d'abus du système de soins par les personnes en situation de précarité alors même que tous les indicateurs montrent qu'elles sous utilisent les services de soins, les utilisent avec retard ou ne s'adressent pas au service adapté à leur besoin, faute de lisibilité ou d'accessibilité de l'offre de service compte tenu de leur situation. Elle s'accompagne de renoncement. Ce renoncement apparaît d'autant plus incompréhensible que le besoin est évident. Il reflète en réalité un échelonnement de priorités propres à la situation de précarité qui ne fait pas de la santé, et encore moins sa préservation, une priorité au regard d'autres dimensions de la survie. Elle s'accompagne de la multiplication d'obstacles administratifs difficiles à surmonter par les professionnels eux-mêmes. En effet, la précarité n'est pas seulement économique, elle est aussi administrative. L'incertitude du lendemain, l'instabilité continue de l'emploi, des revenus, du logement, du statut administratif,

---

conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

lui-même responsable de changements continus de dispositifs d'aide et de droits font du parcours de soins un parcours d'obstacles dissuasif. Autant de facteurs qui s'ajoutent aux obstacles d'accès aux soins rencontrés par tout un chacun, distance, coûts, délais, lisibilité de l'offre.

La lutte contre l'exclusion en matière de santé est conduite depuis 1999 à travers les programmes d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS). Les défis à relever ont été identifiés au fil des années – nous en sommes aujourd'hui à la quatrième génération de PRAPS.

La difficulté d'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité ne tient pas à la situation de précarité en soi, mais à la complexité des situations en raison de la précarité. Elle est en cela superposable à la prise en charge d'autres populations présentant des situations complexes (personnes âgées en perte d'autonomie, handicap psychique, jeunes en grande difficulté) dont la particularité est de relever d'une prise en charge globale qui intègre soins et accompagnement médico-social et social. Or cette intégration ne va pas de soi et mobilise des acteurs qui relèvent de financeurs différents dont le déclassement reconnu nécessaire n'est pas effectif.

L'offre de santé proposée à tout un chacun n'est pas organisée pour ces prises en charge complexes. Pour répondre à cette complexité, des dispositifs dédiés pérennes, réalisant plus ou moins cette intégration ont été créés au fil des années avec les Permanences d'Accès aux Soins, les Lits Halte Soins Santé, les

Appartements de Coordination Thérapeutiques et autres Lits d'Accueil Médicalisés. Des interventions de professionnels de santé dans les lieux d'accueil sociaux ou l'intervention de travailleurs sociaux dans des lieux de soins ont été mises en œuvre même si les conditions de leur financement restent fragiles.

Le défi de l'exclusion des services de soins et de prévention, relève d'une stratégie globale et de mesures à court, moyen et long terme qui structure le PRAPS. D'abord, mettre en œuvre ou consolider sur le territoire les dispositifs dédiés qui répondent à la complexité particulière des prises en charge de soins en situation de précarité. Ensuite, mettre en œuvre ou consolider les principes d'*aller vers* les populations vulnérables les plus éloignées de l'offre. Enfin, accompagner l'adaptation des services et professionnels de santé à une prise en charge intégrée, à la fois sanitaire et sociale des personnes en situation de précarité. Les projets de regroupement de professionnels de santé qui visent une organisation pluri-professionnelle coordonnée des services de santé de premier recours représentent une opportunité pour tracer le chemin. La démarche pourrait s'appuyer sur les principes de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA); en particulier pour mettre autour d'une même table les multiples intervenants du parcours de santé complexe d'une personne en situation de précarité. En dernier lieu, l'association des personnes en situation de précarité à la conception des réponses les concernant est essentielle – même si elle ne va pas de soi - tant les

contraintes particulières à leur situation ne sont souvent connues que d'eux seuls.

### **Le défi de la territorialisation et de la démocratie sanitaire**

Aujourd'hui, le système de santé n'est pas un système ! Il est le théâtre de multiples cloisonnements. Cloisonnement entre institutions en charge de la régulation des acteurs. Cloisonnement entre les établissements, les professionnels et les autres opérateurs du champ de la santé. Cloisonnement des financements entre l'offre de soins publique ou privée, ambulatoire ou en établissement, et selon les différents types de soins. Cloisonnement sur le terrain entre secteur d'appartenance – libéral, hospitalier, médico-social, social - des professionnels qui interviennent pourtant concomitamment auprès des mêmes personnes.

Ces multiples cloisonnements font obstacle à une circulation optimisée au sein du système de santé des personnes, des ressources financières et de l'information, condition indispensable pour des parcours de santé sans obstacle.

Ces multiples cloisonnements reflètent les contraintes de gestion de l'administration et d'organisation des prestataires au détriment de la prise en compte des contraintes de l'utilisateur. Ce dernier doit assurer lui-même la coordination entre les prestataires de son parcours de soin, d'autant plus complexe qu'il fait intervenir plusieurs spécialistes de plusieurs disciplines exerçant dans des univers différents.

Le parcours d'une personne en situation de handicap, ou de perte d'autonomie est tout aussi complexe, particulièrement lorsqu'il s'agit de changer de mode d'accompagnement aux différentes étapes de la vie ou en raison de l'évolution du handicap ou de la perte d'autonomie.

Le décloisonnement des financements se réfléchit aujourd'hui sous la forme d'un financement plus global, 'à l'épisode de soins', 'au parcours', créant un incitant à la coordination des acteurs, à la condition que les modalités de répartition des financements entre eux servent à la fois l'optimisation des ressources et la facilité pour l'utilisateur.

Le décloisonnement de la régulation est aujourd'hui à l'œuvre au sein des différents espaces de coordination créés, pour cela : Commissions de coordination des politiques publiques au niveau régional, conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental. Et en Pays de la Loire, comité stratégique départemental pour articuler les politiques médicosociales des organismes d'assurance maladie, de l'ARS et du département.

La coordination des interventions des prestataires, professionnels, services ou établissements servant les usagers est déterminante pour un parcours de santé sans obstacle. Comme les acteurs du parcours en proximité appartiennent à des secteurs différents, relèvent de principes de régulation différents et de modalités de financement disjointes, ce sont, en réalité le territoire de proximité et la population qui l'habite qui en font un dénominateur commun. C'est donc sur

un territoire de proximité que s'organise la coordination effective autour de la personne.

Au-delà des questions d'organisation des parcours de santé, la mise en œuvre de la promotion de la santé à l'échelle d'un territoire bénéficie aujourd'hui d'un outil particulièrement adapté avec le développement des contrats locaux de santé passés avec les collectivités territoriales. Contrats locaux de santé qui ont d'ailleurs été l'espace où organisation des parcours et des services de santé et promotion de la santé ont pu se rencontrer pour agir de concert sur la santé.

