

PSRS  
Version définitive

Agence régionale de santé Rhône-Alpes

# Le Plan Stratégique Régional de Santé

# Rhône-Alpes 2011 - 2015

1er août 2011

Version finale

Plan stratégique  
régional de santé  
Rhône-Alpes

## Avant-propos

La région Rhône-Alpes est la deuxième de France, par son poids dans la richesse et dans la population nationale (10% du total national).

Son système de santé permet à la population d'accéder aux soins dans des conditions jugées globalement favorables.

Les indicateurs sanitaires sont, en moyenne, très favorables et le plus souvent nettement supérieurs aux moyennes nationales.

Toutefois, ces données favorables recouvrent des inégalités de santé, sociales et territoriales, préoccupantes, dont témoignent pour tous les indicateurs d'importants écarts à la moyenne, tandis que certains territoires de la région présentent des indicateurs sanitaires très inférieurs aux moyennes nationales.

De plus, la santé ne se résume pas aux soins, mais englobe le maintien en bonne santé pour prévenir la maladie, ainsi que l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de fragilité.

C'est l'ambition de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) que de parvenir à prendre en considération cette vision globale et d'en confier la responsabilité aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Pour parvenir à cette vision globale, compétence a été donnée aux agences sur l'ensemble des champs : prévention, soins de ville et hospitalier, médico-social dans sa dimension sanitaire.

Mission leur a été donnée d'assurer le décloisonnement entre ces champs, afin de remédier aux dysfonctionnements observés dans les parcours de prises en charge des personnes.

Mission leur a été également donnée de s'attaquer aux inégalités de santé.

L'outil principal dont elles disposent pour atteindre ces objectifs est d'élaborer de manière concertée avec l'ensemble des acteurs, un **projet** pour la région, qui permette de rassembler les ressources et les énergies autour d'actions communes prioritaires.

Ce projet se décompose en trois étapes :

- Etape 1 : Elaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui définit, à partir d'un état des lieux, les orientations de la région pour les 5 ans à venir dans le domaine de la santé ;
- 
- Etape 2 : Elaboration des trois schémas régionaux d'organisation du système de santé : prévention, organisation médico-sociale, organisation des soins ;
- 
- Etape 3 : Elaboration de programmes d'action dont :
  - le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les populations en situation de précarité (PRAPS),
  - le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
  - le Programme Régional de Gestion du Risque (PR GDR),
  - le programme régional Télémédecine,
  - les programmes territoriaux de santé.

L'ensemble constitue le Projet Régional de Santé (PRS) (Conférer annexe 1).

Pour réussir, ce **projet** doit résulter d'un diagnostic précis sur les difficultés rencontrées par nos concitoyens en matière de santé dans la région. C'est l'objet de la première partie de ce document qui repose sur les travaux réalisés en partenariat avec l'Observatoire Régional de la Santé.

Ensuite, ce **projet** doit être partagé avec l'ensemble des acteurs de la santé. C'est pourquoi, sa construction a été réalisée en étroite concertation avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) qui, avec ses huit collèges, rassemble l'ensemble des acteurs concernés par le système de santé.

La partie 2 du document synthétise l'apport de la conférence sur l'élaboration du projet, tel qu'il résulte plus particulièrement de l'avis rendu le 19 avril 2011. De plus, le document élaboré a été soumis à une large concertation en Région, car ouverte au-delà des acteurs visés réglementairement par la procédure d'avis. Ainsi, ce projet se veut non seulement le projet de l'ARS, mais aussi celui de l'ensemble des acteurs concernés par les questions de santé.

Ce **projet**, à la différence des schémas d'organisation de l'offre de soins jusqu'ici élaborés pour planifier l'offre hospitalière (SROS), doit être un document pour agir et répondre prioritairement aux principaux déficits de prise en charge identifiés.

C'est pourquoi la partie 3 identifie des axes prioritaires d'action en nombre limités, retenus sur la base de critères partagés relatifs principalement à l'importance du problème identifié et à la capacité des acteurs à trouver des solutions.

Enfin, comme tout **projet** il sera important de suivre au fur et à mesure sa mise en œuvre, afin de procéder aux ajustements nécessaires en cours de route et réaliser un bilan global à l'issue des cinq années de mise en œuvre. C'est l'objet de la partie 4.

Denis MORIN,  
Directeur général

Version finale

Plan stratégique  
régional de santé  
Rhône-Alpes

<b>Introduction</b>	<b>P. 9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Des problématiques de santé spécifiques à certains territoires P.29</li> <li>➤ L'offre en santé est inégalement répartie sur le territoire P.35</li> </ul>
Les principes d'élaboration du plan stratégique régional de santé	P. 10	
<b>Partie 1 : Etat de santé en Rhône-Alpes</b>	<b>P. 13</b>	
<b>Un constat global favorable</b>	<b>P. 14</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Un contexte socio économique favorable à la santé P. 14</li> <li>➤ Un état de santé global meilleur que la moyenne nationale P. 19</li> <li>➤ Une offre en santé abondante et diversifiée P. 22</li> </ul>		
<b>4 éléments clés dans l'état de santé en Rhône-Alpes</b>	<b>P. 27</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Les inégalités territoriales et socio économiques dans l'accès à la santé P. 27</li> <li>➤ Les bons indicateurs socio économiques régionaux masquent des disparités infra territoriales P.27</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Une mortalité évitable relativement forte P. 38</li> <li>3. Des ruptures dans les prises en charge et l'accompagnement des patients et des usagers du système de santé P. 45</li> <li>4. Des risques sanitaires à maîtriser P. 48</li> </ul>
		<b>Partie 2 : Constats et objectifs Partage avec la CRSA P. 54</b>

**Partie 3 : Orientations et priorités du PSRS P. 59**

La définition des orientations stratégiques  
et des priorités d'action P. 60

Une concertation large sur le projet de PSRS P. 62

**Synthèse des orientations et priorités  
par axe du PRS P. 65**

1. Le développement de la prévention, notamment en  
réponse aux risques environnementaux P. 65

2. L'accès à une offre en santé adaptée et efficiente P. 65

3. La fluidité des prises en charge et des accompagnements P. 66

**Présentation détaillée par domaine  
des orientations et priorités du PSRS P. 67**

Domaine Périnatalité et petite enfance P. 68

Domaine Maladies chroniques P. 71

Domaine Santé mentale P. 73

Domaine Handicap et vieillissement P. 77

Domaine Risques sanitaires P. 82

**Partie 4 : Suivi et évaluation de la mise  
en œuvre du PRS P. 87**

**Annexes P. 89**

**Annexe 1 : Structure générale du PRS P. 90**

**Annexe 2 : Liste au 8 mars 2011 des objectifs  
recensés par domaine P. 91**

Version finale

Plan stratégique  
régional de santé  
Rhône-Alpes



## Introduction

Le **projet régional de santé (PRS)** offre l'opportunité à tous les acteurs du monde de la santé et de la démocratie sanitaire d'agir ensemble afin d'apporter des réponses aux besoins de santé prioritaires des habitants de la région Rhône-Alpes.

Dans cette perspective, le **plan stratégique régional de santé (PSRS)** est la première étape du Projet régional de santé. Sur la base d'un état des lieux approfondi de la santé en Rhône-Alpes, il propose pour les 5 ans à venir les grandes orientations de la politique de santé dans le champ de compétence de l'Agence régionale de santé tel qu'il résulte de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 et ses textes d'application. Ces orientations seront ensuite traduites dans les trois schémas d'organisation et l'ensemble des programmes d'actions propres à garantir leur mise en œuvre.

Pour que la politique de santé puisse se définir au plus près des territoires, ces orientations régionales seront déclinées dans des programmes territoriaux au sein des **5 territoires** de santé de la région, et des contrats locaux de santé.



Les 5 territoires de santé en Rhône-Alpes.

Ces orientations régionales s'inscrivent dans le cadre d'une politique nationale de santé en évolution. Elles tiennent compte de la loi de santé publique et des différents plans nationaux, ainsi que des orientations budgétaires fixées par les lois de finance et les lois de financement de la sécurité sociale.

Elles prennent également en compte les objectifs stratégiques assignés aux ARS par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » :

Ce projet se décompose en trois étapes :

- amélioration de l'espérance de vie en bonne santé ;
- promotion de l'égalité devant la santé ;
- développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient.

L'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) depuis l'automne 2010 s'est appuyée en Rhône-Alpes sur quelques principes :

- promouvoir une approche globale de la santé ;
- retenir des priorités fortes et structurantes déterminées en fonction des spécificités régionales et de l'état des lieux, et en nombre limité ;
- travailler très en amont et de manière coordonnée avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

## Les principes d'élaboration du plan stratégique régional de santé

### ➤ Promouvoir une approche globale de la santé autour du patient et de l'utilisateur

L'offre de santé sanitaire ou médico-sociale, la santé publique et le financement du système de santé ont longtemps été traitées de façon cloisonnée. De plus, le système de santé français a historiquement réservé une place prépondérante aux soins au détriment de la prévention.

En matière d'offre de santé, nous n'avons pas encore bâti un « système de santé » intégré. L'offre sanitaire et médico-sociale, l'offre hospitalière et la médecine de ville ont été jusqu'à présent largement appréhendées au travers d'outils séparés. Ainsi, les usagers, les patients, les personnes âgées ou personnes handicapées et leurs familles, autant que les professionnels de santé et, en définitive tous les acteurs de la santé, pâtissent du cloisonnement des structures et des pratiques. Ce constat est aussi valable en Rhône-Alpes, même s'il doit être immédiatement tempéré par l'impact positif des initiatives prises par nombre d'acteurs (réseaux de santé, filières gériatriques, coopérations hospitalières, maisons de santé pluri-professionnelles...) pour décroiser notre système de santé.

En promouvant une **approche globale de la santé**, centrée sur **l'utilisateur, le patient ou la personne prise en charge**, conformément aux préconisations de l'Organisation mondiale de la santé, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » entend accompagner et amplifier ces initiatives en leur donnant un cadre juridique propice.

Au niveau régional, le PSRS, intégrant à la fois la prévention, les différentes composantes du soin, la prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie, et la prise en compte des impératifs de sécurité sanitaire, est aujourd'hui un outil de développement de cette approche globale de la santé, mis à la disposition de tous les acteurs de la santé.

Pour assurer cette approche globale, les orientations du plan – correspondant aux compétences couvertes par l'ARS – doivent par ailleurs être articulées avec les politiques conduites par les conseils généraux ainsi qu'avec les autres politiques publiques en lien avec la santé.

### ➤ Définir un nombre limité de priorités sur la base du diagnostic régional

Le plan stratégique s'appuie sur le diagnostic de la santé en Rhône-Alpes, dont la réalisation a été conduite en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé (ORS). L'étude complète est disponible sur le site internet de l'ARS Rhône-Alpes ([www.ars.rhonealpes.sante.fr](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr)).

#### Le diagnostic a vocation à faire émerger les besoins de la population :

- ceux de la mère et de l'enfant : leur approche inclut non seulement la prise en charge de la maternité mais également les problématiques en amont de la conception et en aval de la naissance ;
- ceux de l'adolescent et du jeune, dont les comportements peuvent avoir une forte influence, immédiatement ou à terme, sur leur santé ;
- ceux de l'adulte, qui est davantage exposé à la survenue de maladies chroniques ;
- ceux des personnes en perte d'autonomie, que celle-ci soit liée à l'âge ou au handicap physique ou psychique ;
- ceux, pour toute la population, générés par la survenue de risques sanitaires nouveaux notamment liés à l'environnement.

Au terme du diagnostic, ont été repérés environ 40 objectifs d'amélioration du fonctionnement de notre système de santé en région. Un exercice de « priorisation » a été effectué au regard de l'**ampleur** et de la **sévérité** des problèmes identifiés d'une part, et de l'**efficacité** et la **faisabilité** des solutions proposées d'autre part.

C'est le résultat de cet exercice qui constitue les axes, orientations et priorités du Projet Régional de Santé pour les 5 années à venir. Le plan stratégique a vocation à mettre l'accent sur **les enjeux les plus sensibles en Rhône-Alpes**.

Le diagnostic montre que l'état de santé global de la population est meilleur que celui de la moyenne nationale. Ce bon résultat d'ensemble masque toutefois des inégalités territoriales et sociales marquées, des progrès possibles en matière de mortalité prématurée évitable, des discontinuités dans les prises en charge ainsi que des risques forts liés à l'environnement. Au regard de ces résultats, quatre grands enjeux de santé ont été identifiés pour la région :

- la lutte contre les **inégalités territoriales et sociales** dans l'accès à la santé ;
- la mise en œuvre de démarches préventives ciblées, pour **réduire la part de décès évitables dans la mortalité prématurée (avant 65 ans)**. Les principales pathologies liées à la mortalité évitable sont : cancers du poumon, cancers des voies aérodigestives supérieures, cirrhoses, psychoses alcooliques, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicide, SIDA ;
- l'amélioration du **parcours de vie** des personnes âgées, des personnes handicapées et des patients atteints de maladie chronique ;
- la prise en compte **des risques sanitaires** propres à la région.

## ➤ Impliquer dès l'automne 2010 l'instance régionale de la démocratie sanitaire

Le choix a été fait en région Rhône-Alpes d'associer, très en amont, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), instance de la démocratie sanitaire au niveau régional, à l'élaboration du plan stratégique en santé. Cette instance a associé des représentants des Conférences de territoire à ses propres travaux.

L'ARS Rhône-Alpes a présenté à la CRSA, dès l'automne 2010, la méthode d'élaboration du plan stratégique régional de santé ainsi que le diagnostic réalisé.

Le 8 mars 2011, le Directeur général de l'ARS a transmis à la Présidente de la CRSA un document préfigurant le PSRS.

Cette instance a rendu, le 19 avril 2011, un avis qui met en exergue de nombreux points de convergence. Elle propose également des actions, dont l'exploitation sera examinée lors des travaux relatifs aux schémas et programmes.

Version finale

Plan stratégique  
régional de santé  
Rhône-Alpes

Partie 1

# Etat de santé en Rhône-Alpes

## Un constat global favorable

Le diagnostic a été réalisé en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé, et enrichi des apports formulés à l'occasion des concertations menées avec des acteurs de terrain. Il met à disposition de la région un matériau riche même si certains volets, comme ceux en lien avec le médico-social, ou avec la prévention, sont moins documentés du fait de l'insuffisance de données rapidement mobilisables.

La construction d'une observation en santé partagée au sein de la région constitue d'ailleurs un des enjeux, sur lequel le projet régional de santé donnera l'opportunité de travailler au cours des 5 prochaines années.

D'ores et déjà, l'ARS travaille avec tous les partenaires du médico-social à la mise en place d'un Observatoire Régional de la Dépendance et de l'Autonomie (ORDA) qui devrait voir le jour avant la fin de l'année 2011.

### 👉 Un contexte socio économique favorable à la santé

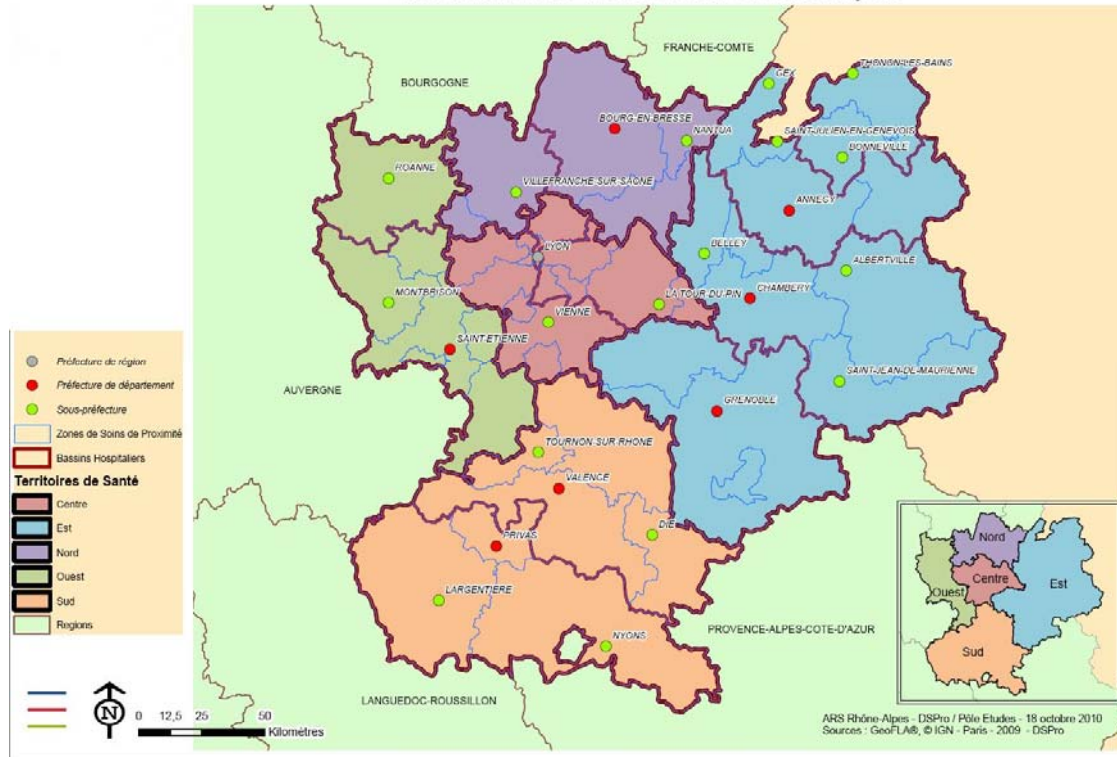
La région Rhône-Alpes est la **2<sup>ème</sup> région française par sa superficie**. La moitié de celle-ci (49 %) est constituée d'espaces à dominante urbaine, contre 41% en moyenne en France.