Quatre conditions sont nécessaires pour que la territorialisation des parcours de santé puisse s'effectuer :

Un système d'information qui permet l'échange facile de l'information entre tous les acteurs du territoire.

Une connaissance mutuelle, pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle de tous les acteurs du territoire de proximité qui donne à comprendre les missions, services et prestations effectuées par chacun.

Un espace où peut s'organiser la coordination des professionnels, se définir le code de la route de l'interpellation mutuelle et la mise en œuvre de solutions conçues localement par les acteurs aux problèmes courants qui font obstacle au parcours. Ces espaces doivent s'organiser à une échelle de territoire adaptée. Suffisamment grande pour justifier la mutualisation des efforts d'organisation, suffisamment proche pour que les acteurs puissent se connaître et partager des préoccupations territoriales communes.

Un diagnostic territorial partagé des problèmes de santé, et du potentiel et des contraintes du territoire, avec la participation pleine et entière des usagers et de leurs représentants. S'il se met formellement en œuvre dans une phase initiale de conception d'un projet, ce diagnostic s'actualise, et s'affine de façon continue avec la progression de la maturité des acteurs. L'entretien d'une dynamique de démocratie locale est alors important pour maintenir dans la durée l'engagement des acteurs et la participation des populations sur chaque territoire.

C'est à ces conditions que peut se réaliser l'intégration des acteurs. Chaque acteur joue son rôle, connaît celui des autres - qu'il peut alors interpeller - et oriente l'utilisateur vers la réponse la plus adaptée à sa situation, identifiée par l'utilisateur avec les professionnels à chaque étape de son parcours de santé au sein du territoire. voire au-delà, si des avis spécialisés ou le recours aux services d'une filière de soins spécifique sont nécessaires et n'existent pas sur place.



## Notre vision. Où nous voulons être en 2028

*Onze résultats attendus du PRS ont été identifiés en septembre 2016, lors d'un séminaire de travail avec les instances de démocratie sanitaire, puis partagés avec les partenaires de la région.*

*L'enjeu de l'exercice consistait à se projeter dans l'avenir en dessinant collectivement un fonctionnement idéal attendu du système de santé régional, répondant aux attentes des acteurs, des usagers et des populations.*

*C'est en mesurant les écarts entre la réalité d'aujourd'hui et cet idéal projeté que nous pouvons définir les orientations stratégiques à dix ans du PRS si nous voulons qu'il puisse relever les défis, anticiper l'avenir et tracer un chemin pour accompagner les évolutions attendues du système de santé.*

### **Le PRS repose sur des valeurs partagées**

La santé est reconnue comme un bien commun. Par conséquent, les orientations de la politique de santé, comme des politiques favorables à la santé, doivent se construire dans un environnement favorable à la démocratie. Le PRS doit veiller aux conditions dans lesquelles se met en œuvre la démocratie sanitaire. Elle passe par l'établissement de relations de confiance entre les acteurs et les

institutions au niveau régional et par la reconnaissance de l'expression de chacun.

La santé est également une ressource pour conduire et construire sa vie. Par conséquent : le PRS porte un objectif d'émancipation des personnes grâce à la santé ; le droit à la santé pour tous est porté par le PRS.

Les services de santé contribuent à la santé dans toutes ses dimensions, promotion, prévention, soins et accompagnements.

Cependant, comme les déterminants de santé relèvent de multiples champs, la promotion de la santé passe par la promotion de politiques favorables à la santé bien au-delà de l'organisation des soins et des accompagnements.

### **Le citoyen est le premier acteur de sa santé**

La santé est une ressource pour conduire sa vie.

Les structures de prévention et promotion de la santé, les services de soins et d'accompagnements y contribuent dans un souci constant d'émancipation et de responsabilisation.

S'appuyant sur l'éducation à la santé, leur intervention a pour objectif de permettre des choix éclairés favorables à la santé et de renforcer les compétences personnelles

et relationnelles. Le citoyen est reconnu comme le premier acteur de sa santé.

Il est en capacité de faire valoir ses droits. Il est également en pleine connaissance de ses devoirs pour utiliser à bon escient des ressources en santé relevant d'un bien collectif.

### **L'autonomie de la personne vis-à-vis de sa santé est facilitée**

La qualité de la communication et de l'information renforce la confiance de la population dans le système de santé régional.

Les dispositifs existants ont une lisibilité réelle pour les usagers qui peuvent dès lors s'en saisir. L'information est rendue disponible et les personnes sont en capacité de se l'approprier.

Le système de santé est simplifié et favorise une meilleure orientation dans le système de santé : usagers et proches savent où appeler, à quel service s'adresser en fonction de leurs besoins.

L'accessibilité des dispositifs disponibles est favorisée.

Les réponses sont accompagnées, adaptées au projet de vie et librement choisies.

La dignité et le droit des personnes sont respectés. Le projet de vie et l'individualisation des prestations en sont

un outil. Les souhaits exprimés quant à la fin de vie sont respectés.

**La vie autonome et la vie au domicile sont favorisées dans le respect du libre choix.**

L'aménagement de la cité et du territoire, l'organisation de ses services à la population et des déplacements sont pensés dans le souci de favoriser la vie autonome des personnes les plus vulnérables

D'une façon ou d'une autre, chaque enfant en situation de handicap va à l'école.

La volonté de rester chez soi est respectée.

Le domicile est au cœur de la prise en charge de la personne. Son adaptation est favorisée si elle est nécessaire.

La majorité des prestations se font en ambulatoire, à domicile, coordonnées par l'équipe de soins primaires et, ou d'accompagnement.

Lorsqu'ils sont le domicile de la personne, les établissements contribuent à l'autonomie et à l'inclusion sociale de leurs résidents.

**L'accès aux soins pour tous est garanti sur les territoires**

Les inégalités d'accès et inégalités de santé se réduisent.

Le taux de renoncement aux soins est abaissé.

Les professionnels de santé primaire sont accessibles pour tous sur tous les territoires.

Le reflux des installations des professionnels de premier recours s'est inversé.

La continuité des soins et la permanence des soins sont garanties sur tout le territoire.

L'offre est organisée au-delà de la simple proximité. Un accès gradué aux soins spécialisés est organisé sur les territoires et les délais de consultations ou d'avis des médecins spécialistes améliorés.

**Les parcours de santé ne connaissent plus de ruptures, le système de santé est intégré**

Les réponses d'accompagnement sont construites autour du projet de vie personnalisé. Elles s'adaptent à son évolution au cours de la vie en particulier aux périodes charnières.

L'approche globale de la santé par les politiques publiques décloisonne les institutions, leur régulation et leur financement et garantit la continuité des parcours.

**Les modes de prise en charge et les pratiques ont évolué**

Les pratiques professionnelles ont évolué vers plus de qualité et de sécurité des soins et des accompagnements, plus de coopération entre professionnels et plus de participation de l'utilisateur.

Le système de soins est organisé. Il permet l'identification rapide des réponses sanitaires adaptées à chaque situation et leur adaptation au fil de son évolution.

L'orientation et l'accès aux urgences sont améliorés.

Les coopérations interprofessionnelles se développent et démontrent efficacité et efficience.

Le contenu du dossier médical et social est partagé, actualisé utilisé par les professionnels et les usagers. Ces derniers se l'approprient et peuvent y exercer leur contrôle.

Les professionnels de santé contribuent aux innovations et aux évolutions de prise en charge.

La région conserve et amplifie son avance dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Elle innove et développe l'activité ambulatoire dans les autres champs.

La télémédecine est bien développée dans la région. Elle est adoptée partout où elle améliore l'accès aux soins et aux avis spécialisés.

**Les actions de santé et l'organisation des soins et des accompagnements sont différenciés et adaptés aux besoins des territoires**

Une approche par territoire permet d'adapter l'action au plus près des réalités de chaque territoire

Les territoires de la région sont solidaires. Les métropoles viennent en appui de zones moins favorisées. Une stratégie d'actions spécifiques est conduite envers les territoires périphériques et contribue à leur désenclavement.

Les zones identifiées comme fragiles bénéficient de structures de coopération pluri professionnelles.

**La promotion d'un environnement favorable à la santé est partagée et soutenue**

Tous les acteurs sont au service de la santé et le patient en est le premier acteur.

Les politiques publiques favorables à la santé sont conçues et mises en œuvre de façon coordonnée.

La convergence des politiques publiques concourt à la prévention et à la promotion de la santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé. Les projets d'urbanisme sont pensés pour être favorables à la santé et font l'objet d'évaluation d'impact en santé lors de leur conception. Le risque lié au radon est pris en compte.

**Un lien visible est établi entre les actions de prévention et l'état de santé de la population**

La mortalité évitable a baissé dans la région.

Des environnements de vie favorables à la santé sont promus dans les villes et les espaces ruraux. La réduction de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique issue notamment des déplacements, des moyens de chauffage et de l'usage des pesticides est réelle.

La prévention de la santé au travail s'est développée.

Les risques environnementaux sont anticipés et prévenus : une démarche de responsabilité sociale et environnementale est mise en œuvre dans les établissements et services de santé. Les plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau d'alimentation sont mis en œuvre.

**Les inégalités sociales et territoriales de santé se réduisent**

La région reste identifiée comme une région où il fait bon vivre car on a pris en compte les inégalités sur les territoires et agi sur les déterminants à risque de détérioration.

Les populations les plus fragiles ont accès aux actions de prévention. L'accès à des dispositifs adaptés à la complexité de leur situation est facilité et vise leur retour à l'offre de santé de droit commun.



Une stratégie nationale

Une ambition

Deux enjeux

Cinq priorités

Deux principes de promotion de la santé

Une méthode de mise en œuvre

Six orientations stratégiques

# Le Projet Régional de Santé, porteur de la stratégie nationale de santé dans la région

Quatre axes structurent la stratégie nationale de santé

## **I. Mettre en place une politique de promotion de la sante, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie**

Le PRS des Pays de la Loire porte haut les enjeux de prévention spécifiquement dans son orientation stratégique qui vise à mettre la santé dans tous les politiques, tant il est aujourd'hui démontré que la santé est essentiellement déterminée par les milieux de vie, les comportements individuels et collectifs et les conditions sociales. Les effets des déterminants se cumulant tout au long de la vie.

La prévention a toute sa place dans un objectif opérationnel qui vise à amener tous les professionnels de santé, les établissements et les services à s'engager dans la prévention. Enfin, la prévention est mobilisée dans de nombreuses déclinaisons opérationnelles du PRS, qui l'aborde résolument de façon transversale.

## **II. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès a la sante**

La réduction des inégalités sociales et territoriale est au cœur du PRS des pays de la Loire. Tant à travers ses objectifs de meilleure répartition territoriale des professionnels de santé que ses objectifs de meilleure répartition des équipements services et établissements, en particulier médico-sociaux.

C'est par ses objectifs visant une meilleure organisation territoriale des soins et une meilleure coordination des professionnels, en particulier entre premier recours et recours spécialisé que le PRS vise à donner à chacun l'opportunité d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements qui répondent à son besoin quel que soit son territoire de vie. Enfin Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins et ses huit objectifs vise tout particulièrement l'enjeu des inégalités d'accès aux soins des personnes les plus précaires. Enfin, le développement des compétences psychosociales des jeunes, porté par le PRS, est un levier majeur de réduction des inégalités sociales

## **III garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de sante**

Six objectifs du PRS des Pays de la Loire sont dédiés à la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge : tout d'abord 'faire de la qualité un enjeu partagé entre acteurs et usagers'; puis 'optimiser l'organisation de la réponse aux demandes de soins non programmés'; et 'adapter le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles'; ensuite 'améliorer la pertinence des soins'; et 'proposer des réponses médico-sociales souples, modulaires, évolutives, adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap'; enfin 'améliorer la performance médico-économique des opérateurs'.

## **IV. Innover pour transformer notre système de sante En réaffirmant la place des usagers**

Une orientation stratégique du PRS et ses trois objectifs sont dédiés au développement d'une stratégie de l'innovation. Il s'agit d'abord de favoriser l'innovation, ensuite de construire les liens utiles pour orienter les innovations au sein de l'écosystème vers les enjeux stratégiques de santé et enfin d'évaluer pour généraliser plus efficacement les innovations utiles.

Quant à la place de l'utilisateur et la reconnaissance de sa parole, une orientation stratégique lui est dédiée pour faire de l'utilisateur et du citoyen un acteur de sa santé, et un partenaire du système de santé.

## Le PRS, une ambition, deux enjeux

Une ambition :

***Améliorer et préserver la santé, tout en veillant que le système de santé soit sûr, de qualité, mieux coordonné et innovant.***

Deux enjeux :

***Réduire les inégalités de santé***

***Améliorer l'expérience de l'usager dans son parcours de santé***

### Des spécificités régionales

- Un état de santé plus favorable que la moyenne nationale, mais :
- Des inégalités sociales et territoriales;
- Une démographie fragile des professionnels de santé;
- Un vieillissement de la population
- Des addictions préoccupantes
- Des enjeux de santé mentale, dont un taux élevé des suicides.