Elle regroupe **10 % de la population nationale** (au 1er janvier 2007, 6 065 948 personnes résident en Rhône-Alpes). Ce chiffre passe à 6 117 229 en 2008. Avec 138,8 habitants/km<sup>2</sup> (140 habitants/km<sup>2</sup> en 2008) elle a une densité légèrement supérieure à celle de la France métropolitaine (111,9 habitants/km<sup>2</sup> en 2007 et 114,2 en 2008) et figure au 6<sup>e</sup> rang des régions les plus densément peuplées (source INSEE 2007 et 2008).

La répartition des habitants au sein des cinq territoires de santé est la suivante :

- 810 512 habitants dans le territoire Ouest, soit une densité de 143,4 habitants/km<sup>2</sup> (nombre d'habitants porté à 812 103 en 2008) ;
- 574 558 habitants dans le territoire Nord, soit une densité de 105,9 habitants/km<sup>2</sup> (chiffre porté à 580 008 habitants en 2008) ;
- 1 983 110 habitants dans le territoire Est, soit une densité de 119,1 habitants/km<sup>2</sup> (en 2008, ce chiffre est porté à 2 002 714 habitants) ;
- 745 042 habitants dans le territoire Sud, soit une densité de 64,3 habitants/km<sup>2</sup> (en 2008 ; 751 551 habitants) ;
- 1 952 727 habitants dans le territoire Centre, soit une densité de 445,7 habitants/km<sup>2</sup> (en 2008 ce chiffre est porté à 1 970 853 habitants).

## Les territoires de santé en Rhône-Alpes



Le **territoire Centre**, avec Lyon et son agglomération, concentre une grande partie (près du tiers) de la population de Rhône-Alpes. Sa densité y est 4 fois supérieure aux autres territoires.

L'**Est** concentre une part équivalente de la population (33%) mais sa superficie est également la plus vaste et sa densité par conséquent moindre.

Le **Sud**, est le territoire dans lequel la part de la population rurale est la plus importante de la région. Ce territoire englobe notamment le parc naturel du Vercors et le parc naturel des monts d'Ardèche.

Le **Nord** est le territoire le moins peuplé (moins de 10% de la population régionale).

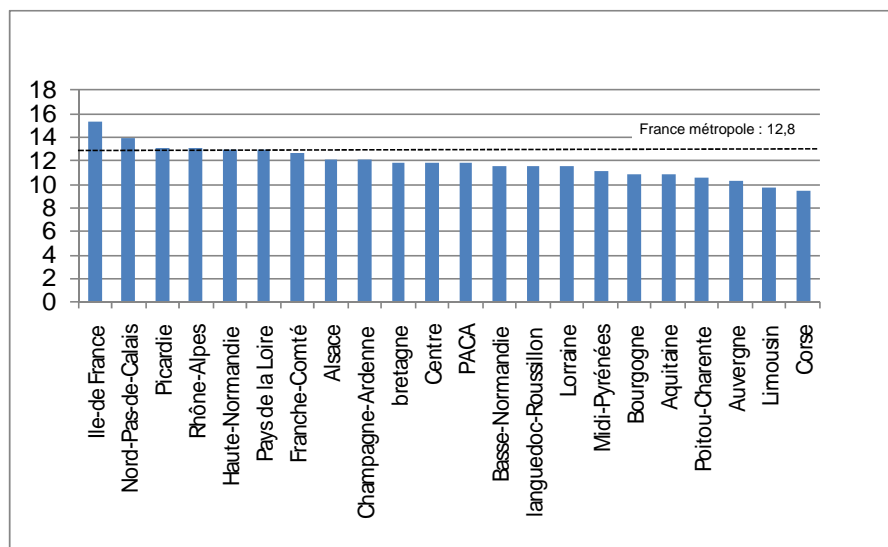
Enfin l'**Ouest**, qui présente une densité de population équivalente à la valeur régionale, est un territoire où l'accroissement de la population est sensiblement inférieur aux autres.

Depuis 1960, la croissance démographique en Rhône Alpes est supérieure à la moyenne nationale du fait du taux de natalité (3e rang des taux français), de l'excédent naturel et du solde migratoire.

Le nombre de naissances ne cesse d'augmenter depuis une quinzaine d'années pour atteindre 81 062 naissances en 2009 (76 115 naissances en 2 000), permettant ainsi un ralentissement du vieillissement de la population et faisant de la région Rhône-Alpes une région relativement jeune parmi les autres régions de France.

Le taux de natalité en Rhône-Alpes s'élève à 13,4 naissances pour mille habitants en 2009, contre 12,8 en France métropolitaine. Il se situe en 4ème position après l'Île de France, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie.

#### Taux en % de natalité en 2009 dans les régions de la France métropolitaine



#### Nombre de naissances et taux\* de natalité en 2009

Territoire	Nombre	Taux de natalité
Est	25 330	12,8
Nord	7 704	13,4
Ouest	9 963	12,3
Centre	29 340	15
Sud	8 725	11,7
Rhône Alpes	81 062	13,4
France	816 064	12,8

\* Taux pour 1 000 habitants

Source : INSEE (RP 2009) - Exploitation ORS

Les territoires Centre et Nord ont les taux de natalité les plus dynamiques.

#### Une augmentation des naissances prématurées (enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée).

En France, d'après les enquêtes périnatales, 6,2% des enfants nés vivants sont nés prématurés en 1998, et 6,3% en 2003. En 2007, d'après les certificats de surveillance au 8<sup>ème</sup> jour, 6,4% des enfants sont nés avant 37 semaines d'aménorrhée. Cette évolution à la hausse est constatée depuis le milieu des années 1990.

Les facteurs connus associés à une naissance prématurée et qui jouent un rôle dans cette évolution à la hausse sont notamment l'âge de la mère et les grossesses multiples.

L'augmentation de l'âge des femmes (l'âge moyen des femmes qui ont accouché en 2009 est de 30 ans) induit des risques accrus de complications maternelles, de grossesses multiples, de prématurité et de malformations.

Les traitements de l'infertilité augmentent également la part de grossesses multiples. Les antécédents et pathologies obstétricaux sont également des facteurs de risque, et le rôle des conditions socio-économiques est bien établi.



Dans la région Rhône-Alpes, ce taux de prématurité est estimé, en 2009, à 6,1% (6,4% chez les garçons et 5,8% chez les filles) selon les données du PMSI (données hospitalières) et 6,6% (en l'absence de données du département de l'Isère) selon les données des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour (Cs 8). Ces deux sources de données comprennent chacune des biais potentiels. La Haute-Savoie, l'Ain ou la Savoie présentent des taux plus faibles.

Selon le PMSI sur la période 2008-2009, 4 906 nouveau-nés dont les parents résident en Rhône-Alpes sont ainsi nés prématurément par an, dont 269 soit 3,3 pour 1 000 sont des très grands prématurés (la très grande prématurité se définit comme une naissance avant 29 semaines d'aménorrhée).

Le poids moyen des nouveau-nés était de 3 242 grammes, 7,4% des 80 384 enfants pesaient moins de 2 500 grammes et 2,7% moins de 2 000 grammes. Cette part présente une variation importante selon les territoires avec 6,9% de nouveau-nés de moins de 2 500 grammes sur l'Est et 8,0% dans l'Ouest.

#### Taux\* de naissances prématurés (moins de 37 semaines de gestation et de petit poids de naissance par territoire selon le PMSI en 2008-2009

Territoire	Taux prématurité (-37sem)	Taux de poids de naissance inférieur à 2500g
Est	5,9	6,9
Nord	6,1	7,4
Ouest	5,7	8,0
Centre	6,3	7,7
Sud	6,4	7,4
Rhône Alpes	6,1	7,4

\*Taux pour 100 naissances  
Source : PMSI - Exploitation ORS

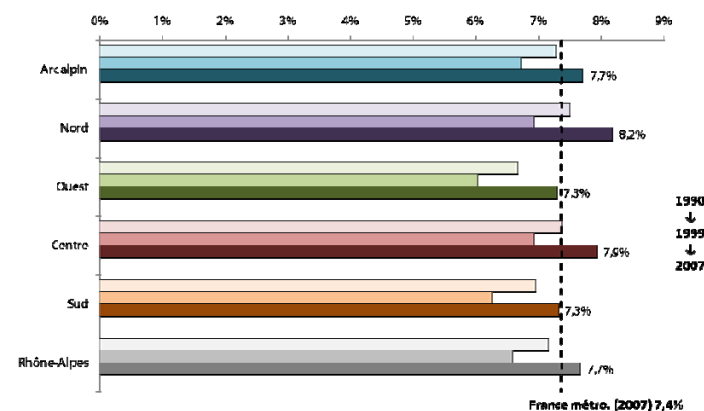
**Rhône-Alpes est une région globalement jeune** – les moins de 25 ans représentent 34 % de la population globale en 2008 – et attractive, notamment pour les jeunes ménages avec enfants et les jeunes adultes, étudiants ou en recherche d'emploi. La part des 75 ans et plus dans la population totale rhônalpine est inférieure d'un demi point à la part nationale (7,9% en région contre 8,5 en France en 2007). En 2008, cette part est passée à 8 % en Rhône-Alpes.

En France, **le taux d'enfants de moins de 6 ans** sur l'ensemble de la population s'élève à 7,4% en 2007. En Rhône-Alpes, cette part est légèrement supérieure et représente, avec 464 320 enfants de moins de 6 ans, 7,7% de la population en 2007. Elle est passée à 8 % en 2008.

Après une baisse entre 1990 et 1999, cette part a fortement augmenté depuis 1999 où elle représentait 6,6% de la population. Le nombre d'enfants de moins de 6 ans, reflet de la hausse des naissances évoquée précédemment, a ainsi augmenté de 2,8% par an sur cette période.

La part d'enfants de moins de 6 ans varie, en 2007, de 7,2% dans le Sud à 8,1% dans le Nord, territoire où la hausse a été la plus marquée (+ 3,3% par an).

#### Part en % des enfants de moins de 6 ans aux recensements de 1990, 1999 et 2007



Source : INSEE (RP 2007) – Exploitation ORS

Evolution moyenne annuelle en % du nombre d'enfants de moins de 6 ans entre 1990 et 2007

Territoire	1990-1999	1999-2007
Est	-0,1	2,9
Nord	0,0	3,3
Ouest	-1,4	2,6
Centre	-0,1	2,6
Sud	-0,5	3,1
Rhône Alpes	-0,3	2,8
France	-0,7	2,7

Source : INSEE (RP 2007) – Exploitation ORS

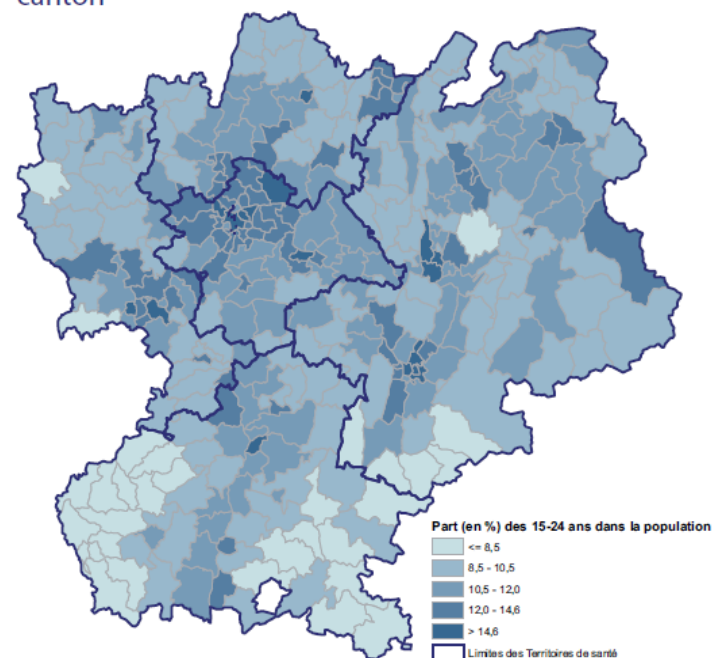
**En Rhône-Alpes, comme en France, les 15-24 ans représentent 13% de la population en 2007**

Au 1er janvier 2007, 787 027 personnes de 15-24 ans résident en Rhône-Alpes, soit 13% de la population régionale, part équivalente à ce qu'on observe au niveau national. Parmi les cinq territoires de santé, c'est le territoire Centre qui enregistre le taux de jeunes de 15-24 ans le plus élevé (près de 15%), et le Sud le taux le plus faible (11%).

La part des jeunes de 15-24 ans présente une baisse depuis 25 ans en Rhône-Alpes comme en France (passage de 16 à 13%). On note cependant, une stabilisation entre 1999 et 2007. Le territoire Centre connaît même une légère augmentation de la part de la population des jeunes sur cette période.

Au niveau local, les parts de jeunes les plus élevées s'observent surtout sur les principales agglomérations (Lyon, St Etienne, Grenoble, Chambéry) et sur certaines zones comme Oyonnax, la vallée du Rhône et certains territoires alpins.

Part des 15-24 ans dans la population en 2007 par canton



Source : INSEE (recensement de la population)

17,6% des jeunes de 15-24 ans sortent du système scolaire sans diplôme.

En Rhône-Alpes, parmi les jeunes de 15-24 ans sortis du système scolaire en 2007, 17,6% le sont sans avoir obtenu de diplôme. 7,8% en sortent avec un niveau Certificat Brevet, 27,2% en sortent avec un niveau BEP-CAP, 24,9% en sortent avec un niveau Baccalauréat et 22,5% ont un niveau au moins Bac + 2. A noter que le Centre, territoire aux fortes disparités, présente à la fois la part de haut diplômés la plus élevée et une part de sans diplôme forte.

Répartition (en %) des 15-24 ans sortis du système scolaire selon leur niveau d'études en 2007

Territoire	Nombre d'actifs	Répartition en %					Total
		Bac + 2 minimum	Bac.	BEP CAP	Certificat Brevet	Pas de diplôme	
Est	86 729	23,5	25,8	27,1	7,7	15,9	100
Nord	26 970	18,5	24,8	30,1	8,2	18,4	100
Ouest	36 224	21,3	26,2	28,5	7,3	16,7	100
Centre	89 026	24,7	24,3	24,6	7,9	18,6	100
Sud	32 242	18,3	23,3	30,7	8,4	19,3	100
Rhône Alpes	271 190	22,5	24,9	27,2	7,8	17,6	100
France	2 757 451	20,5	24,4	28,2	8,6	18,2	100

Source : INSEE (RP 2007) – Exploitation ORS

L'indice de vieillissement (65 ans et plus/moins de 20 ans) est au 6<sup>ème</sup> rang en France métropolitaine mais il augmente régulièrement. Il était de 56,7% en 2000, 58,8% en 2004, 61,3% en 2007.

Les indicateurs socio-économiques de la région sont relativement bons. En 2007, avec 23 417 € le revenu moyen par habitant est le 2<sup>ème</sup> plus élevé de France après Ile de France (22 708 € pour le revenu moyen français).

Globalement, le profil par catégorie socio-professionnelle de la région est proche de celui de la France. Les employés et professions intermédiaires sont majoritaires et représentent en Rhône-Alpes comme en France plus d'un emploi sur deux (53%). Les ouvriers représentent 24% des emplois, les cadres et professions intellectuelles supérieures 15%.

Les indices de précarité sont en dessous des moyennes nationales. En 2008, 42,5 % des foyers fiscaux ne sont pas imposables contre 45,3 % en France. Le taux de chômage est inférieur de 1,5 % au taux national (9,8% contre 11,4% en France). Pour autant, il variait de 7,7% dans l'Arc alpin à 10,8% dans le Sud et 10,9% dans le territoire de l'Ouest.

A fin 2007, 246 500 Rhônalpins sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) soit un taux de couverture des assurés du régime général par la CMU complémentaire de 5%.

Le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) était de 67 300 à fin 2007 (Au 1<sup>er</sup> juin 2009 le Revenu de Solidarité Active (RSA) se substitue au RMI). Parmi la population de moins de 65 ans, 2,6% est concernée par le RMI. Ce pourcentage varie de 1,4% en Haute-Savoie à 3,7% dans la Drôme.

Dans l'ensemble, la population de la région Rhône-Alpes est marquée par un niveau de vie supérieur à la moyenne nationale, un taux de chômage parmi les plus faibles du pays, et une qualification supérieure.

### Un état de santé global meilleur que la moyenne nationale

Deux indicateurs sont retenus habituellement pour décrire l'état de santé global d'une population : l'espérance de vie à la naissance et la mortalité générale.

Sur ces deux indicateurs, les valeurs régionales et infra régionales sont plus favorables que celles des autres régions.

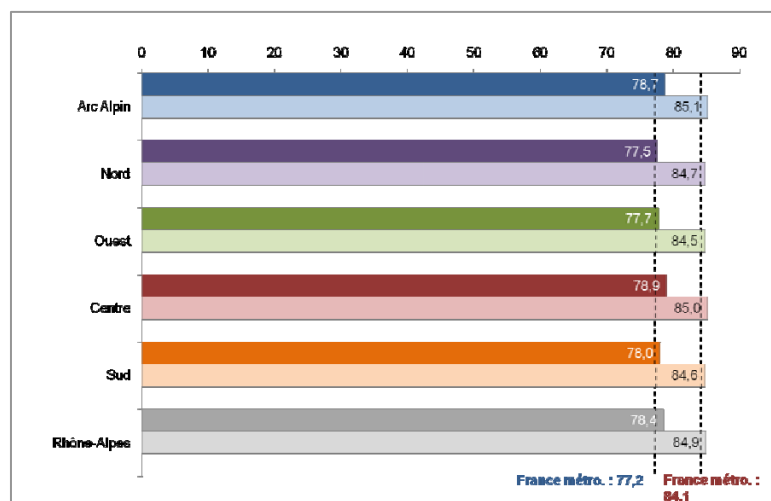
L'espérance de vie à la naissance, en 2007, est supérieure à la moyenne nationale pour les deux sexes.

La région présentant en 2007, l'espérance de vie féminine la plus élevée des 22 régions hexagonales, soit 85,2 ans en 2007 (à l'opposé, dans le Nord Pas-de-Calais, les femmes ont en 2007, une espérance de vie de 82,2 ans).

La région se situe au 3ème rang pour l'espérance de vie des hommes, 78,6 ans en 2007 après l'Île de France, 79,0 ans, et Midi-Pyrénées, 78,7 ans (dans le Nord Pas-de-Calais, les hommes présentent en 2007 l'espérance de vie la plus basse de métropole avec 74,2 ans).

L'espérance de vie est en constante augmentation comme dans l'ensemble des régions en France. En Rhône-Alpes, selon l'INSEE, elle était en 1990 de 73,6 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes, soit une progression de 5 ans pour les hommes et 4 ans pour les femmes en 17 ans.

#### Espérance de vie à la naissance



Arc Alpin = Territoire Est

Source INSEE (Homme / Femmes) – Exploitation ORS

Dans la région Rhône-Alpes, on note en fonction des territoires des disparités relativement faibles avec 1,4 an d'écart chez les hommes (minimum dans le territoire Nord et maximum dans le territoire Centre) et 0,6 an chez les femmes (minimum dans le territoire Ouest et maximum dans les territoires Est et Centre). Tous les territoires présentent des espérances de vie supérieures à la valeur nationale.

La mortalité générale est quant à elle en baisse continue.

En 2008, 46 574 décès sont survenus en Rhône-Alpes, dont 51% de décès masculins. Après avoir enlevé les effets de structures par âge, on observe une diminution presque continue de la mortalité générale chez les hommes et les femmes.

Si les décès se partagent pour moitié entre les hommes et les femmes, la répartition par âge est différente entre les deux sexes. Ainsi, le taux comparatif de décès est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2008, le taux comparatif de mortalité chez les hommes est de 1 030,4 pour 100 000 habitants et chez les femmes de 590,3.

Ces taux ont connu une évolution à la baisse soutenue entre 1991 et 2008, avec une réduction de 23% chez les hommes et de 22% chez les femmes entre les taux des deux périodes quinquennales 1991-1995 et 2004-2008. Ces baisses sont supérieures à celles observées au niveau national.

Effectifs de décès et taux comparatifs de mortalité générale annuels pour  
100 000 habitants

Territoires	Hommes		Femmes	
	Décès/an 2003-2007	Taux comparatif 2003-2007	Décès/an 2003-2007	Taux comparatif 2003-2007
Est	7 019	1071,0	6 601	622,2
Nord	2 301	1157,2	2 050	640,1
Ouest	3 960	1159,6	3 902	645,0
Centre	6 547	1059,1	6 477	610,9
Sud	3 390	1114,2	3 175	636,9
Rhône Alpes	23 222	1116,7	22 210	629,4
France	269 320	1168,0	256 384	668,6

Source INSEE (RP-2007) CépiDC - Exploitation ORS

Les causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges du fait de l'allongement de la durée de la vie et du vieillissement de la population.

La première cause de mortalité tous sexes confondus dans la région Rhône-Alpes, comme en France, est représentée par les tumeurs qui sont à l'origine de 35% des décès chez les hommes et 26% chez les femmes (31% au total). Ces chiffres sont identiques au niveau national. On note une augmentation de la part de décès par tumeurs entre 2000 et 2007, les tumeurs étant ainsi devenues la première cause de décès tous sexes confondus.

Les décès par maladies cardio-vasculaires, représentent 27% des décès et constituent la deuxième cause de décès chez les hommes et la première chez les femmes. Ces décès sont représentés principalement par les accidents cérébro vasculaires et les cardiopathies ischémiques. La part des maladies de l'appareil circulatoire parmi les causes de décès est en baisse pour les deux sexes. Cette diminution concerne avant tout les maladies vasculaires cérébrales.

Les causes externes de mortalité, qui regroupent principalement les accidents (de transport, de la vie courante, du travail) et les suicides, touchent plus fréquemment les hommes et représentent chez eux la troisième cause de mortalité, avec 8,2% des décès en 2007.

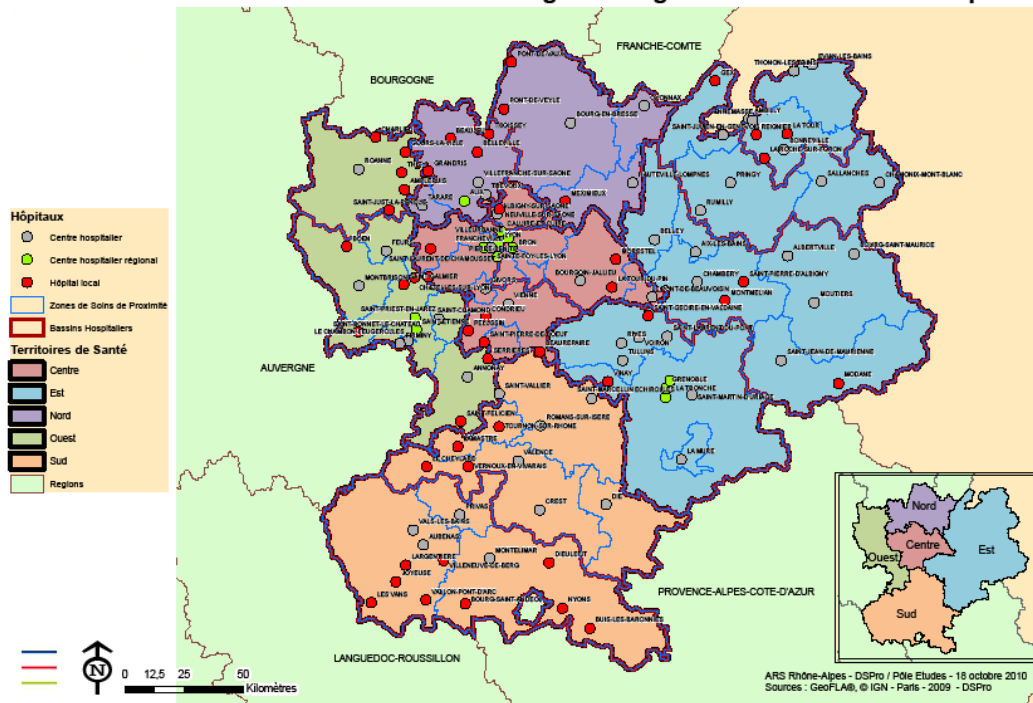
La troisième cause de mortalité chez les femmes est représentée par les maladies du système nerveux (Alzheimer) alors qu'elles ne représentent que la 6ème cause de décès chez les hommes.

Les cinq premières grandes causes de décès (tumeurs, maladies cardio-vasculaires, causes externes, maladies respiratoires, maladies neurologiques) sont à l'origine de près de quatre décès sur cinq (77%).

En ce qui concerne les décès survenus avant 65 ans (mortalité prématurée évitable), qui représentent en 2007 près de 20% des décès, la répartition est différente. Le poids des décès par tumeurs est plus important encore : il est notamment à l'origine d'un décès sur deux chez les femmes (42% sur l'ensemble des deux sexes). Les causes externes deviennent la deuxième cause de décès et représentent 16% de l'ensemble des décès prématurés.

➤ Une offre en santé abondante et diversifiée

Les territoires de santé de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes



Au titre des établissements de santé, on recense sur l'ensemble de la région, au 1er janvier 2010 : 51 maternités, 92 établissements ayant des autorisations de chirurgie, 162 établissements équipés de lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 70 structures d'urgence et 40 appareils de radiothérapie.

Les taux d'équipements en Rhône-Alpes sont équivalents aux taux nationaux.

Taux d'équipement en nombre de lits et places pour 1 000 habitants

Activité	Rhône-Alpes	France
Médecine	2,1	2,2
Chirurgie	1,5	1,5
Gynécologie obstétrique	0,8	0,8
SRR	1,7	1,7

Source STATISS Régions Françaises au 01.01.2010

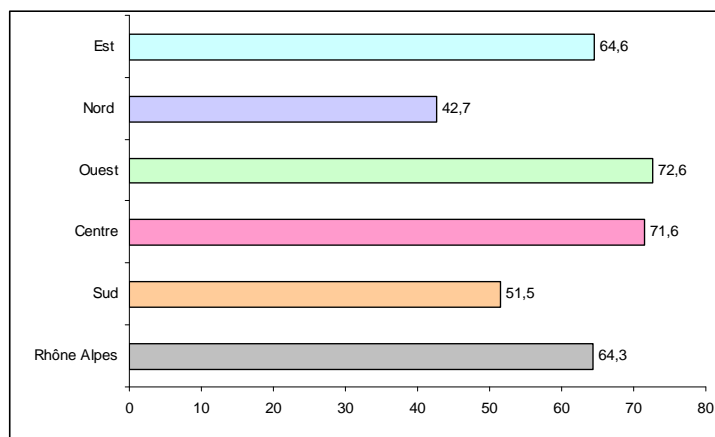
Sur les 51 maternités de la région, 25 maternités sont de niveau 1, 21 de niveau 2 (maternité avec service de néonatalogie) et 5 de niveau 3 (il s'agit de maternités avec service de réanimation néonatale dont 2 sont sur Lyon, 1 à St-Etienne, 1 à Chambéry et 1 à Grenoble).

Cette offre est complétée par 14 centres périnataux de proximité.

Les maternités publiques et privées sont regroupées au sein de réseaux périnataux. Ces réseaux qui regroupent un ensemble d'établissements et de professionnels de santé permettent une mutualisation des compétences, une harmonisation des collaborations, une organisation plus performante.

Quatre réseaux, (Aurore, autour de Lyon), (Elena, autour de St-Etienne), (Réseau Alpes-Isère, autour de Grenoble), (Réseau des Deux Savoies, autour de Chambéry), existent sur la région et en assurent une couverture complète.

#### Taux\* d'équipement en lits de maternité au 01/01/11 par territoire de santé



\* Taux pour 100 000 femmes de 15 ans et plus  
Arc Alpin = Territoire Est  
Source SAE exploitation ORS

**Sur le champ du médico-social** et selon les dernières analyses nationales déclinées par région, Rhône-Alpes se situe en position favorable pour le taux d'équipement en lits et places pour personnes âgées (+10%), en équipements pour adultes handicapés (+15%) et en situation équivalente pour les établissements et services pour enfants handicapés (-2%).

Toute offre médico- sociale confondue, le taux d'équipement est de :

- 138,8 lits et places pour les personnes âgées pour 1000 habitants de 75 ans et plus,
- 8,9 lits et places pour enfants handicapés pour 1000 habitants de moins de 20ans,
- 7,3 lits et places pour adultes handicapés pour 1000 habitants de 20 à 59 ans.

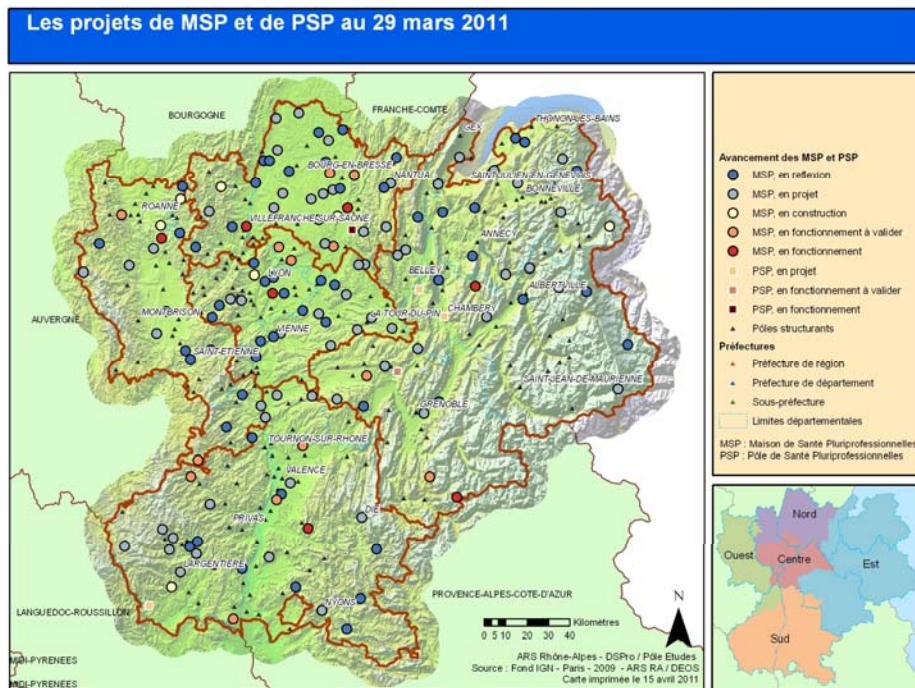
**L'offre de soins libérale** est relativement bien implantée. Au premier janvier 2011, Rhône-Alpes compte notamment : 6 099 généralistes et 7 561 spécialistes, dont 40% environ ont plus de 55 ans, 6 732 infirmiers, 6 451 masseurs kinésithérapeutes et 1 702 officines pharmaceutiques.

La densité des professionnels libéraux est supérieure à celle observée au niveau national sauf pour les médecins généralistes (Données 2009 pour 100 000 habitants) :

- Médecins généralistes : 97,1 en RA contre 97,6 en France,
- Médecins spécialistes : 115 en RA contre 87,1 en France,
- Infirmiers : 98,9 en RA contre 97,1 en France,
- Masseurs kinésithérapeutes : 98,8 en RA contre 78,4 en France,
- Chirurgiens dentistes : 62,7 en RA contre 57,7 en France.

La région a toujours été particulièrement dynamique en matière d'expérimentations de nouveaux modes d'exercice des professionnels de santé libéraux qu'il s'agisse de la coordination des professionnels au sein de réseaux de santé, plus récemment des exercices regroupés (maisons médicales de garde pour la permanence des soins et maisons de santé pluri professionnels) ou des nouveaux modes de rémunération.

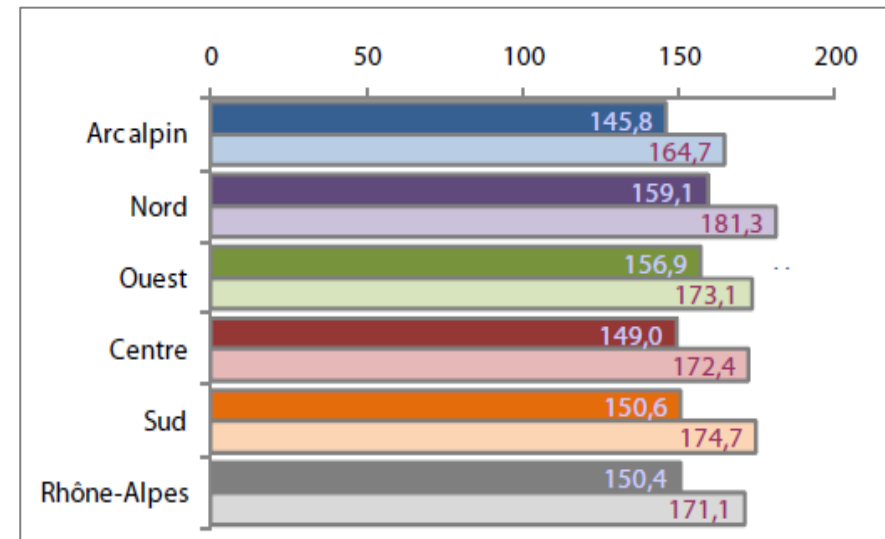
Pour illustrer le déploiement en cours de l'exercice regroupé sont repris ci-dessous les projets de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et de pôle de santé pluri-professionnels (PSP) :



L'offre en santé est donc abondante et diversifiée.

Globalement l'accès aux soins ne pose pas de problèmes majeurs comme le montre ci-après le taux de recours global à l'hospitalisation et les dépenses consacrées à la santé.

Taux comparatif (pour 1000 habitants) de patients ayant eu un recours à l'hospitalisation (toutes causes confondues) pour la période 2005-2008



Arc Alpin = Territoire Est  
Sources INSEE (RP 2007) - PMSI (ATH) - Exploitation ORS



Par ailleurs, selon l'état financier qui retrace l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relative à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans la région, **les dépenses de santé de la région Rhône-Alpes se sont élevées à 16 206,54 M€ en 2010**. Ces dépenses représentent 9,35% des dépenses nationales s'élevant à 173 349,33 M€, soit un peu moins que la part de la population régionale dans de la population nationale (10 %).

#### Répartition 2010 des dépenses de santé par destination, comparaison et évolution Rhône-Alpes/France

Libellé dépense	RHÔNE-ALPES			NATIONAL			Part du poste 2010 en RA / National
	Réalisé année 2009 (M€)	Réalisé année 2010 (M€)	Variation 2009 / 2010 (%)	Réalisé année 2009 (M€)	Réalisé année 2010 (M€)	Variation 2009 / 2010 (%)	
DEPENSES DE SANTE PUBLIQUE	47,51	44,92	-5,4%	597,95	568,06	-5,0%	7,9%
DEPENSES DE SOINS DE VILLE*	6 709,87	6 903,10	2,9%	71 529,46	73 477,04	2,7%	9,4%
DEPENSES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	6 355,67	6 483,18	2,0%	69 371,48	70 514,60	1,6%	9,2%
VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX (hors conseils généraux)	1 623,44	1 699,71	4,7%	17 295,37	18 414,17	6,5%	9,2%
AUTRES PRESTATIONS AT-MP, invalidité, décès	977,80	984,31	0,7%	9 220,86	9 030,74	-2,1%	10,9%
AUTRES DEPENSES SANITAIRES et MEDICO-SOCIALES	36,69	91,31	148,9%	729,41	1 344,72	84,4%	6,8%
<b>TOTAL*</b>	<b>15 750,98</b>	<b>16 206,54</b>	<b>2,9%</b>	<b>168 744,53</b>	<b>173 349,33</b>	<b>2,7%</b>	<b>9,3%</b>

\* Hors Retrocession

Six blocs de dépenses sont distingués :

- **les soins de ville** : avec 6 903,10 M€, ils représentent 42,6% du total des dépenses de santé de la région,
- **les établissements de santé** : 6 483,18 M€ leur sont affectés, soit 40% du total des dépenses de santé de la région,
- **les établissements et services médico-sociaux** (hors dépenses supportées par les Conseils Généraux) : avec 1 699,71 M€, ce bloc représente 10,5% du total,
- **les autres prestations** (accidents du travail, maladies professionnelles, invalidité et décès) s'élèvent à 984,31M€, soit 6,1% du total des dépenses de santé de la région,
- **les autres dépenses sanitaires et médico-sociales** s'élèvent à 91,31M€, soit 0,6% du total des dépenses de santé de la région.