## Cinq priorités régionales de santé

Une priorité thématique

### ***La prévention et la lutte contre les addictions***

*Parce qu'elles entraînent maladie, mortalité prématurée, souffrance mentale et sociale.*

Deux priorités populationnelles

### ***La santé des jeunes***

*Parce qu'ils sont l'avenir et parce que plus on intervient tôt plus c'est efficace.*

### ***La santé mentale***

*Parce que c'est en enjeu de dignité et de solidarité pour la société.*

Deux priorités organisationnelles

### ***L'accompagnement du risque et de la situation de perte d'autonomie vers une société plus inclusive***

*Parce que les attentes sont très importantes pour les personnes en situation de handicap ou âgées dépendantes et leurs aidants.*

### ***L'adaptation du système de santé à l'accueil et à l'accompagnement des personnes les plus précaires***

*Parce qu'il n'est pas acceptable que les personnes qui ont l'espérance de vie la plus courte et les besoins de santé les plus élevés soient celles qui utilisent le moins les services de santé et renoncent le plus souvent à leur parcours de santé.*



## Deux principes de promotion de la santé

**1 la santé publique intégrée** dans toutes les politiques pour réduire les inégalités de santé:

*Coordonner les politiques publiques pour des environnements favorables à la santé*

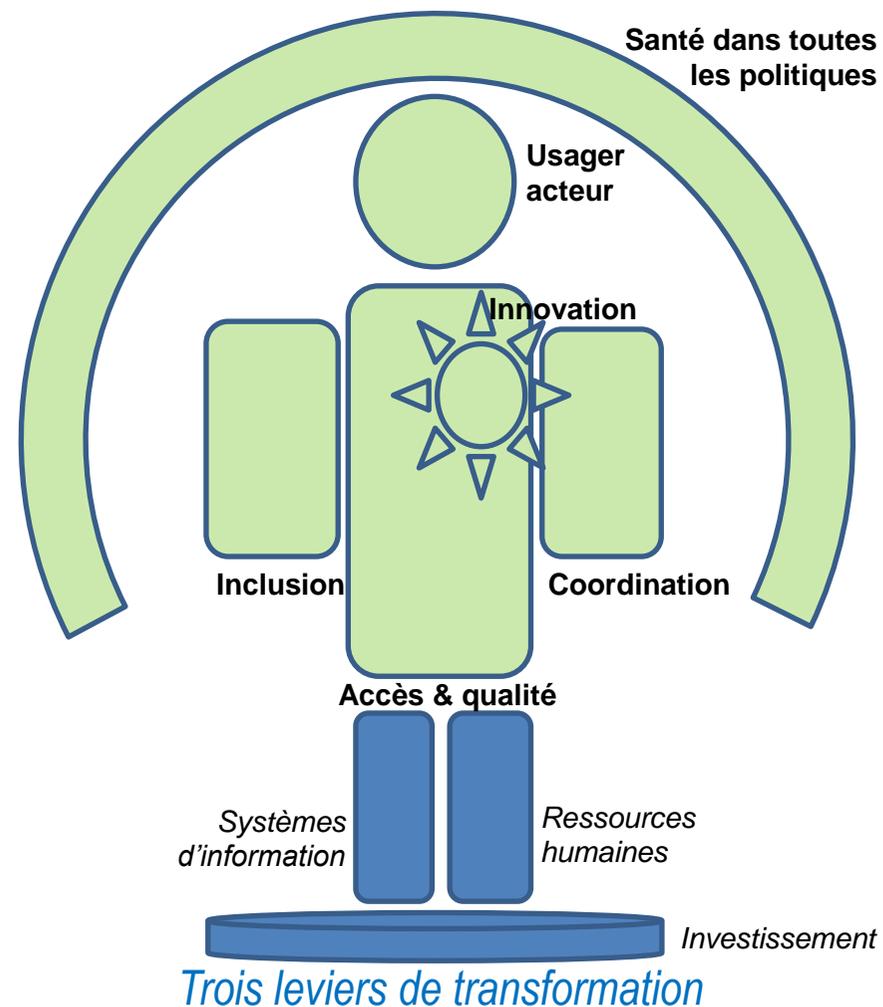
**2 le système de santé intégré** pour des parcours de santé des usagers sans obstacles :

*Accompagner et impulser la transformation du système de santé*

## Une méthode de mise en œuvre

Des services de **Q**ualité  
s'appuyant sur l'**I**nnovation  
pour l'**U**sager  
et donnant une  
place prépondérante à la **P**révention

## Six orientations stratégiques



## Horizon 2028 : Six orientations stratégiques structurent nos objectifs opérationnels pour 2022

### *Orientation stratégique 1*

Le citoyen, l'usager, acteur de sa santé et de son parcours de santé

### *Orientation stratégique 2*

La santé dans toutes les politiques, favorisant la réduction des inégalités de santé

### *Orientation stratégique 3*

Promouvoir collectivement l'autonomie, dans une société inclusive

### *Orientation stratégique 4*

Accéder aux soins et aux accompagnements utiles et adaptés, au bon moment et au bon endroit

### *Orientation stratégique 5*

Des acteurs coordonnés sur les territoires pour mettre fin au parcours d'obstacles

### *Orientation stratégique 6*

Développer une stratégie de déploiement de l'innovation



# Orientation stratégique 1

## La santé dans toutes les politiques favorisant la réduction des inégalités de santé

L'état de santé d'une population résulte à la fois de facteurs génétiques personnels, de comportements et d'habitudes de vie individuels, de liens sociaux, de conditions socio-économiques, culturelles et de l'environnement, qui déterminent les conditions de travail, de logement, d'accès à la culture. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé.

La part attribuable aux facteurs « sociaux et environnementaux » pèserait pour 80 % dans la constitution des inégalités de santé, soit directement, soit indirectement par leur influence sur les facteurs comportementaux. C'est sur ces déterminants de santé qu'il faut agir pour réduire les inégalités de santé.

Les facteurs explicatifs de la surmortalité qui frappe les catégories les moins favorisées, interviennent pour l'essentiel en amont de la prise en charge proprement médicale, et révèlent l'échec relatif de la prévention dans notre pays. Non seulement les catégories défavorisées cumulent les facteurs de risque des principales pathologies : expositions plus fréquentes à des facteurs de risque dans le milieu professionnel ou dans la zone d'habitat, facteurs de risque comportementaux liés aux modes de vie accrus, consommation de tabac, d'alcool, habitudes nutritionnelles moins

favorables, moindre accès aux dépistages précoces et diagnostic plus tardif des pathologies graves. Mais ces facteurs de risques impactent d'autant plus l'espérance de vie qu'ils interviennent tôt dans la vie et se cumulent au fil du temps<sup>21</sup>.