La forte évolution de ce poste, tant pour le national que pour le régional s'explique principalement par l'intégration en 2010 des dépenses liées au fonctionnement de l'ARS, ce qui ne figurait pas dans l'état financier 2009 (+42,95 M€ pour RA, ce qui représente environ 47% de ces autres dépenses en 2010, contre +553,78 M€ pour le national, ce qui représente environ 41% des autres dépenses sanitaires et médico-sociales 2010).

La forte divergence d'évolution du poste « autres dépenses sanitaires et médico-sociales » entre RA et le national (l'évolution RA est supérieure de 64,5 points à l'évolution nationale) s'explique principalement (mais pas seulement) par le poste « autres dépenses de santé » qui évolue de +154% pour RA contre +18% pour le national, sachant que la part que représente ce poste dans les « autres dépenses sanitaires et médico-sociales » 2010 est près de deux fois plus importante pour RA que pour le national.

Dans ces « autres dépenses de santé » l'état financier retrace :

- le remboursement des charges d'expertise médicale en cas d'accident du travail ;
- les dépenses des caisses d'assurance maladie au titre du préjudice amiante - indemnisation pour faute inexcusable (art. 40 LFSS 1999) ;

- les dépenses de soins à l'étranger.

Ces dépenses sont estimées en dates de soins par la CNAMTS, selon la même méthodologie que pour les soins de ville.

- et enfin **la santé publique** (crédits Etat et fonds prévention assurance maladie) représentent avec 44,92 M€ seulement 0,3% du total des dépenses de santé de la région. A noter cependant que les montants inscrits dans ce bloc de dépenses n'intègrent pas les dépenses liées à la participation des établissements de santé aux missions de santé publique (146,2M€ en 2010) dont une partie est affectée à des actions de prévention et d'éducation pour la santé (environ 67M€ soit 46% des Missions d'Intérêt Général « santé publique »), ni les dépenses des personnels (dont les agents de l'Etat ou de l'ARS) intervenant directement sur la santé publique et plus particulièrement en santé environnement (contrôle de la qualité des eaux, PRSE2, lutte contre l'insalubrité...)

Ce diagnostic positif de la santé en Rhône-Alpes doit être nuancé au regard d'un certain nombre de données relatives à l'accès à la santé ainsi qu'à l'efficacité des prises en charge en santé, qui sont présentées dans la partie suivante. A partir des écarts ainsi constatés entre les besoins de la population et l'organisation du système de santé en Rhône-Alpes sont déterminés les axes d'amélioration que portera ce premier plan stratégique régional en santé.

## 4 éléments clés dans l'état de santé en Rhône-Alpes

De l'observation de l'état de santé en Rhône Alpes émergent 4 éléments clés :

- Des inégalités territoriales et socio-économiques dans l'accès à la santé ;
- Une mortalité évitable (c'est-à-dire la mortalité prématurée due aux comportements individuels) relativement forte ;
- Des ruptures dans la continuité des prises en charges et dans l'accompagnement des usagers du système de santé ;
- Des risques sanitaires forts, plus spécifiquement ceux liés à l'environnement.

### 1. Les inégalités territoriales et socio économiques dans l'accès à la santé

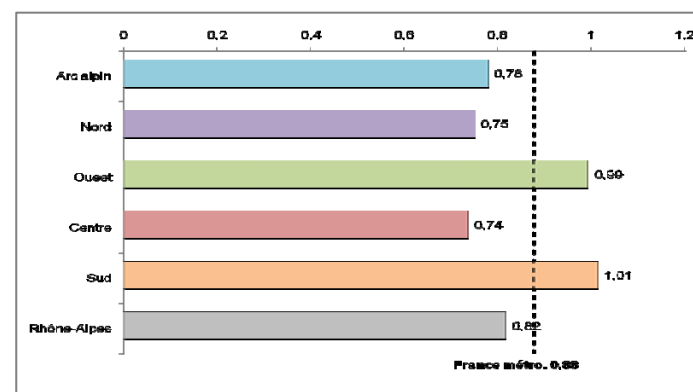
Les déterminants de santé (environnement, mode de vie, situation sociale, prévention et dépistage, soins) sont étroitement liés au contexte démographique, économique, social et culturel. Or même si, comme nous venons de le constater, la région Rhône-Alpes jouit plutôt d'un contexte très favorable, l'analyse des données infra-régionales révèle des disparités socio-économiques entre les territoires de santé qui impactent la santé de tout ou partie des populations résidant dans ces territoires.

#### Les bons indicateurs socio économiques régionaux masquent des disparités infra territoriales

Les caractéristiques physiques et géographiques structurent l'espace en sous-territoires très différenciés d'un point de vue géographique, démographique, socio-économique.

Trois indicateurs sont intéressants à observer dès lors que l'on évoque la notion de disparités infra régionales : l'indice de vieillissement, le taux de chômage, le revenu moyen par foyer fiscal.

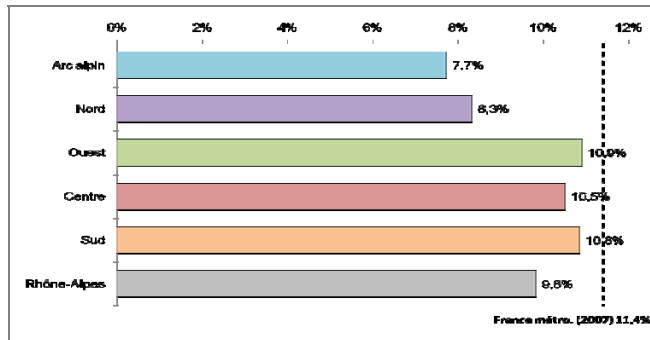
Indice de vieillissement par territoire en 2007  
(Nombre de personnes de 60 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans)



Arc Alpin = Territoire Est  
Source INSEE (RP 2007) - Exploitation ORS

2 territoires, l'Ouest et le Sud, ont un indice de vieillissement supérieur de 0,3% à l'indice régional et sont même au-dessus de l'indice France métropolitaine.

Taux de chômage dans la population active (RP 2007) - (Arc alpin = Territoire Est)

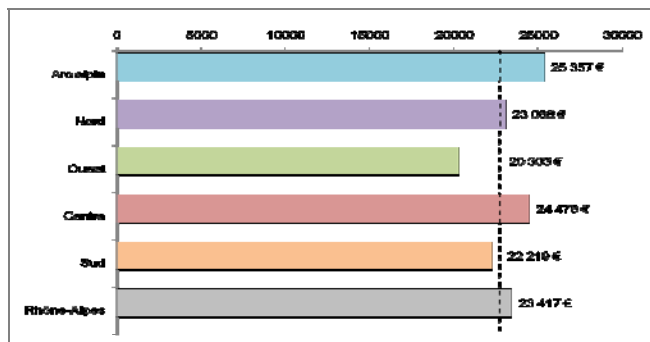


Source INSEE (RP 2007) – Exploitation ORS

En région, tous les taux sont inférieurs au taux de chômage de la France métropolitaine avec cependant une valeur variant de 7,7 % pour le territoire Est à pratiquement 11% pour les territoires Ouest, Sud et Centre. Au premier trimestre 2011, le taux de chômage en Rhône-Alpes se situe à 8,3 % (Versus 9,2 % en France).

Parmi les jeunes actifs, le taux de chômage en Rhône-Alpes est de 18 %. Ce taux est plus important dans le territoire Sud (24 %) et plus faible dans les territoires Nord et Est (moins de 16 %).

Revenu moyen par foyer fiscal en 2008 - (Arc alpin = Territoire Est)



Source INSEE (RP 2007) – Exploitation ORS

**Le territoire Ouest** a un revenu moyen par foyer fiscal nettement inférieur au revenu moyen français et inférieur de 5 000€ à celui du territoire Est, qui est le plus élevé de la région. C'est le seul territoire qui ne connaît pas d'évolution positive sur le plan démographique. Il présente souvent les indicateurs socio-économiques les moins favorables de la région voire moins bons que les références nationales (revenu moyen, part de foyers imposables...).

**Le territoire Est**, qui compte le plus grand nombre de jeunes actifs, présente les meilleurs indicateurs socio-économiques de la région. C'est aussi le territoire dont le revenu moyen est le plus élevé (supérieur de plus de 5 000 euros à celui de l'Ouest).

**Le territoire Sud** est le plus rural (21 % de la population), le moins densément peuplé, et le moins jeune. Les indicateurs socio-économiques le placent dans une situation moins favorable que la moyenne régionale, avec une forte présence de populations bénéficiaires de minima sociaux ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), en zones rurales de la frange la plus au sud.

**Le territoire Centre** présente des indicateurs globaux proches de la moyenne régionale, avec cependant des taux de chômage et de bénéficiaires de la couverture maladie universelle significatifs. Il présente également les plus fortes disparités locales notamment entre l'Est et l'Ouest de l'agglomération lyonnaise.

**Le territoire Nord** est celui qui connaît la plus forte croissance démographique et comprend la part d'actifs travaillant dans l'industrie la plus forte. Ses indicateurs socio-économiques sont globalement favorables.

### Des problématiques de santé spécifiques à certains territoires

#### Près de 120 000 nouvelles admissions en ALD par an en Rhône-Alpes entre 2006 et 2008

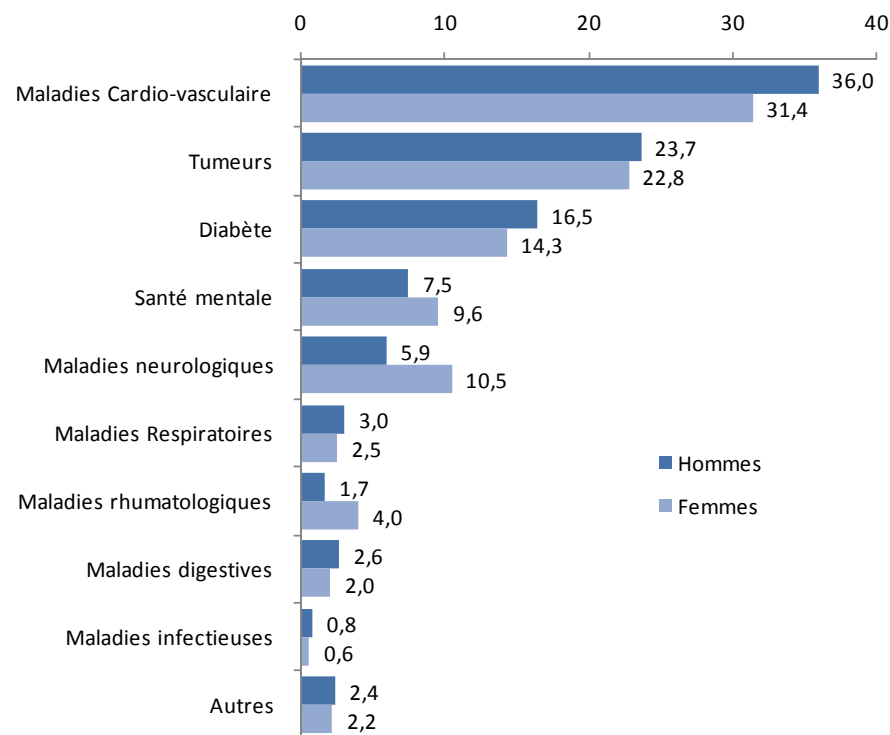
Sur la période 2006-2008, 119 900 nouveaux cas annuels d'admissions en affection de longue durée (ALD) ont concerné la population de Rhône-Alpes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes). Parmi eux, 3% concernent des enfants de moins de 15 ans, 45% des personnes de 15 à 64 ans et 52% des personnes de 65 ans et plus.

Les maladies cardiovasculaires (34% des cas), les tumeurs (23%) et le diabète (15%) sont les principaux motifs. Les troubles mentaux puis les maladies neurologiques représentent chacun environ 8% des admissions (10% chez les femmes). Les autres catégories représentent moins de 3%.

#### 30% des mises en invalidité liées à un trouble mental.

Un salarié en arrêt maladie depuis plusieurs mois peut bénéficier d'une mise en invalidité qui est appréciée et accordée par le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie, sous réserve que la personne ait moins de 60 ans et qu'il soit estimé qu'elle ait perdu au moins deux tiers de sa capacité de travail ou de gain. La pension d'invalidité a ainsi pour objectif de compenser une perte de gain qui résulte d'une réduction de la capacité de travail.

Chaque année en moyenne sur la période 2005-2008, 8 300 mises en invalidité concernent les seuls salariés relevant du régime général de la région Rhône-Alpes. Celles accordées pour trouble mental représentent 30% de l'ensemble, suivies des maladies ostéo-articulaires qui sont à l'origine de plus du quart de ces situations.



Sources CNAMTS, RSI, CCMSA – Exploitation ORS

En Rhône-Alpes comme en France, trois pathologies sont chacune à l'origine d'un quart des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires chez les hommes : l'hypertension artérielle (HTA), l'insuffisance cardiaque et les maladies coronariennes.

Chez les femmes, l'HTA est à l'origine de 38% des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires, l'insuffisance cardiaque 29% et les maladies coronariennes 13% (39%, 27% et 15% en France).

#### Les maladies cardio-vasculaires par territoire

Au vu de l'ensemble des indicateurs, le territoire Centre présente la situation la plus favorable avec des indicateurs qui sont parmi les plus bas sauf pour les accidents vasculaires cérébraux.

Le territoire Est est également bien situé pour la mortalité et moins bien pour les ALD avec des taux d'admission pour HTA plus élevés que les taux régionaux. Le Nord présente une situation inverse avec un faible taux d'ALD (taux très inférieur aux autres territoires pour l'HTA) et une mortalité plus élevée.

Les territoires de l'Ouest pour la mortalité, et du Sud pour la mortalité et les admissions en ALD, présentent des indicateurs moins favorables que les autres territoires.

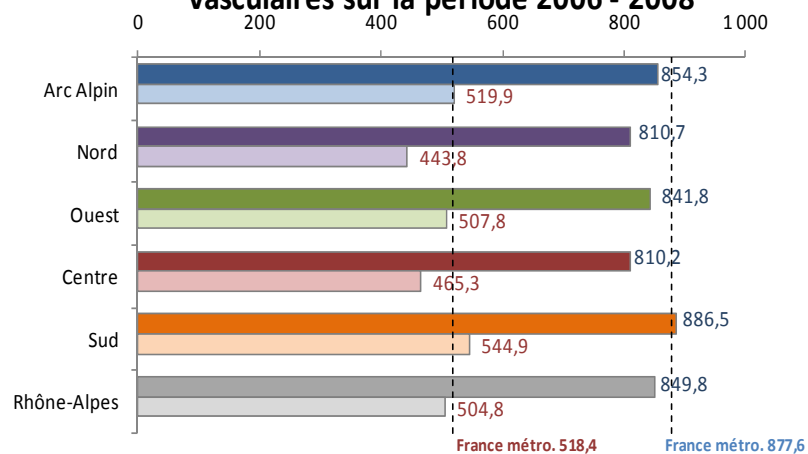
Effectifs annuels et taux comparatifs d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires par motif sur période 2006-2008

Territoire	Hyper tension artérielle		Insuffisance cardiaque		Maladie coronaire		Accident vasculaire cérébral	
	Hommes							
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Est	2049	241,2	1699	221,3	1788	204,1	583	70,7
Nord	404	157,9	601	251,2	539	199,6	201	80
Ouest	901	221,7	824	217,9	813	199,8	263	67,7
Centre	1476	184,9	1523	203,1	1669	204,2	611	79,7
Sud	1054	272,1	837	226,6	740	189,6	247	66,9
Rhône Alpes	5962	220,6	5562	221,5	5633	203,7	1935	74,4
France	66 292	232,9	55 833	209	66 000	228,2	21 145	76,6

Territoire	Hyper tension artérielle		Insuffisance cardiaque		Maladie coronaire		Accident vasculaire cérébral	
	Femmes							
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Est	2284	211,6	1647	147,8	745	68,3	519	48,2
Nord	447	137,3	478	139,8	232	71,7	171	52,6
Ouest	1059	194,1	889	153	367	64,9	251	45,8
Centre	1756	166,2	1432	130,4	657	62	597	56,3
Sud	1131	231,1	736	144,3	339	67,7	244	50,1
Rhône Alpes	6758	193,1	5260	144	2374	67,1	1812	51,6
France	76 275	204,3	52 871	135	29120	77	19 690	52,2

Taux d'admissions pour 100 000 habitants  
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Insee - Exploitation ORS

## Taux d'admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires sur la période 2006 - 2008



Taux d'admissions pour 100 000 habitants

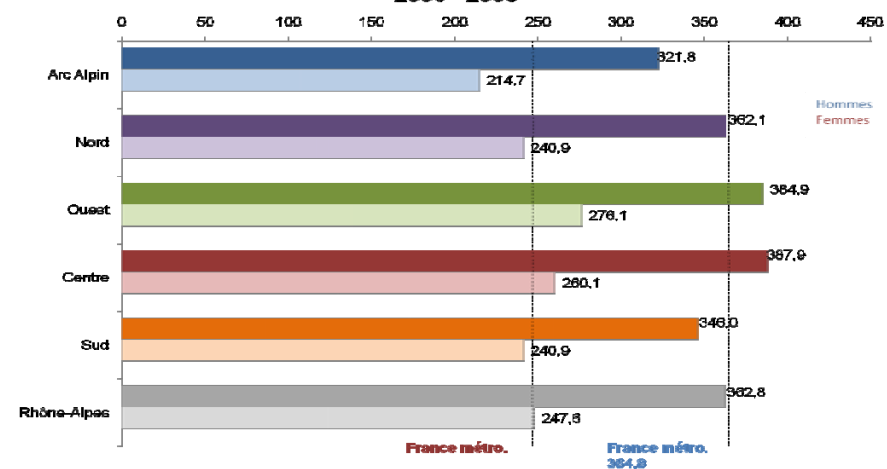
Arc Alpin = Territoire Est

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Insee - Exploitation ORS

### Pour le diabète, des disparités existent entre les territoires et apparaissent très liées à la situation socio-économique

Les taux d'admission en ALD, observés sur la région (363 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 248 admissions en ALD pour 100 000 femmes) concernant le diabète, sont équivalents à ceux observés au niveau national (respectivement 365 et 247). Cependant, les taux observés sur les territoires de l'Ouest et du Centre sont supérieurs à ces références, alors que les taux sont plus bas dans les territoires Est et Sud.

## Taux d'admissions en ALD pour diabète 2006 - 2008



Taux annuels d'admissions pour 100 000 habitants

Arc Alpin = Territoire Est

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA - Insee - Exploitation ORS

Entre 2000 et 2008, les maladies respiratoires ont provoqué chaque année plus de 2 770 décès en Rhône-Alpes. Elles constituent la troisième cause de mortalité par maladie et représentent 6% du total des décès. Parmi ces décès, 52% concernent des hommes chez lesquels 74% des décès surviennent après 75 ans. C'est le cas pour 89% des décès chez les femmes.

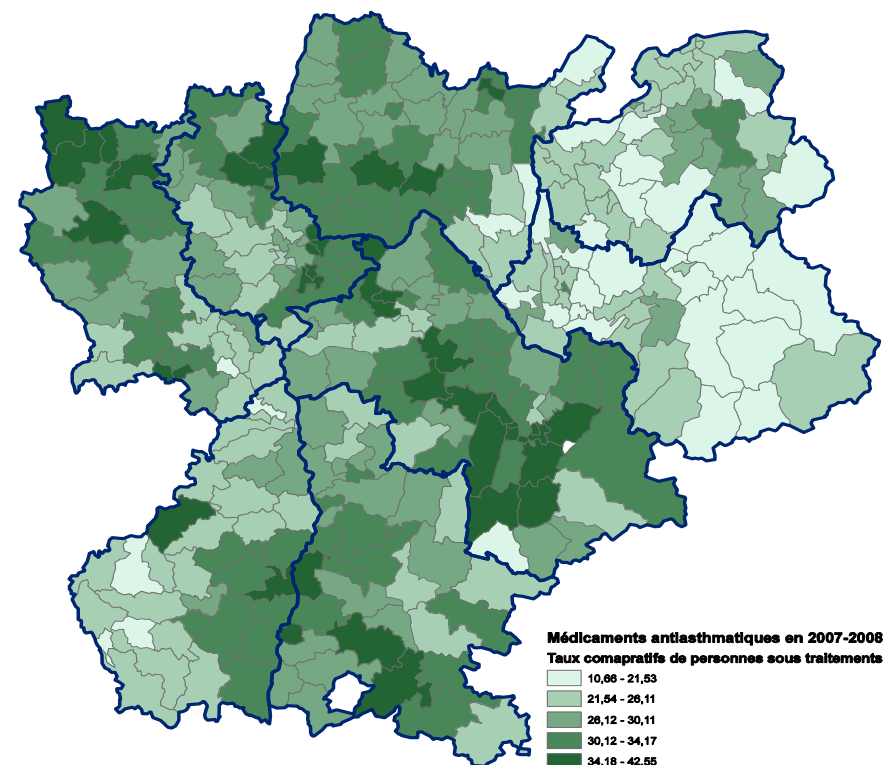
Au niveau régional, on observe chaque année, sur la période 2006-2008, 70 admissions en ALD pour 100 000 hommes et 42 admissions en ALD pour 100 000 femmes concernant des maladies respiratoires. Ces taux sont inférieurs à ceux observés au niveau national (78 pour 100 000 hommes et 49 pour 100 000 femmes). Tous les territoires de santé de la région présentent des taux inférieurs aux références nationales.

En termes de mortalité par maladies respiratoires sur la période 2000-2008, les taux annuels observés en Rhône-Alpes sont de 83 décès pour 100 000 hommes et 37 décès pour 100 000 femmes. Ces taux de mortalités sont également inférieurs à ceux observés au niveau national (87 pour 100 000 hommes et 41 pour 100 000 femmes) comme ceux de chaque territoire de santé, à l'exception du territoire Ouest chez les hommes.

Entre 2000 et 2008, le nombre d'admissions en ALD pour maladies respiratoires est passé chez les hommes en Rhône-Alpes de 1 648 cas à 1 889 cas, soit une augmentation de 15% (contre 9% en France). Chez les femmes, le nombre d'admissions en ALD pour maladies respiratoires est passé de 1 143 cas à 1 470 cas, soit une hausse de 29% (15% en France). Sur cette période, les taux d'admission en ALD pour maladies respiratoires ont baissé chez les hommes (-5% en Rhône-Alpes et -6% en France) et augmenté chez les femmes (+11% en Rhône-Alpes et +3% en France).

De manière plus ciblée, les zones où la prévalence de personnes sous traitement est élevée se retrouvent principalement sur, la plaine de l'Ain, l'Est lyonnais, le Roannais, le Beaujolais, la Bièvre et le Vercors. Les deux Savoie présentent à l'inverse des taux très majoritairement bas.

Taux\* comparatifs annuels de patients sous traitements antiasthmatiques (période 2007 - 2008)



Sources URCAM, INSEE – Exploitation ORS



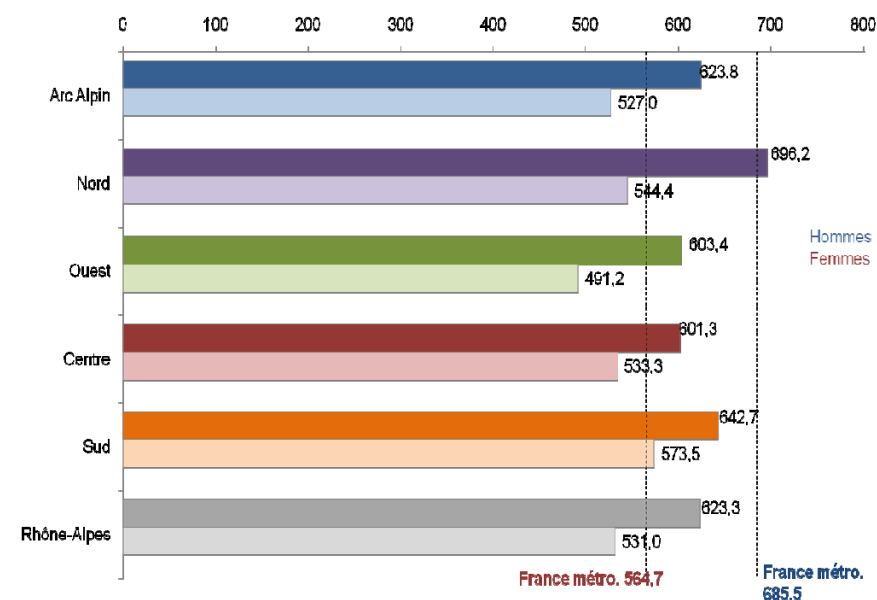
Chez les personnes âgées, la région bénéficie d'une situation favorable pour les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux alors que le territoire Nord est en situation défavorable pour les AVC.

L'accident vasculaire cérébral, ou AVC, est une attaque cérébrale grave et subite. Il survient à la suite de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau qui transporte le sang au cerveau, ce qui entraîne un manque d'oxygène parfois fatal. Outre leur poids en termes de morbidité (première cause d'admission en ALD chez les personnes de plus de 75 ans) et de mortalité (létalité importante) les accidents vasculaires cérébraux sont également à l'origine de nombreuses déficiences et incapacités. Celles-ci peuvent entraver fortement l'autonomie et avoir un impact majeur sur la vie quotidienne des personnes atteintes et de leur entourage.

Cette maladie est à l'origine de 2 150 décès chez les personnes de 75 ans et plus en 2008 sur la région, soit près de 80% du total tous âges, dont près de deux tiers chez les femmes. Elle est également responsable de plus de 1 600 admissions en ALD par an parmi la population des 75 ans et plus (3 750 pour l'ensemble de la population).

Les taux régionaux de mortalité et d'admission en ALD sont inférieurs aux taux nationaux. Tous les territoires présentent des taux de mortalité très inférieurs aux références nationales à l'exception du territoire Nord. La situation défavorable de ce territoire se retrouve également au niveau des taux d'admission en ALD. Le territoire Centre présente également un profil moins favorable sur ce dernier indicateur.

### Taux comparatif de mortalité par accident vasculaire cérébral chez les 75 ans et plus (2000 – 2007)



\*Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans  
Arc Alpin = Territoire Est  
Source : Insee (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

La prise en charge hospitalière rapide des AVC réduit fortement les risques de complications. En moyenne annuelle, on enregistre 11 320 séjours hospitaliers liés à un AVC parmi la population de Rhône-Alpes, dont 6 200 concernent des personnes de plus de 75 ans. Pour ces indicateurs d'hospitalisation on retrouve des taux élevés dans le Nord et le Centre.

### Près de 87 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de démences en Rhône-Alpes en 2007

Des études européennes<sup>1</sup> ont fourni des estimations de taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer. L'application de ces taux à la population de la région Rhône-Alpes de 2007, fait évaluer à près de 87 000 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de démences, dont 80 % avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Selon ces mêmes études, on estime que 18 à 19 000 personnes de la région sont nouvellement atteintes de la maladie d'Alzheimer chaque année.

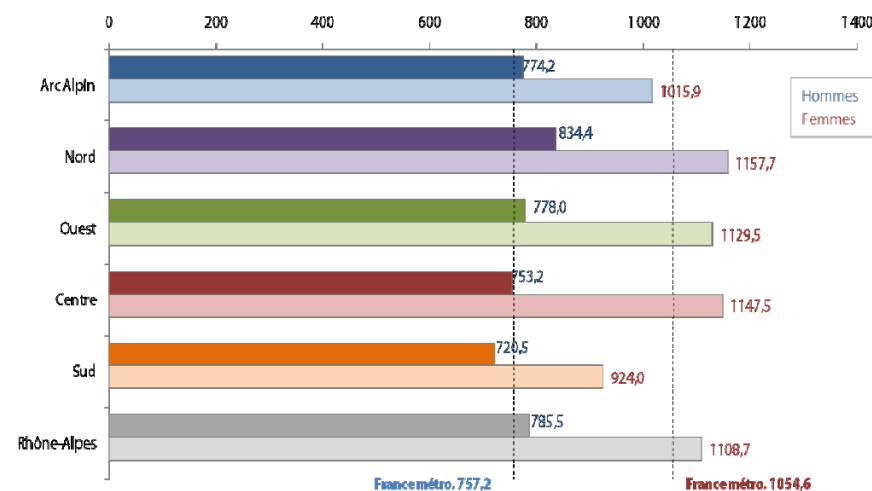
En moyenne par an, il y a 5 440 nouvelles admissions en ALD pour ce motif dans la région dont 4 700 concernent des personnes de 75 ans et plus.

Bien que l'admission en ALD repose sur une définition médicale ne mentionnant aucun critère d'évaluation, notamment de la gravité, on peut penser que toutes les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ne font pas l'objet d'une admission en ALD (absence ou retard de diagnostic, démarche de demande non effectuée ou effectuée uniquement pour les cas les plus évolués, etc).

Cela peut expliquer que le nombre d'admissions en ALD soit très inférieur au nombre théorique estimé de nouveaux cas de démences. Les taux d'admission sont plus élevés sur la région qu'en France. A l'intérieur de la région, les taux les plus élevés sont observés sur les territoires du Nord, du Centre et de l'Ouest.

<sup>1</sup> Etude « Faenza e Granarolo » en Italie (2005), étude PAQUID conduite par l'Inserm en France (2003)

### Taux d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer chez les 75 ans et plus (2006 – 2008)



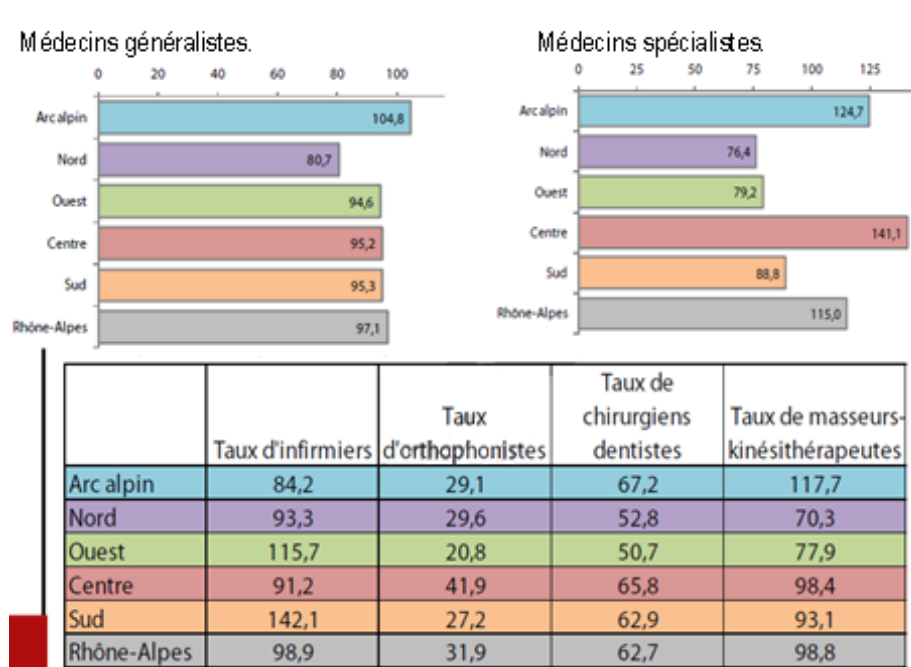
Arc Alpin = Territoire Est

Sources INSEE (RP 2007), CNAMTS, RSI, CCMSA – Exploitation ORS

### 👉 L'offre en santé est inégalement répartie sur le territoire

Rhône-Alpes jouit d'une offre en santé plutôt plus abondante qu'en moyenne nationale mais celle-ci est inégalement répartie dans les territoires de santé. Ce constat vaut pour les professionnels de santé libéraux comme pour les établissements de santé et médico sociaux.

#### Densité de professionnels de santé libéraux conventionnés en 2009



Arc Alpin = Territoire Est

L'implantation de l'offre libérale reflète pour partie les caractéristiques démographiques d'un territoire. A titre d'exemple, les territoires Sud et Ouest plutôt plus âgés ont les plus fortes densités d'infirmiers.

Le territoire Est, zone touristique hivernale, a la plus forte densité de masseurs-kinésithérapeutes.

Le territoire Nord est particulièrement atypique puisqu'il a les plus faibles densités pour toutes les professions de santé libérales.

L'offre libérale des pédiatres, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes peut varier du simple au double selon les territoires. Le territoire du Centre présente des densités beaucoup plus élevées pour les médecins, tandis que le Nord présente les densités les plus basses. Les territoires du Sud et de l'Ouest présentent des densités assez basses à l'exception des sages-femmes pour le premier et des pédiatres pour le second.

L'Est présente des densités de médecins équivalentes aux valeurs régionales et la densité la plus élevée de sages-femmes.

#### Effectif et densité des pédiatres, gynécologues obstétriciens et sages-femmes libéraux en 2009

Territoire	Pédiatres		Gynécologues obstétriciens		Sages femmes	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Est	92	24,3	186	39,3	152	32,2
Nord	21	17,9	32	24,5	27	20,6
Ouest	34	22,5	52	29,3	28	15,8
Centre	114	30,6	221	45,2	112	22,9
Sud	24	18,2	48	29,8	46	28,6
Rhône Alpes	285	24,7	540	37,7	367	25,6

### Des disparités très importantes sont constatées pour la densité de médecins psychiatres libéraux.

Plus de 630 médecins psychiatres exercent (exclusivement ou non) en mode libéral dans la région, pour une densité moyenne de 10,5 médecins pour 100 000 habitants. Cependant, des variations très fortes existent entre les territoires avec une densité trois fois et demi supérieure sur le Centre par rapport au territoire du Nord (14 contre 4). Les territoires du Sud et de l'Ouest présentent également des densités très inférieures à la moyenne régionale alors que le territoire l'Est en est proche. Les territoires du Nord et du Sud, dont les densités sont les plus basses, présentent également une part élevée de psychiatres âgés de 55 ans et plus (70% dans le Nord), ce qui laisse présager une aggravation de la situation sur ces territoires.