C'est donc en dehors du champ de la santé proprement dit que doivent se prendre les mesures propres à favoriser la santé. Pour agir sur les déterminants de la santé, le champ de la promotion de la santé préconise d'agir tôt dans la vie et d'agir à plusieurs niveaux en combinant et coordonnant des politiques publiques qui contribuent à la création de milieux et d'environnements favorables à la santé, qui renforcent l'action communautaire, qui contribuent au développement des aptitudes personnelles, qui contribuent directement à la santé (vaccinations dépistage) et qui réorientent les services de santé pour que les personnes les plus à risque bénéficient de prises en charge précoces et de qualité.

<sup>21</sup> Le cumul des facteurs de risque est représenté par l'exposome, un concept correspondant à la totalité des expositions à des facteurs environnementaux (c'est-à-dire non génétiques) que subit un organisme humain de sa conception à sa fin de vie en passant par le développement in utero, complétant l'effet du génome.

La notion d'environnement favorable à la santé renvoie autant aux conditions de vie, à l'accès à des services, à la culture, au réseau social, à la qualité de l'environnement physique, etc. Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent donc viser à la fois les individus (amélioration des connaissances, des habiletés), les communautés et leurs environnements.

Le lien entre les déterminants sociaux et l'iniquité en matière de santé



Dans le choix des stratégies de mise en œuvre de ces politiques, les recherches les plus récentes montrent qu'il faut apporter une attention particulière à deux aspects si l'on veut réduire les inégalités de santé. D'une part ce sont les mesures universelles, celles qui concernent l'ensemble de la population, qui ont l'impact le plus grand sur les inégalités de

santé à condition qu'elles soient conçues pour toucher proportionnellement de façon plus importante les populations socialement défavorisées, ce que l'on appelle l'universalisme proportionné, un concept issu des travaux de Michael Marmot<sup>22</sup> qui a présidé la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS<sup>23</sup>. D'autre part, il est nécessaire de prendre en compte les différences dans la motivation et les compétences des individus pour comprendre, évaluer et utiliser l'information concernant les comportements favorables à la santé, ce que l'on appelle désormais la littératie<sup>24</sup> en santé, si l'on veut qu'elle contribue à réduire les inégalités de santé.

Enfin si leur contribution à l'espérance de vie est modérée, les services de santé ont un rôle important à jouer dans la politique de prévention, d'autant plus que des facteurs de risques pour la santé sont avérés, qu'il s'agisse de promouvoir la vaccination, de prodiguer des

conseils nutritionnels ou d'hygiène de vie, de lutter contre les addictions, de dépister précocement des facteurs de risques, ou de prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

## Ce que nous allons faire

**Renforcer l'observation de la santé et des caractéristiques sociales et environnementales sur les territoires**

**Promouvoir une approche globale et participative de promotion de la santé auprès des acteurs locaux**

**Soutenir l'engagement des professionnels de santé, notamment de santé primaire, des établissements de santé et services médico-sociaux dans une dynamique de prévention.**

**Lutter contre les inégalités sociales de santé en agissant à toutes les périodes 'charnières' de la vie, prioritairement chez les jeunes**

**Encourager des environnements favorables à la santé**

---

<sup>22</sup> Un concept issu des travaux de Michael Marmot (Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London: UCL; 2010) qui a présidé la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

<sup>23</sup> Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. OMS, 2009, Genève.

<sup>24</sup> Pour approfondir, voir 'Communiquer pour tous : Les enjeux de la 'littératie' en santé. Dossier thématique. La sante en action n° 440 - juin 2017" Définition : adapter les messages de prévention aux différents niveaux de compréhension individuelle



## Orientation stratégique 2

### Le citoyen, l'utilisateur acteur de sa santé et de son parcours de santé

La charte d'Ottawa précise que « *la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.* » C'est à la fois conforme aux principes et aux valeurs que le PRS entend promouvoir et efficace pour agir sur les déterminants et les systèmes de santé.

Préserver sa santé, c'est adopter des comportements individuels favorables à la santé, c'est aussi recourir aux services de santé utiles à la prévention et à la prise en charge des maladies. Dans les deux cas, la participation est une méthode efficace pour concevoir et mettre en œuvre des réponses adaptées pour et surtout adoptées par chacun. La participation s'accorde avec un principe fondateur de santé publique qui consiste à promouvoir l'émancipation de la personne qu'il s'agisse de préserver la santé, de soigner ou d'accompagner une situation de handicap

Accompagné dans son autonomie vis-à-vis de sa santé, l'utilisateur, le citoyen est mieux en mesure de faire des choix éclairés. Il peut exprimer ses préférences et faire valoir ses droits. La capacité à faire des choix éclairés s'accompagne en retour de la responsabilité de respecter ses devoirs dans son recours à la

ressource collective que représentent les services et les professionnels de santé.

La participation collective est également une méthode efficace pour concevoir et mettre en œuvre des politiques publiques et des environnements favorables à la santé. Et la participation collective représente une valeur démocratique au cœur de la méthode en santé publique.

Bien que régulièrement revendiquées, l'émancipation et l'autonomie de la personne, la démocratie en santé et la mise en œuvre effective de la participation peinent encore à se concrétiser pleinement dans les actions et les pratiques.

### Ce que nous allons faire

**Renforcer le pouvoir d'agir des citoyens sur les déterminants de leur santé**

**Renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur sur sa santé et son parcours de santé et d'accompagnement**

**Faire du projet personnalisé un pilier de l'amélioration du parcours de vie**

**Renforcer la prise en compte de la parole de l'utilisateur, ses attentes et ses besoins**

## Orientation stratégique 3 : Promouvoir collectivement l'autonomie dans une société inclusive

Un nombre croissant de personnes en situation de handicap souhaite choisir leur lieu de vie. Le dispositif historique d'accompagnement des personnes en situation de handicap n'apporte plus, à bon nombre d'entre elles, les réponses qu'elles attendent à leur besoin légitime d'inclusion et d'insertion dans la cité.

Les conférences nationales du handicap de 2014 puis 2016 sont résolument tournées vers l'ambition d'emmener toute la société vers une société plus inclusive. Cela implique en premier lieu une mobilisation de tous les acteurs à travers une coordination renforcée des politiques publiques (habitat, transports, accessibilité, accès au droit commun ...).

Cela implique également une diversification des réponses d'accompagnement médico-social et une personnalisation de l'accompagnement afin d'offrir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie. Comme le souligne le rapport « Zéro sans solution »<sup>25</sup>, les réponses d'accompagnement doivent être mobilisées selon un principe de « subsidiarité ». Ces attentes concernant des accompagnements personnalisés sur-mesure impliquent une grande souplesse et une modularité des réponses.

La construction des réponses devra tenir compte des aspirations tournées vers la vie dans la cité, du souhait des personnes de voir se développer des réponses sur-mesure et de la demande de participation des usagers et de leur famille à la co-construction des réponses en s'appuyant sur leur expertise d'usage ; Elle devra également tenir compte du besoin de répit et de soutien des aidants, en particulier par la formation et la reconnaissance de leur rôle et de leur expertise.