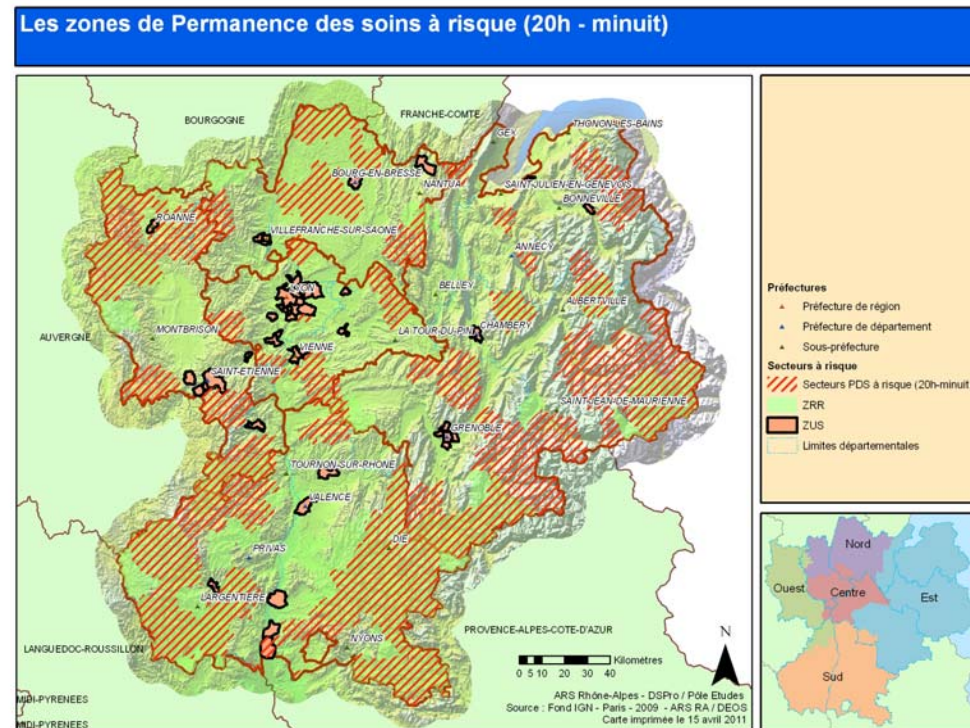
#### Effectif et densité des médecins psychiatres libéraux en 2009

Territoire	Effectif	Dont 55 ans et plus	Densité*
Est	221	52	11,1
Nord	25	64	4,4
Ouest	60	56,7	7,4
Centre	283	53,7	14,5
Sud	45	64,4	6
Rhône Alpes	635	54,5	10,5

\* Taux pour 100 000 habitants

Source : Insee (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS

A la problématique des effectifs s'ajoute celle du vieillissement des professionnels de santé, dont l'impact le plus visible à ce jour se traduit dans l'organisation de la permanence des soins. En effet, les travaux conduits récemment par l'ARS, sur la base de ces 2 critères (nombre et âge des généralistes : ont été pris en compte les médecins de moins de 60 ans), font apparaître des zones à risque dans la réalisation de cette activité.



La même hétérogénéité dans les équipements sanitaires et médico sociaux est constatée.

Etablissements de soins : taux d'équipement pour 100 000 habitants au 1er janvier 2010 – Source Extraction FINESS

Territoires	Maternité	Médecine	Chirurgie	SSR	Equipement radiothérapie
Arc alpin	64,6	169,4	123,3	136,5	0,6
Nord	42,7	148,1	88,1	242,1	0,3
Ouest	72,6	218,8	152	157,8	0,7
Centre	71,6	200,9	160,6	156,3	0,8
Sud	51,5	158,6	104,6	161,9	0,5
Rhône Alpes	64,3	182,3	133,5	158,8	0,7

A l'exception des soins de suite et de rééducation (SSR), le territoire Nord a les plus faibles taux d'équipement de la région et le territoire Ouest est parmi les mieux dotés.

Places et taux d'équipement en établissements pour personnes âgées (pour 1000 personnes de 75 ans et plus) – Source SAE

Territoires	Places	Taux d'équipements*
Arc alpin	18 028	124,6
Nord	6 935	158,4
Ouest	13 200	160,3
Centre	18 760	132,6
Sud	10 538	149,4
Rhône-Alpes	67 461	139,7

Les territoires Ouest et Nord sont les mieux équipés alors que l'arc alpin et le territoire Centre ont les taux les plus faibles.

Places et taux d'équipement en établissements et services pour adultes handicapés (pour 1000 pers. de 20 à 59 ans) – Source SAE

Territoires	Places	Taux d'équipements*
Arc alpin	10 103	9,2
Nord	2 546	8,4
Ouest	3 592	8,4
Centre	7 813	7,4
Sud	4 628	12,5
Rhône-Alpes	28 682	8,8

#### En résumé

Que ce soit pour l'offre libérale ou pour les établissements sanitaires, **le territoire Centre** figure parmi les premiers rangs tant pour les densités que pour les taux d'équipement. Il faut cependant souligner la forte attractivité de ce territoire dans lequel près d'un séjour sur cinq (18%) effectués dans les établissements concerne des habitants résidant en dehors de ce dernier.

**Le territoire Est** présente également une situation favorable en termes d'offre qui doit cependant être partiellement modulée par la forte activité générée par l'afflux touristique et par l'importance du recours transfrontalier. A noter également pour ces deux territoires, la faible part de praticiens libéraux conventionnés exerçant en « secteur 1 » alors même qu'elle est minoritaire chez les spécialistes du Centre.

**Le territoire Ouest** bien qu'accueillant le troisième CHU de la région présente un niveau d'offre hors établissements pour personnes âgées très inférieur aux territoires Centre et Est. Son niveau le rapproche davantage des territoires Nord et Sud.

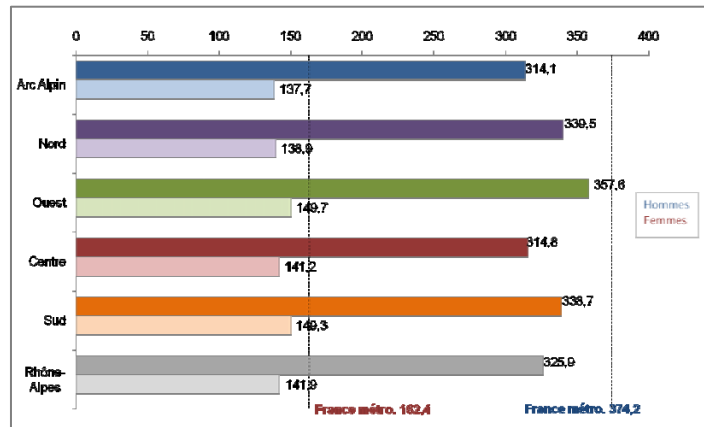
**Le territoire du Nord** présente, quant à lui, une densité d'offre très inférieure aux autres territoires, notamment en ce qui concerne l'offre libérale.

## 2. Une mortalité évitable relativement forte

En préambule, il convient de souligner que comme pour les indicateurs globaux de santé, les territoires Ouest et Nord présentent les moins bons résultats en termes de mortalité prématurée évitable ; les territoires Centre et Est présentent quant à eux les meilleurs. Cependant, ces indicateurs par territoire ont des valeurs toujours plus favorables que les valeurs nationales.

Les statistiques relatives aux causes de décès étant de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, il est essentiel de s'intéresser aux décès survenus avant 65 ans, et donc d'analyser **les taux comparatifs de mortalité prématurée**, qui eux sont fréquemment en lien avec les comportements à risque plus spécifiquement chez les jeunes.

Taux\* comparatif de mortalité prématurée 2000-2007



\* Taux annuel pour 100 000 habitants  
Arc Alpin = Territoire Est  
Source INSEE RP 2007, Cépi - Exploitation ORS

En 2007, 25 % de l'ensemble des décès sont survenus avant 65 ans avec une fréquence plus importante chez les hommes que chez les femmes : 34 % pour les premiers et 16 % pour les secondes.

Bien que les taux en Rhône Alpes soient inférieurs aux taux français, plus de la moitié de ces décès, soit plus de 5 000, sont évitables.

Parmi les causes des décès prématurés figurent les décès liés aux tumeurs, qui représentent 50 % des décès prématurés chez les femmes et 40 % chez les hommes. Cette part est en hausse.

Ceux liés aux maladies cardio-vasculaires représentent 27 % des décès et constituent la première cause de décès pour les femmes et la deuxième pour les hommes.

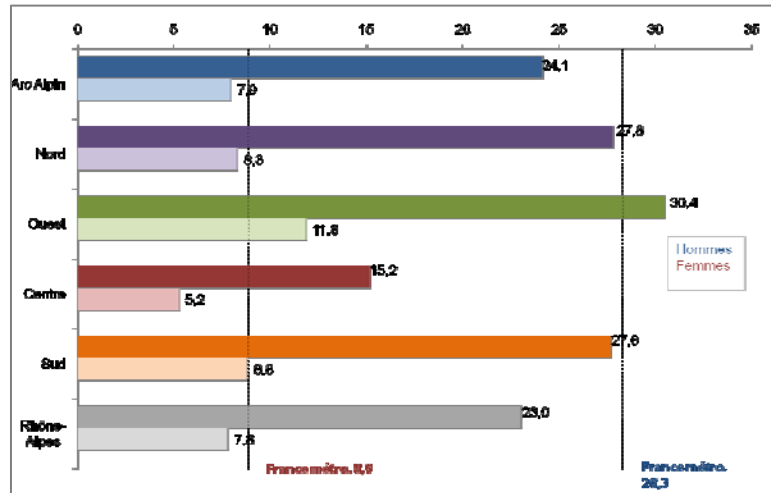
Enfin, les causes externes (accidents et suicides) touchent plus fréquemment les hommes que les femmes et représentent chez eux la troisième cause de mortalité avec 8,2 % des décès.

A elles seules, ces trois causes représentent plus de 70 % des décès avant 65 ans.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les suicides, malgré la poursuite ces dernières années de la baisse du taux de suicide, ce sont encore 524 hommes et 215 femmes qui se sont suicidés en Rhône-Alpes en 2007. Les taux de mortalité correspondants sont toutefois inférieurs aux taux nationaux.

Par ailleurs, les données infra régionales mettent en exergue des disparités qu'il convient d'approfondir. Dans certains cas, elles doivent être rapprochées de la situation socio-économique du territoire. C'est en particulier le cas pour les données relatives à **la santé mentale en général et à la santé des jeunes** (Conférer le graphique ci-après).

Taux\* comparatif de mortalité par suicide pour la période 2000-2007



\* Taux pour 100 000 habitants

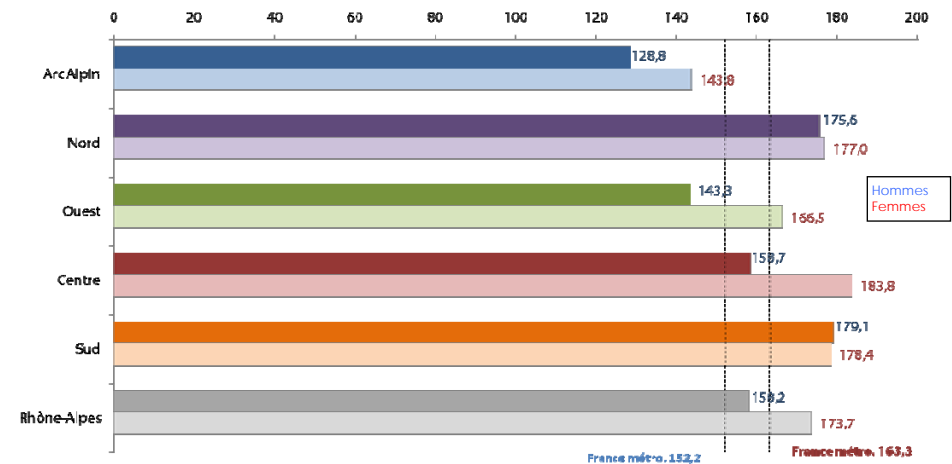
Arc Alpin = Territoire Est

Source : INSEE (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

**Plus de 10 000 admissions en ALD pour troubles mentaux par an en Rhône-Alpes.** Sur la période 2006-2008, ce sont 10 170 personnes en moyenne par an qui ont été admises en ALD pour troubles mentaux en région Rhône-Alpes, soit 8,5% du total des admissions. Une grosse moitié de celles-ci (5 481 soit 54%) concerne des femmes. Ce constat se reflète dans les taux d'admission qui sont respectivement de 158 pour 100 000 hommes et 174 pour 100 000 femmes, contre respectivement 152 et 163 au niveau national. Les taux par territoire font à nouveau apparaître des situations plus favorables pour l'Est. Parmi ces admissions en ALD pour troubles mentaux, plus de 42% sont liées à des troubles de l'humeur (52% chez les femmes et 30% chez les hommes), et 34% à des psychoses ou troubles de la personnalité (respectivement 30 et 39%).

Plus d'une admission sur dix (11%) chez l'homme concerne des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (3% chez les femmes). Les névroses représentent 4% des admissions et enfin les troubles du développement et le retard mental qui concernent les enfants, représentent 8% de ce total.

Taux d'admissions en ALD pour trouble mentaux sur la période 2006 - 2008



Taux pour 100 000 habitants

Arc Alpin = Territoire Est

Source : INSEE (RP 2007), CNAMTS, CCMSA, RSI - Exploitation ORS

**Plus d'une personne sur dix reçoit un traitement psychotrope.** Les données des traitements psychotropes sont issues des bases de remboursements de l'Assurance Maladie (régime général).

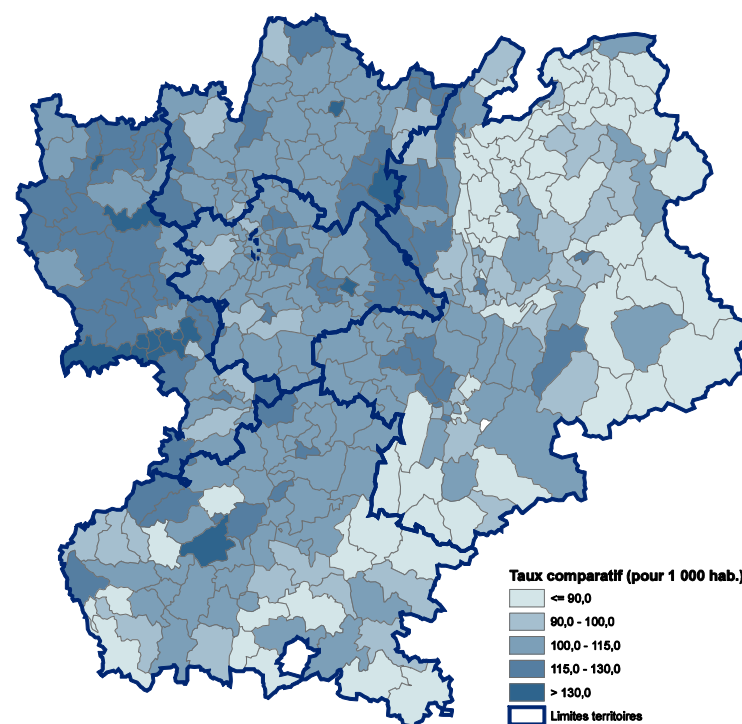
En 2008, en Rhône-Alpes, parmi les assurés et leurs ayants-droits du régime général de l'assurance-maladie, plus de 560 000 recevaient un traitement régulier psychotrope, soit un peu plus d'une personne sur 10.

Sur la période 2007-2008, le taux comparatif annuel de personnes qui ont consommé au moins un médicament psychotrope de manière régulière est de 110 pour 1 000 assurés, dont 60 ont eu recours à un antidépresseur et 14 à un neuroleptique. Ces taux varient en fonction du sexe. Ainsi les femmes sont presque deux fois plus nombreuses à recevoir un traitement par antidépresseur.

Le territoire Ouest est marqué par les taux comparatifs de prévalence les plus hauts, pour les deux sexes. Ces taux sont de l'ordre de 20% supérieurs aux taux régionaux. A l'inverse, l'Est connaît les plus faibles prévalences.

Les taux comparatifs de prévalence de patients sous traitement psychotrope, par canton, montrent une concentration d'utilisation de psychotropes très fortement marquée sur la frange Est du territoire Nord sur Bourg-en-Bresse et le Bugey, sur une grande partie du territoire Ouest et particulièrement autour de Saint-Etienne et dans la vallée de l'Ondaine (Sud-ouest de Saint-Etienne). Les situations de faible prévalence se retrouvent notamment sur la majeure partie de la Haute-Savoie et sur l'est de la Savoie et de la Drôme.

Taux\* comparatif de prévalence de patients sous traitement psychotrope pour la période 2007-2008



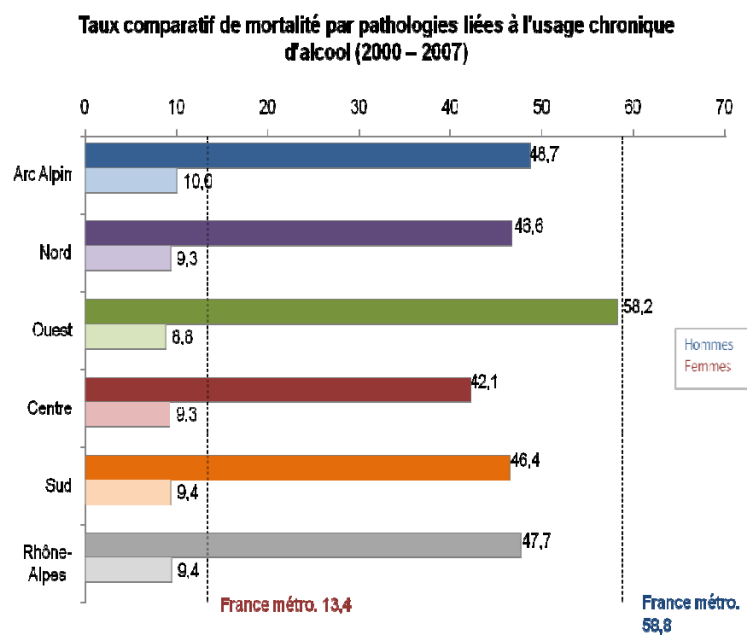
\* Taux pour 1 000 habitants

Source : INSEE (RP 2007), Urcam - Exploitation ORS



Une mortalité régionale pour pathologies liées à la consommation chronique d'alcool nettement inférieure au taux national sauf sur le territoire Ouest.

Concernant la mortalité liée à l'usage chronique d'alcool, deux constats ressortent. D'une part, l'ensemble des territoires de la région Rhône-Alpes se situe en dessous de la moyenne nationale pour les hommes et pour les femmes. Seul le territoire Ouest se démarque négativement des autres territoires pour les hommes et rejoint la valeur nationale. D'autre part, les femmes sont beaucoup moins touchées que les hommes avec des taux de mortalité cinq fois inférieurs.



Taux pour 100 000 habitants

Arc Alpin = Territoire Est

Source : INSEE (RP 2007), CépiDC - Exploitation ORS

Les accidents de la circulation restent la première cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans.

Les taux correspondants diffèrent fortement selon les territoires, avec des taux plus de deux fois plus élevés dans les territoires Nord et Sud (respectivement 27 et 24 décès pour 100 000 jeunes de 15-24 ans) que dans le territoire Centre (11 pour 100 000). Ce territoire présente également un taux faible de décès par suicides.

**Taux\* comparatif de mortalité chez les 15-24 ans pour la période 2000-2008 et pour les principales causes de décès**

Territoires	Accidents de la circulation		Accidents de la vie courante		Suicides	
	Nombre annuel	Taux annuel	Nombre annuel	Taux annuel	Nombre annuel	Taux annuel
Est	45	17,9	17	6,6	18	7,2
Nord	18	26,7	4	6,0	6	9,2
Ouest	17	16,5	5	4,6	8	8,0
Centre	31	11,2	9	3,2	9	3,3
Sud	19	24,0	6	6,9	7	9,2
Rhône Alpes	130	16,7	40	5,1	49	6,3
France	1 447	18,5	387	4,9	572	7,3

\* Taux pour 100 000 jeunes de 15-24 ans

Source : INSEE, Inserm (CépiDC) - Exploitation ORS

## Etat de santé des 15-24 ans

## ➤ Entre 2000 et 2008, 361 décès de jeunes rhônalpins chaque année

Les comportements à risque et les troubles de la santé mentale (du simple mal-être à la pathologie psychiatrique) sont à l'origine d'une part importante des problèmes de santé des jeunes. **Les accidents et les suicides représentent plus de 60 % des décès chez les jeunes de 15-24 ans.**

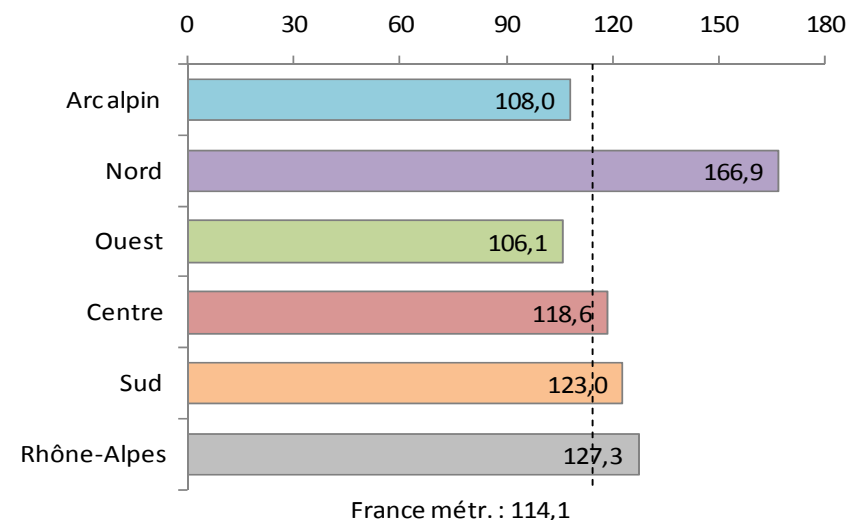
## Répartition (en %) des décès des 15-24 ans selon la cause sur la période 2000-2008

Territoires	Nombre annuel de décès	Répartition (en %)			
		Accidents de la circulation	Accidents de la vie courante	Suicides	Autres causes
Est	124	36,4	13,4	14,7	35,5
Nord	42	43,1	9,6	14,6	32,7
Ouest	46	36,7	10,2	17,8	35,3
Centre	102	30,5	8,7	9,1	51,7
Sud	48	40,6	11,6	15,3	32,5
Rhône Alpes	361	36,1	11,0	13,6	39,3
France	3 876	37,3	10,0	14,8	37,9

Source : Inserm (CépiDC) - Exploitation ORS

Entre 2006 et 2008, 960 jeunes de 15-24 ans de la région ont été admis, en moyenne, chaque année en Affection de Longue Durée (ALD) pour affections psychiatriques. Sur cette période, le taux d'ALD pour ce motif chez les jeunes en Rhône-Alpes s'élève à 121 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans. Ce taux est supérieur au taux national (110) et la situation est particulièrement critique dans le territoire Nord où on observe le taux le plus élevé (162 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans), alors que les territoires Est et Ouest ont les taux les plus faibles (moins de 105 admissions pour 100 000 jeunes de 15-24 ans).

## Taux comparatifs\* annuel d'admission en ALD pour affections psychiatriques chez les 15-24 ans entre 2006 et 2008

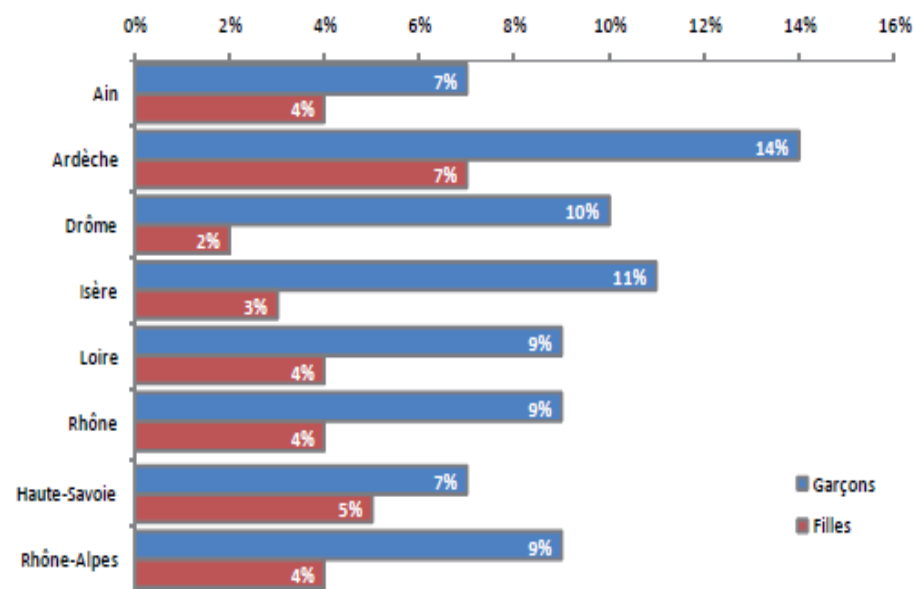


\* Taux comparatif pour 100 000 jeunes de 15-24 ans  
Arc Alpin = Territoire Est  
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS

➤ Les comportements addictifs des jeunes âgés de 17 ans en 2008.

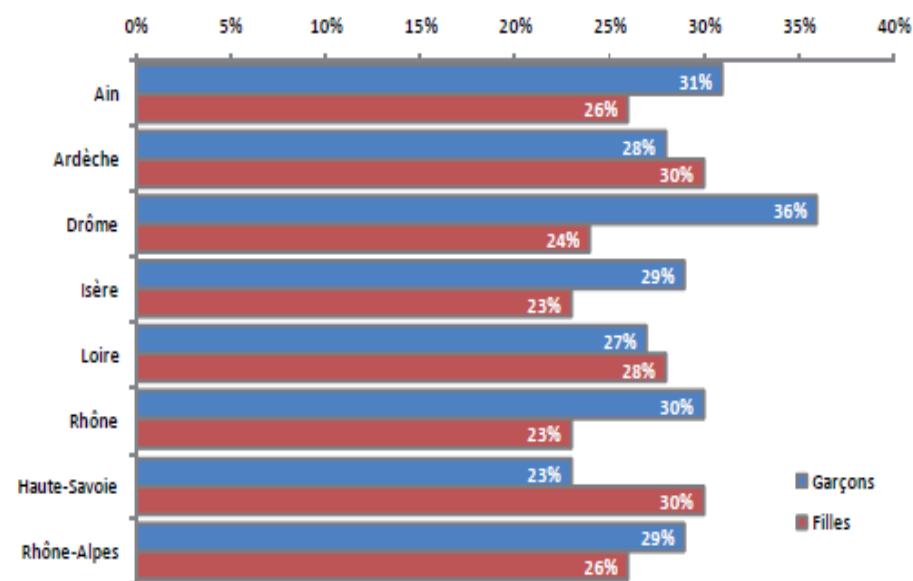
L'étude Escapad a permis de faire un constat du comportement en 2008 des jeunes âgés de 17 ans notamment vis-à-vis de l'usage de l'alcool, du tabac, de la drogue. Elle met en évidence des écarts selon la domiciliation des jeunes inclus dans le champ de l'enquête. L'effectif des répondants à l'enquête domiciliés en Savoie étant faible, les données les concernant ne sont pas publiées.

Part des jeunes de 17 ans ayant un usage régulier du cannabis en 2008, selon le sexe

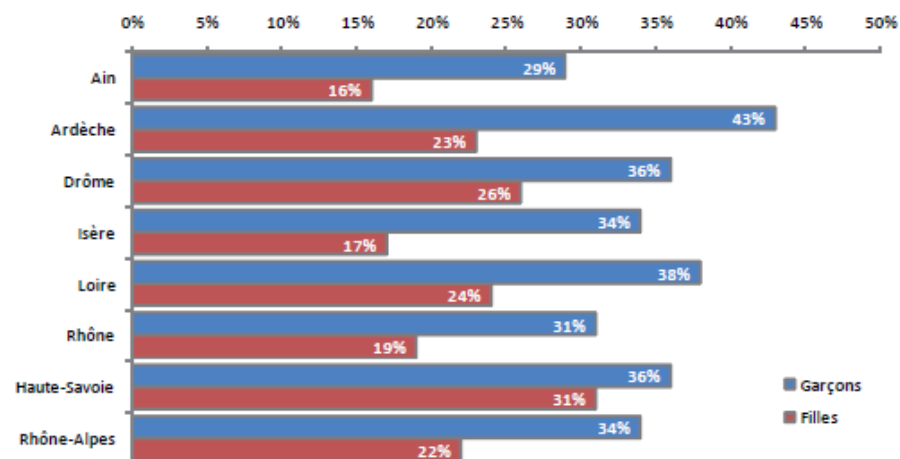


Source : Escapad 2008

Part d'usage quotidien du tabac chez les jeunes de 17 ans en 2008 selon le sexe



Source Escapad 2008

Part d'épisodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère chez les jeunes de 17 ans  
selon le sexe

Source enquête Escapad 2008

La réduction de la mortalité prématurée évitable relève de 3 grandes catégories d'actions :

- la modification de certains comportements ou modes de vie et plus largement l'action sur les principaux déterminants de santé : addictions, nutrition, conduite routière, réduction des expositions environnementales ou professionnelles, etc. ;
- l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, dont la prévention de certaines pathologies ou de certaines complications par le biais de diagnostic précoce ou de dépistage ;
- les actions collectives contribuant à la promotion de la santé en agissant sur les déterminants que sont notamment l'environnement et les conditions socio-économiques.

Les objectifs généraux arrêtés dans les différents domaines du PSRS devront être porteurs d'actions visant à développer cette dimension préventive notamment dans une approche populationnelle et territoriale.

### 3. Des ruptures dans les prises en charge et l'accompagnement des patients et des usagers du système de santé

L'absence de parcours coordonné dans la prise en charge de certaines pathologies et les ruptures dans le parcours à certains âges de la vie ont été mises en exergue lors des concertations.

Pourtant, pour les populations en perte d'autonomie, que ce soit du fait d'un handicap ou du vieillissement, comme pour les populations en situation de précarité, la notion de **parcours de vie** a tout son sens face aux défis à relever en matière de scolarisation des enfants handicapés, d'emploi ou de retour à l'emploi des personnes adultes handicapées, et enfin, de maintien à domicile des personnes âgées.

Ces constats, fruit de l'expérience de terrain ou expression des usagers eux-mêmes, sont étayés par des données issues d'enquêtes spécifiques. C'est le cas pour les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées.

Chez les enfants, la dernière étude de la DREES (Etudes et résultats n°737 – Sept. 2010) met en évidence l'évolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids : la tendance s'est inversée avec une baisse, en Rhône-Alpes de plus de 2,5 points de la prévalence du surpoids entre 2000 et 2006, et d'un point et demi pour la prévalence de l'obésité.

Cette évolution positive n'est cependant pas uniforme selon les catégories sociales : la baisse observée est plus marquée dans les milieux sociaux les plus favorisés. Ainsi en matière de prévalence de l'obésité et de surpoids, les inégalités sociales se creusent.

Par ailleurs, les études montrent des disparités dans le taux d'enfants asthmatiques, de celui d'enfants porteur de verres correcteurs, des disparités qui semblent témoigner d'un dépistage moins fréquent dans les milieux moins favorisés.

Ces disparités sont également observées de manière très forte dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Ainsi 17 % des enfants de 6 ans scolarisés en ZEP présentent au moins deux caries non soignées contre 6 % en moyenne régionale.

Près de 20 000 **enfants porteurs de handicap** sont scolarisés en milieu ordinaire (année scolaire 2009-2010) soit 1,6 % des élèves scolarisés, dont deux sur trois en primaire. Les départements de l'Ardèche et du Rhône présentent des taux supérieurs, alors que la Haute-Savoie se démarque avec un taux de seulement 1,2 %. Par ailleurs, plus de 7 500 enfants, soit 0,6 %, sont scolarisés en établissements spécialisés ou sanitaires. L'Ain est le département ayant le plus d'enfants qui suivent leur scolarité en établissement adapté.

Selon l'enquête Handicap Santé de 2008 réalisée dans le Rhône, le taux de chômage est deux fois plus important parmi les **personnes handicapées actives** que dans la population générale. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé peut faciliter cet accès à l'emploi. En 2009, plus de 34 000 demandes de reconnaissance ont été déposées en Rhône-Alpes ; 90 % d'entre elles ont reçu un accord. Cela correspond, au niveau régional, à près de 10 personnes sur 1 000 âgées de 16 à 59 ans, taux qui varie cependant du simple au double selon les départements avec un maximum sur la Loire (près de 14 personnes pour 1 000) et un minimum en Haute-Savoie (près de 7 personnes pour 1 000).

Au 31 décembre 2009, 23 400 demandeurs d'emploi relevaient du dispositif de l'obligation d'emploi, soit 6,6 % de l'ensemble des personnes en situation de chômage. Le taux le plus élevé est constaté dans la Loire (9,2 %) et le plus faible en Haute-Savoie (4,8 %). Parmi les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés, la moitié (49 %) est dans cette situation depuis plus d'un an contre 29 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi.

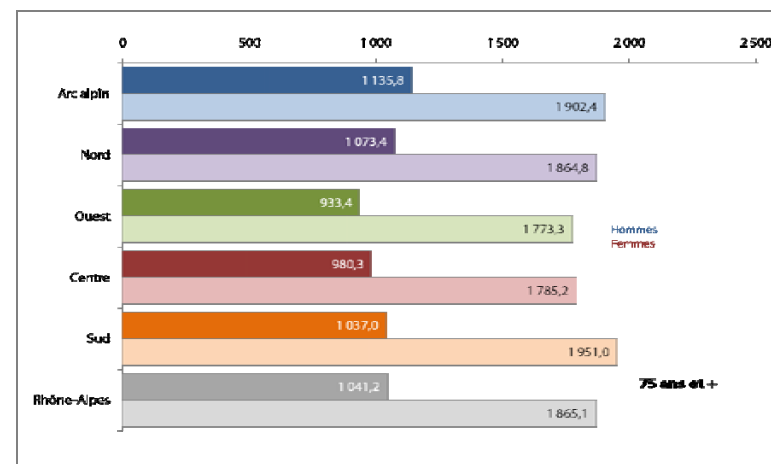
Concernant **les personnes âgées**, on observe qu'entre 65 et 79 ans, 24 % des personnes vivent seules et que cette part passe à 45 % chez les 80 ans et plus.

Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, neuf sur dix vivent en domicile ordinaire. Pour les personnes de 85 ans et plus, la part de personnes vivant en établissement reste minoritaire et correspond à un quart de la population (24 %). Ces caractéristiques de mode de vie rappelées, la notion d'accompagnement a tout son sens.

Selon l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), les chutes représentent 80% des accidents de la vie courante pour les Français de 70-74 ans et 91% pour les plus de 75 ans. On note que 70,2% des accidents de la vie courante des plus de 75 ans se sont déroulés à l'intérieur d'une habitation et seulement 29,8% dans une zone de transport ou un lieu public.

On estime, toujours selon cette étude nationale, que 4 à 5% des plus de 65 ans ont recours aux urgences hospitalières chaque année pour chute, soit entre 38 000 et 48 000 personnes en Rhône-Alpes. Deux chutes sur trois entraînent une hospitalisation ou un traitement prolongé.

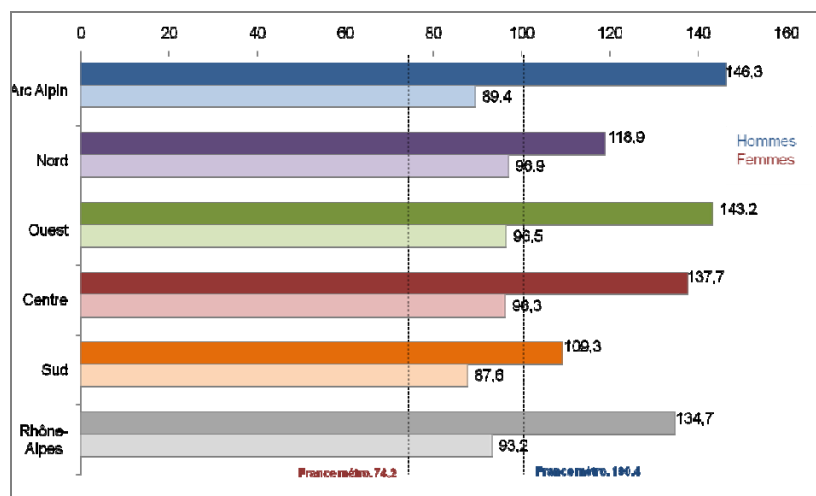
Taux\* comparatif annuel d'hospitalisation pour fracture du col du fémur (2005-2008)



\* Taux annuel pour 100 000 habitants de plus de 75 ans  
Sources INSEE (RP 2007) – PMSI – Exploitation ORS

La région Rhône-Alpes et tous ses territoires de santé, présentent des taux de mortalité par chutes accidentelles, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, beaucoup plus élevés que ceux de la France, et ce quel que soit le sexe. Ainsi, la mortalité régionale masculine est supérieure de plus d'un tiers à la mortalité nationale et la mortalité féminine d'un quart. Les disparités entre territoires sont plus marquées chez les hommes avec des taux élevés observés dans les territoires Est, Ouest et Centre. Le territoire Sud présente les risques les moins élevés de la région.