### Ce que nous allons faire

**Développer des réponses de santé et d'accompagnement en soutien à la vie en milieu ordinaire**

**Soutenir les aidants**

**Anticiper et prévenir la perte d'autonomie chez les personnes de plus de 65 ans**

**Promouvoir l'accès à la scolarisation et à l'emploi des personnes en situation de handicap**

**Développer les services et réponses 'allant vers' les populations en fragilité sociale**

**Améliorer le parcours de santé des personnes vivant avec un handicap ou avec un trouble psychique**

---

<sup>25</sup> « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Denis PIVETEAU Conseiller d'Etat

## *Orientation stratégique 4*

### Accéder aux soins et aux accompagnements utiles et adaptés, au bon moment au bon endroit

Autrefois essentiellement mobilisés pour la prise en charge d'épisodes de maladie aiguë dans une logique de soins non programmés, les services de santé ont basculé dans une activité programmée de suivi d'une population vieillissante et de malades chroniques sur rendez-vous modifiant profondément les pratiques des professionnels de santé et le recours aux établissements de santé, et créant des tensions s'ajoutant à celles créées par des risques émergents.

Cette bascule a aujourd'hui deux conséquences. D'une part, un nombre croissant de personnes arrivant sur un territoire a des difficultés à s'inscrire dans la file active d'un médecin traitant. D'autre part, le besoin de soins non programmés qui ne trouve pas de réponse dans les cabinets sur les plages ouvrées, se reporte sur la permanence des soins, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, ou vient allonger la file d'attente des services d'urgences tout au long de la journée.

Le phénomène est amplifié de façon importante en raison d'une démographie préoccupante des professionnels de santé libéraux avec le départ à la retraite de la génération de professionnels formés avant le numérisation. Il va s'amplifier dans les années à venir sous l'effet de l'augmentation de la population et de ses besoins, et des

réserves à s'installer de la génération montante de professionnels de santé aux fortes attentes de conciliation entre vie professionnelle et vie privée, de diversification du parcours professionnel et de travail en équipe pluri-professionnelle, trois dimensions peu développées jusqu'à récemment.

Par ailleurs, l'accès aux avis spécialisés est un sujet de préoccupation pour les professionnels du premier recours comme pour les patients, car les spécialistes se concentrent dans les grandes villes et près de plateaux techniques qui eux-mêmes se regroupent pour des raisons d'efficacité et de qualité. Beaucoup d'espoir est mis dans les nouvelles technologies de l'information et la télémédecine. Cependant, l'opportunité que représente leur développement est freinée par la remise en question profonde des pratiques et des organisations de travail qu'elles entraînent et par un modèle économique qui se cherche encore.

La qualité et la sécurité des soins, ainsi que la soutenabilité du système de santé passent par une organisation efficace du système sans rupture, sans redondance et reposant sur une circulation optimisée des patients, des ressources et de l'information. L'organisation d'une meilleure complémentarité entre professionnels du soin primaire et équipes spécialisées est source d'amélioration, de

qualité et de disponibilité de chacune de ces compétences expertes rares. Enfin la pertinence des soins recherchée systématiquement tout au long du parcours doit se concrétiser par des améliorations des pratiques et des organisations.

La transformation du système de santé qui s'impose aujourd'hui à tous les pays industrialisés, émergents ou en développement redistribue les cartes. La distribution spatiale des activités doit être révisée, concentrées pour certaines pour des raisons d'efficacité, de qualité et de dématérialisation possible, maillant finement le territoire pour d'autres selon que la proximité ou au contraire la concentration d'une masse critique détermine la qualité, la pertinence, l'efficacité et l'efficacité. De même, le développement des ressources humaines et la formation doivent anticiper quantitativement et qualitativement les évolutions des pratiques, des métiers, et des interactions entre professionnels. La formation pourra s'appuyer sur la 'pédagogie par l'erreur' et les techniques de simulations qui sont déjà bien développés dans la région.

Les attentes des personnes âgées ont également évolué. Elles souhaitent très majoritairement vivre à leur domicile même en situation de dépendance. Si les EHPAD restent une réponse indispensable pour l'accompagnement des troubles cognitifs

importants sous réserve d'adaptation de leur architecture et des accompagnements proposés, ils ne sont plus le passage naturel lorsque survient le grand âge. La transition à effectuer est d'une part celle de la spécialisation des EHPAD dans l'accompagnement de la grande dépendance, et d'autre part celle de l'adaptation de la société toute entière aux conséquences du vieillissement y compris l'organisation des soins et des accompagnements à domicile. Deux évolutions simultanées indissociables pour permettre un libre choix réel des personnes et de leur entourage. Les attentes en matière d'accompagnement du handicap révèlent une très forte aspiration à vivre au sein de la cité et de bénéficier à cet effet de réponses d'accompagnement 'sur-mesure' qui s'adaptent à l'évolution des besoins au fil du parcours de vie, école, travail, loisir et culture, vieillissement prématuré et bien entendu accès aux soins adaptés à la situation de handicap.

C'est en réalité toute l'organisation du système de santé qui est remise en question par ces évolutions sociétales et technologiques, qu'il s'agisse des prestations de soin ou des accompagnements médico-sociaux.

## Ce que nous allons faire

**Favoriser l'accès précoce au dépistage et au diagnostic et structurer l'annonce à tous les âges de la vie**

**Améliorer l'accès aux soins de premier recours**

**Améliorer et organiser le recours aux soins spécialisés et l'articulation entre le premier et le second recours**

**Optimiser l'organisation de la réponse aux demandes de soins non programmés**

**Améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap**

**Adapter l'offre des établissements pour personnes âgées dépendantes à l'évolution des besoins et poursuivre le rééquilibrage territorial**

**Proposer des réponses médico-sociales souples, modulaires, évolutives, adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap**

**Améliorer la pertinence des soins**

**Faire de la qualité un enjeu partagé entre acteurs et usagers**

**Améliorer la performance médico-économique des opérateurs**

**Adapter le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles**

**Adapter la formation, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences aux enjeux d'organisations nouvelles ou innovantes**

## Orientation Stratégique 5

### Des acteurs coordonnés sur les territoires pour mettre fin au parcours d'obstacle

Vieillesse, maladies chroniques, souvent cumulées, risque de perte d'autonomie sont autant de facteurs qui se conjuguent pour former une situation complexe. Une situation complexe combine un ensemble de besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui peuvent nécessiter plusieurs intervenants successivement ou simultanément.

Les situations complexes ne concernent qu'une petite partie de la population. Elles surviennent dans un contexte de fragilité qu'il convient d'identifier pour anticiper les besoins. Elles résultent de l'accumulation de facteurs de risques pour la survenue de la dépendance dont les plus identifiés pour les personnes âgées sont la chute, l'iatrogénie, la dépression et la dénutrition. Facteurs de risques qui peuvent eux-mêmes être repérés et prévenus. Elles concernent aussi les personnes en situation de handicap psychique, fragilisées par la stigmatisation dont elles sont souvent victimes, en difficulté pour accéder au logement et à l'emploi. Et bien entendu les personnes en situation de précarité, souvent jeunes, et dont la situation sociale très instable combine de multiples obstacles à une prise en charge sans rupture.

Mal anticipées, ces situations complexes, sont responsables de situations de crise, de passage aux urgences et d'hospitalisation évitables. Les hospitalisations survenues dans

ces conditions conduisent souvent à une institutionnalisation ou à des ré-hospitalisations rapides après la sortie, ainsi qu'à des durées de séjours hospitaliers prolongés, eux-mêmes facteurs de risque iatrogène et de dépendance accrue.

Même si ces situations ne concernent qu'une partie réduite de la population, elles créent de fortes tensions chez les prestataires de soins et de l'accompagnement à domicile car elles sont chronophages. En outre, elles contribuent avec la prise en charge des maladies chroniques à la croissance naturelle des dépenses de santé. Elles peuvent être prévenues et adéquatement gérées si le système de santé est en mesure d'intervenir de façon coordonnée à la fois dans le champ sanitaire médico-social et social. Les travaux du HCAAM ont montré que c'est par une approche combinée à la fois soignante et sociale que la pente de croissance continue des dépenses de santé pourrait être infléchie. Ainsi, la coopération et la coordination des multiples intervenants de différents champs, sanitaire, social et médicosocial autour de la personne devient le facteur clé de réussite des mutations en cours.

A terme, c'est bien la mise en œuvre d'un système de santé intégré qu'il s'agit d'accompagner. Comme le souligne le carnet pédagogique de la méthode pour l'intégration

des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, le processus d'intégration permet à tous les opérateurs d'un territoire (conseil général, CLIC, réseau gérontologique, centre communal ou intercommunal d'action sociale, établissement de santé, service de soins infirmiers à domicile —SSIAD—, services sociaux du conseil général et des caisses de retraite, équipe médico-sociale APA, plateforme de répit, médecin de ville, réseau de santé...) d'harmoniser les réponses et l'orientation depuis tout endroit de ce territoire afin d'améliorer la lisibilité du système d'aide et de soins, de simplifier et d'optimiser le parcours des personnes âgées et le soutien à domicile.

Pour cela, les professionnels du territoire de proximité mettent en œuvre ensemble dans un espace partagé un processus systématique d'analyse multidimensionnelle de situations qui leur posent régulièrement problème en raison de la complexité de leur prise en charge. Ce qui correspond à une démarche classique d'amélioration continue de la qualité. Puis, ils mettent au point des modalités propres au territoire pour orienter les usagers vers les réponses adaptées à leurs besoins en prenant en compte l'intégralité des ressources disponibles, sur leur territoire ou au-delà, qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico-sociales. Enfin, ils organisent les principes du suivi partagé des situations prises en charge.

Au-delà de la coordination, l'intégration permet ainsi de passer d'une stricte réponse à la demande formulée par l'usager à une réponse globale, territorialisée, élaborée en fonction des besoins de la personne, y compris ceux qu'elle n'a pas exprimés.

Facilitée par la pluri-professionnalité, le travail en équipe et l'intégration du système, la distribution des activités entre professionnels doit être repensée pour optimiser le recours aux compétences rares et le temps professionnel. La coopération entre professionnels sur exercice partagé qui répartit la prestation entre professionnels médicaux et paramédicaux, les pratiques avancées par des professionnels de santé non médecins et l'émergence de nouveaux métiers sont des pistes prometteuses à amplifier en Pays de la Loire

## Ce que nous allons faire

**Favoriser la connaissance de l'offre en santé pour améliorer la coordination des acteurs**

**Favoriser les lieux d'échange et d'intégration des acteurs du territoire**

**Accompagner le développement de l'exercice pluri-professionnel coordonné sur les territoires**

**Optimiser les ressources humaines en santé par la coopération et la coordination**

**Repérer les fragilités et les facteurs de risques des personnes âgées**

## Orientation Stratégique 6

### Développer une stratégie de déploiement de l'innovation

L'innovation est un puissant déclencheur de transformation. C'est particulièrement vrai dans le monde de la santé. Les évolutions, poussées par l'innovation technologique entraînent des coûts plus importants et en même temps portent en germe les solutions innovantes qui permettent de les réduire. La maîtrise de ce mouvement est donc un enjeu particulièrement important.

Lorsqu'elles sont souhaitées les évolutions de pratiques ou d'organisation sont souvent portées par des expérimentations. Leur conception, les conditions de leur mise en œuvre et leur évaluation sont déterminantes pour leur futur. En effet, elles n'ont de sens que dans la perspective de les généraliser ou de les écarter sans état d'âme. Or, cette question du 'passage à échelle' est l'une des plus difficiles à résoudre lorsque l'on veut accompagner la transformation du système de santé par une culture de l'innovation et de l'expérimentation.

Pour autant, une expérimentation n'est pas nécessairement une innovation de même qu'une innovation ne se déploie pas nécessairement par expérimentation.

Nombre d'innovations en santé échappent à la réglementation traditionnelle du champ de la santé. L'ARS n'est aujourd'hui pas suffisamment identifiée comme un interlocuteur pertinent pour le développement des innovations, y compris lorsqu'il s'agit d'innovations dans le champ de la santé. Elle

connait mal les acteurs de l'innovation et leur logique de développement.

Il appartient à l'ARS d'être plus visible en tant que partenaire potentiel, de mieux comprendre l'éco système dans lequel elles se développent et d'y participer. Il s'agit d'orienter les acteurs porteurs d'innovation, de renforcer notre visibilité et de faire connaître nos attentes et notre grille de lecture au côté d'autres acteurs ou financeurs déjà positionnés sur ce champ de l'innovation.

Aujourd'hui, sur les territoires un certain nombre d'acteurs de terrain lancent des initiatives. Ils sollicitent les institutions susceptibles de les accompagner ou de les financer qu'elles soient propres au système de santé ou en dehors. Ces initiatives représentent une véritable opportunité pour améliorer l'offre en santé à condition de faire confiance aux acteurs.

Cependant, le risque existe de déployer une innovation qui réponde à un problème mal posé ou insuffisamment partagé. Ou de mettre en œuvre une expérimentation qui n'a pas d'avenir faute de modèle économique soutenable ou d'adhésion des acteurs.

Une question récurrente et pertinente concernant les innovations est celle de leur potentiel de dissémination, et pour les expérimentations, celle de leur potentiel de généralisation.

Il est très rare qu'une expérimentation puisse se généraliser, s'industrialiser sans adaptation. Or, pour que ce processus soit possible, il doit être pensé très en amont. Les conditions de la généralisation doivent être anticipées : les logiques qui ont conduit à lancer une expérimentation, les conditions de contexte dans lesquelles elle a été menée et l'explicitation des principes d'action par lesquelles elle a produit ses effets sont trois éléments à documenter pour identifier le potentiel de généralisation d'une expérimentation et interpréter son évaluation avant passage à échelle.

La portée d'une innovation doit également être analysée au regard des effets pervers qu'elle pourrait générer en particulier sur les inégalités de santé. Enfin, bien évidemment, l'évaluation proprement dite est essentielle et ne doit pas seulement répondre à la question de son efficacité immédiate mais aussi comporter une dimension médico économique.

Pour être en capacité de soutenir les innovations et de les orienter au service de l'amélioration des soins et des organisations, il s'agit pour l'ARS de se donner un cadre de référence pour analyser, prioriser, évaluer et accompagner le développement d'innovations porteuses de sens au regard de nos orientations stratégiques régionales.

## Ce que nous allons faire

**Favoriser l'innovation au service des enjeux de la stratégie régionale de santé**

**Construire et développer les liens pour orienter et accompagner les acteurs de l'écosystème**

**Evaluer les innovations et s'assurer de leur généralisation.**



## Depuis la conception jusqu'aux résultats, l'évaluation du projet régional de santé

Le PRS2 s'inscrit, à travers le cadre d'orientation stratégique, dans une perspective à 10 ans. Il porte également les enjeux de territorialisation et d'innovation. C'est dans cette triple perspective que s'inscrira son évaluation.

L'évaluation du PRS permettra d'apprécier les modalités et les résultats de la mise en œuvre du projet, et des programmes, dispositifs ou actions qu'il aura déployés, et à en mesurer les effets. Elle permettra 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 la mise en œuvre du PRS.

La conception et l'écriture du projet ont suivi les principes du cadre logique afin d'anticiper son évaluation. Pour cela un argumentaire expose les constats, les problématise et explicite les principes d'action qui sous-tendent chaque objectif explicitant ainsi la logique selon laquelle chaque objectif produit ses effets jusqu'à l'impact pour les usagers.

Le libellé de résultat(s) attendu(s), fait écho à la situation initiale décrite dans l'argumentaire et des indicateurs et des cibles de résultats sont définis lorsqu'il est possible de les établir.

Le cadre logique du projet facilitera sa mise en œuvre et son suivi à travers des feuilles de routes pluriannuelles.

Le Projet Régional de Santé des Pays de la Loire fera l'objet de deux évaluations d'ensemble: l'une à l'issue des 5 années du Schéma Régional de Santé 2018-2022, l'autre à l'issue des 10 années du Projet Régional de Santé. Ces évaluations viseront à documenter les résultats de la politique conduite par l'ARS. La réalisation en sera confiée à des prestataires externes.

Compte tenu de leur temporalité respective, les attendus de ces évaluations diffèrent :

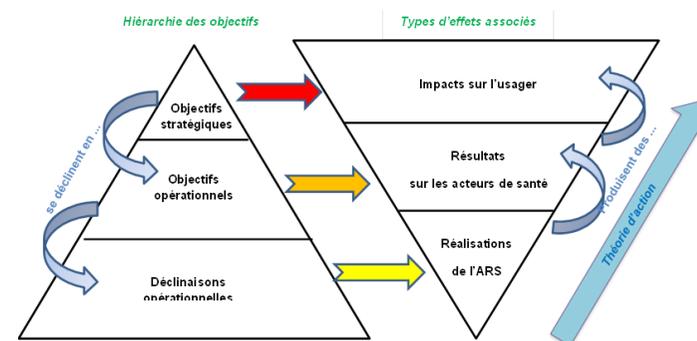
- à mi-parcours, il s'agira d'identifier les résultats obtenus dans le cadre du SRS 2018-2022 sur le système de santé au sens large et du service rendu aux usagers, compte tenu des actions effectivement réalisées, afin de guider la rédaction du PRS 2023-2028 et le réajustement des objectifs opérationnels – voire stratégique).
- en fin de PRS, il s'agira d'identifier les effets de la mise en œuvre du PRS2, au niveau du système de santé comme des usagers, de re-questionner sur cette base le contenu du COS, et de dresser des lignes stratégiques et opérationnelles à privilégier dans le cadre du PRS3. La perspective de 10 années devrait également permettre une estimation des impacts du PRS, au regard des orientations stratégiques inscrites dans le COS.

Par ailleurs, des évaluations plus ciblées seront réalisées pendant la période couverte par le Projet, portant sur des segments de la

politique de santé conduite par l'ARS, des changements d'organisation du système de santé ou des projets expérimentaux et/ ou innovants y contribuant.

L'expérience du PRS 1 en matière d'évaluation a démontré l'intérêt de participation des acteurs de la démocratie sanitaire aux comités de pilotage et aux investigations. Des représentants de la démocratie sanitaire, CRSA et conseils territoriaux de santé continueront d'être associés aux travaux d'évaluation : enjeux, objectifs, référentiels, résultats et perspectives, selon des modalités à définir en concertation.

Les évaluations réalisées ou commandées par l'ARS respecteront les principes inscrits dans la charte de la Société Française de l'Évaluation



# Les livrets du PRS



<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Soins palliatifs</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Autisme</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Troubles des apprentissages</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Accidents vasculaires cérébraux</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Plan Maladies neuro-dégénératives</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Stratégie numérique régionale</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Ressources humaines pour la santé</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Politique régionale des Investissement</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Besoins sanitaires Synthèse</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Médecine</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Chirurgie</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Gynécologie obstétrique</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Santé mentale &amp; psychiatrie</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Soins de suite &amp; réadaptation Synthèse</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>SSR cardio vasculaire</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>SSR maladies respiratoires</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>SSR addictions</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>SSR digestif</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>SSR Neurologie</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>SSR Locomoteur</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Unités de soins longue durée</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Cardiologie interventionnelle</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Accès aux soins non programmés</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Soins critiques Réanimation soins intensifs</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>
<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Insuffisance rénale chronique</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Assistance médicale à la procréation</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Diagnostic prénatal</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Traitement du cancer</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Equipements &amp; matériels lourds Imagerie</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Biologie médicale</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Permanence des soins en établissement</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>	<p>Accès aux soins de proximité</p> <p><b>Hospitalisation à domicile</b></p> <p>Projet Régional 2017-2020</p>