Taux comparatif de mortalité par chutes accidentelles chez les 75 ans (2000-2007)



\* Taux pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Arc Alpin = Territoire Est

Source INSEE (RP 2007) – Exploitation ORS

Les territoires Est, Ouest et Centre présentent les taux les plus élevés, alors que les taux d'hospitalisation pour traumatismes (quel qu'en soit le type) sont plus élevés dans le territoire Nord.

L'amélioration du parcours de vie des patients et l'efficience des accompagnements proposés aux personnes âgées et aux personnes handicapées exigent davantage de décloisonnement entre les différentes prises en charge et de coordination entre les politiques publiques.

Cette problématique sera fortement présente dans les priorités et objectifs retenus pour les domaines « périnatalité-petite enfance », « vieillissement-handicap », maladies chroniques et « santé mentale ».

## 4. Des risques sanitaires à maîtriser

Deux familles de risques sanitaires comportant un fort impact sur l'état de santé de la population sont à distinguer :

- les risques environnementaux,
- les infections nosocomiales.

### ➤ Les risques environnementaux

Les **cancers** figurent au premier rang des causes de décès. Leur progression est à analyser au regard des modifications démographiques, de l'amélioration du dépistage et du diagnostic, mais aussi pour certains types de cancers, au regard de l'accroissement de facteurs de risques avérés ou suspectés : tabagisme féminin, expositions professionnelles ou environnementales notamment.

De même, selon le Registre des **malformations** en Rhône-Alpes (REMERA, qui couvre 4 départements : le Rhône, l'Isère, la Loire et la Savoie – 2008), le taux de prévalence des malformations est estimé à 283 pour 10 000 naissances. Ce taux est en hausse par rapport aux années précédentes sans qu'il soit possible de chiffrer les parts respectives de l'amélioration du repérage, de la modification des comportements (recul de l'âge des mères) et de l'environnement dans cette augmentation.

Enfin, les **maladies de l'appareil respiratoire** ont des origines multiples parmi lesquelles la pollution domestique et atmosphérique.

Les multiples activités de la région, qu'elles soient industrielles ou agricoles, ou encore les situations géographiques variées sur le territoire, exposent la population à un large éventail de risques environnementaux.

En ce qui concerne **l'eau**, l'eau de boisson est essentiellement d'origine souterraine en Rhône-Alpes avec un nombre très élevé de captages (2,1 par commune contre 0,9 au niveau national). Seul le département de la Loire est majoritairement alimenté par de l'eau de surface. La région comporte par ailleurs 250 baignades en lac, plans d'eau ou rivières.

Bien que supérieur à la moyenne nationale, le niveau de protection (périmètre) des points de captage est à améliorer (70% actuellement sont protégés). De même, des améliorations doivent être apportées à la qualité de l'eau distribuée. En 2007, 9% de la population restait alimentée par une eau non-conforme sur le plan microbiologique (4% au niveau national). Les baignades en rivière ne présentent pas toujours des résultats bactériologiques excellents ou bons. Les risques sont majoritairement dermatologiques, ophtalmiques ou gastriques. En 2009, pour environ 2,5% de la population de Rhône-Alpes, l'eau distribuée à au moins une fois été non-conforme pour le paramètre pesticide.

En ce qui concerne la qualité de **l'air**, la région Rhône-Alpes se caractérise par des situations géographiques contrastées. Des disparités apparaissent également entre les territoires fortement urbanisés et les zones rurales à dominante agricole. Les zones viticoles et arboricoles, importantes dans la région, peuvent également engendrer une exposition des populations aux pesticides épanchés par voie aérienne.



L'air intérieur en habitat non dégradé peut être une source d'exposition à de nombreuses substances et agents chimiques, biologiques et physiques pouvant présenter des effets sur la santé (génotoxiques, infectants ou allergisants à effets pathogènes). Les premières synthèses réalisées par l'Observatoire de la Qualité de l'Air Intérieur montrent que l'asthme et la rhinite sont associés positivement aux concentrations intérieures à certains composés organiques volatils. Les lois de programmation dites « Grenelle 1 » et « Grenelle 2 » ont mis l'accent sur le renforcement de la lutte contre la pollution de l'air intérieur tant en habitat qu'en établissement recevant du public.

A noter que l'homme passe en moyenne 80% de son temps à l'intérieur de locaux ou d'habitacles. Il s'agit d'un domaine d'exploration récente mais les premiers travaux évoquent des pollutions plus élevées à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Les effets sur la santé sont divers : effets polluants aériens, allergies, intoxication oxycarbonée, saturnisme, risques liés aux fibres.

Parmi les facteurs aggravants figurent l'ancienneté des bâtiments avec comme corollaire leur vétusté, et le défaut d'équipements. En Rhône-Alpes, 26% des résidences principales sont antérieures à 1949.

L'air extérieur a un impact sur la santé mal évalué mais il est pourtant majeur comme facteur déclenchant et surtout aggravant des maladies cardio-vasculaires, respiratoires. Il joue un rôle dans l'évolution des allergies, des cancers.

En volume, la région Rhône-Alpes est une des premières régions émettrices de rejets qu'ils soient de sources industrielles, résidentielles et tertiaires ou liées aux transports.

La part rhônalpine dans l'émission des particules, des COV, des oxydes d'azote est particulièrement importante.

De nouveaux polluants (HAP, COV, mercure, pesticides, PCB...) font l'objet de suivi. Leur distribution géographique et leur évolution sont encore insuffisamment documentées.

Enfin, Rhône-Alpes est particulièrement concernée par l'émission de polluants liés aux transports routiers :

- 1ère région pour les COV, les HAP ou le Cuivre,
- 2ème région pour particules, NOx, Pb, HFC.

La situation vis-à-vis de l'habitat insalubre dans la région est assez représentative de celle rencontrée globalement au niveau national. Les arrêtés d'insalubrité sont en augmentation ces trois dernières années. L'enquête logement de 2001-2002<sup>2</sup> avait montré que 40 % des habitations présentent au moins un problème de qualité, le défaut le plus fréquent étant l'humidité.

Le département du Rhône figure parmi les départements français les plus à risque vis-à-vis du risque saturnin (exposition au plomb)<sup>3</sup>, lié essentiellement aux peintures anciennes dans les logements concernés.

Il en est de même pour l'exposition au radon - gaz radioactif naturel, issu du sous-sol granitique - qui se concentre dans l'habitat. La région Rhône-Alpes compte 4 départements prioritaires vis-à-vis de la gestion des risques sanitaires associés au radon parmi les 31 identifiés au niveau national : le Rhône, la Loire, l'Ardèche et la Savoie.

<sup>2</sup> Enquête menée par l'INSEE sur un échantillon de 45 000 logements

<sup>3</sup> Inserm, RNSP. Surveillance de la population française. Rapport final. RNSP (InVS), Saint-Maurice, décembre 1997

Pour le **bruit**, la région Rhône-Alpes est la deuxième région de France en termes d'exposition globale à des nuisances sonores (zones urbanisées, axes autoroutiers, aéroports, zones industrielles...). Des cartes de bruit ambiant et des plans de prévention du bruit ont été réalisées pour les agglomérations de Lyon, Grenoble et Saint-Etienne et doivent être réalisées pour les agglomérations de plus de 100 000 habitants et les grandes infrastructures routières et ferroviaires<sup>4</sup>. Par ailleurs, la région présente une dominante touristique forte caractérisée par de nombreux établissements recevant du public diffusant de la musique amplifiée, particulièrement dans les stations de sports d'hiver.

Les effets sur la santé sont de plus en plus décrits : troubles auditifs, effets psychologiques et psychiatriques (anxiété, dépressions), troubles de l'apprentissage (enfants).

Selon l'enquête musique amplifiée (ORS, Région Rhône-Alpes, Nacre - 2007) la moitié des jeunes lycéens de 17 ans était exposée à des doses hebdomadaires supérieures au seuil considéré comme sans danger.

Au niveau des **sols**, des activités industrielles présentes ou passées ainsi que des épandages de boues de station d'épuration peuvent être à l'origine de situations de sols pollués par de nombreuses substances chimiques. La région Rhône-Alpes comptabilise le plus grand nombre de sites pollués (plusieurs centaines d'anciens sites industriels et de sites en activité pollués ou partiellement pollués), soit 14% du total national. 60% des sites ont un impact en termes de pollution des eaux souterraines.

<sup>4</sup> Préfecture de la région Rhône-Alpes ; Plan régional santé environnement en Rhône-Alpes. Version 4. Préfecture Rhône-Alpes, Lyon, 7 novembre 2005

Le **risque industriel et technologique (accidents)** est important dans la région, en raison d'un grand nombre d'installations :

- 79 établissements classés seuil SEVESO AS (autorisation avec servitude= seuil haut) et 52 établissements classés seuil bas<sup>5</sup>.
- 9 installations nucléaires de base : centrales nucléaires du Bugey, Cruas, Saint-Alban, les usines IONISOS de Dagneux, SICN à Veurey-Voroise, site nucléaire du Tricastin, FBFC Romans (Fabrication de combustible)...

Ces risques industriels peuvent constituer une menace particulière pour l'environnement et l'homme au niveau de l'air, de l'eau ou des sols.

En 2007, 38% de la population était exposée à un risque industriel (contre 28% au niveau national) et 79% pour le risque lié au transport de matières dangereuses (vs 67%).

#### Traitement des déchets :

- 4,6 millions de déchets entrent dans une installation de traitement des ordures ménagères (ITOM) soit 10% du total national ;
- Stabilisation du volume/hbt depuis quelques années ;
- En Rhône-Alpes, la part de traitement par incinération avec valorisation est plus importante qu'en France.

<sup>5</sup> Données issues de la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement DREAL 17 /08/2010



## Les infections nosocomiales

Les maladies infectieuses communautaires suivent une épidémiologie qui s'inscrit dans les tendances françaises. On se reportera au panorama de la santé en Rhône-Alpes<sup>7</sup> pour quelques exemples ou aux données françaises en la matière.

La dernière enquête de prévalence nationale réalisée en 2006 montrait que **le taux d'infections nosocomiales est le plus élevé des taux régionaux recensés en métropole<sup>8</sup>**, sans que le niveau de gravité de l'état des patients de la population de Rhône-Alpes ne puisse expliquer ce phénomène.

Depuis la mise en place du tableau de bord « infections nosocomiales », constitué d'indicateurs d'organisation et de moyens, l'amélioration régionale a été régulière, avec, pour l'année 2008, 69 % d'établissements ayant un indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) en classe A (la meilleure) et 19 % en classe B.

En 2008, les résultats de Rhône-Alpes concernant les maladies nosocomiales en établissement de santé se situaient encore au dessous de la moyenne nationale (74,1 % d'établissements en A). La région Rhône-Alpes enregistrait un écart défavorable pour l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA) avec 23,3 % d'établissements en classe A contre 26,3 % au niveau national, et pour l'indicateur de bon usage des antibiotiques (ICATB) avec 34,3 % de classe A contre 42,4 % au niveau national.

<sup>7</sup> InVS, Surveillance nationale des maladies infectieuses 2001-2003

<sup>8</sup> 5,75 % des patients ont été infectés lors d'un séjour hospitalier contre 4,97 % au niveau national,

L'enquête nationale de prévalence **des infections en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes**, conduite en 2006-2007 par l'observatoire du risque infectieux en gériatrie<sup>9</sup> a montré un taux de prévalence des infections de 11,2 %.

Le risque épidémique demeure important en 2010 : au cours du premier trimestre 2010, huit épidémies de gastroentérites aiguës, touchant à la fois les résidents et le personnel ont été signalées en Rhône-Alpes.

Le risque lié aux bactéries multi-résistantes, dont le portage peut-être acquis lors de transferts en milieu hospitalier, sans être obligatoirement connu et/ou signalé lors du retour dans l'institution, pose également un problème de risque de transmission croisée.

Les résultats obtenus dans le cadre du plan national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales justifient de renforcer le dispositif de lutte développé en France depuis 20 ans au sein des établissements de santé et de l'étendre aux secteurs médicosocial et de soins de ville dans le cadre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS).

<sup>9</sup> Etude menée dans 577 établissements français concernant 44 870 résidents



Partie 2

Constats et objectifs  
Partage avec la CRSA

### ➤ Très tôt une présentation de la démarche

Dès le mois d'octobre 2010, l'ARS a présenté à la commission permanente de la CRSA la démarche d'élaboration du PSRS et a partagé avec ses membres la méthodologie de priorisation.

Cette approche méthodologique a été suivie le 30 novembre 2010 par une présentation en séance plénière des constats relatifs à l'état de santé en Rhône-Alpes ainsi que des enjeux pour les 5 domaines stratégiques définis au plan national.

La CRSA s'est ensuite organisée en 5 groupes thématiques pour s'approprier les constats et enjeux par domaine. Elle a ouvert par la suite une participation aux conférences de territoire afin que la vision territoriale puisse être intégrée.

Dans le même temps, l'ARS a procédé à l'élaboration d'un document préfigurant le PSRS et l'a transmis à la CRSA en date du 8 mars 2011. Ce document lui a servi de base de travail notamment pour exprimer des remarques et préconisations lors de sa séance plénière du 19 avril 2011.

Outre une exploitation du diagnostic, ce document comportait la mise en évidence des enjeux dans le domaine de la santé pour la région et proposait par domaine une liste d'objectifs en réponse aux problématiques repérées.

### ➤ Diversité et Multiplicité des objectifs recensés initialement

Ce sont 13 orientations et 43 priorités d'action qui ont été recensées comme pouvant participer à une amélioration de l'état de santé de la population en Rhône-Alpes. (Conférer le recensement en annexe 2).

### ➤ Des points de convergence et des propositions complémentaires

Les membres de la CRSA ont fourni **un travail particulièrement riche**, dont beaucoup d'éléments (propositions d'action, indicateurs) alimenteront une étape du PRS ultérieure, celle de la construction des schémas et programmes.

#### Des points de convergence nombreux.

Ils ont exprimé la nécessité de voir pris en compte dans le PRS des objectifs relevant de plans nationaux. La loi HPST confiant à l'ARS la mission de décliner en région la politique de santé, **les plans et programmes nationaux continueront et / ou seront mis en œuvre**. Pour mémoire, il existe une cinquantaine de plans dont : les plans nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012,, cancer 2009-2013, prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011, lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

La recherche des complémentarités avec des politiques portées par l'État ou les collectivités locales est considérée de part et d'autre comme nécessaire. En effet, quasiment toutes les priorités repérées supposent des actions portées par l'ensemble des politiques publiques et des collectivités territoriales.

La coordination des politiques publiques qui ont un impact sur les déterminants de santé est le facteur clé de la réussite d'une stratégie visant à réduire les inégalités de santé et à optimiser les moyens engagés en faveur des objectifs prioritaires de santé de la région.

Consciente que les mesures de coordination avec les autres politiques de santé font partie intégrante du dispositif concourant à l'élaboration et à la mise en œuvre du PRS, l'ARS a associé dès la définition des priorités de santé leur représentant :

- soit sous la forme de réunions techniques, notamment avec les représentants des conseils généraux, de la santé scolaire, de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), de la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- soit au sein des deux commissions de coordination des politiques publiques de santé mises en places par la loi HPST (l'une dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire et de la santé au travail ; l'autre dans le domaine de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social). Ces deux commissions ont été installées dès l'automne 2010 et leurs membres ont dès lors été parties prenantes dans des réflexions contributives à l'élaboration du PRS (Projet Régional de Santé).

Ces rencontres techniques et stratégiques ont vocation à articuler :

- PRS et autres programmes en région : PRSE, programme régional santé au travail ;
- PRS et actions portées :
  - dans le champ de la santé en milieu scolaire (compétence du recteur d'Académie),
  - par la Protection maternelle et infantile (PMI), la protection de l'enfance ; l'action sociale (champ de compétence des Départements),
  - au titre de la lutte contre les exclusions et la politique de la ville, via les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), la politique du logement et la santé dans l'habitat, les actions sur les

déterminants sociaux et environnementaux (ex : urbanisme) portées par les collectivités territoriales,

- au titre de la cohésion sociale par les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale DRJSCS.

**Le diagnostic de la santé en région est partagé par la CRSA puisqu'elle retient les 4 enjeux proposés par l'ARS.**

Ces enjeux traversent tous les domaines entrant dans le champ d'exercice de l'ARS et sont présents dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'agence :

- réduction des inégalités territoriales et socio économiques,
- réduction de la mortalité prématurée évitable en mettant l'accent sur les démarches préventives ciblées,
- l'amélioration du parcours de vie des patients et des personnes prises en charge,
- la prise en compte des risques sanitaires particulièrement forts et propres à la région.

**Les enjeux supplémentaires proposés par la CRSA rejoignent les sujets transversaux aux trois schémas d'organisation que l'agence entend porter**

Au titre des enjeux du PSRS 2011-2015, la CRSA souhaite en ajouter trois :

### Extrait de l'avis de la CRSA

#### « La prise en compte du déficit démographique en professionnels de santé

La mise en œuvre du PRS se fera dans un contexte de déficit démographique en professionnels de santé qui peut avoir un impact sur l'accessibilité et la qualité des soins.

Des mesures au niveau national devraient être prises pour rendre les études médicales plus attractives. Des modifications importantes dans le second cycle d'études pour éviter qu'il ne reste centré sur des services hospitaliers, limitant la connaissance, l'intérêt et la découverte de spécialités non hospitalières (médecine générale, PMI, médecine scolaire, médecine du travail, ...).



La mise en œuvre du PRS devra s'attacher à tenir compte de cette situation et à veiller à une juste répartition des ressources sur les territoires.

### Le développement des systèmes d'information partagés

Dans son avis du 14 septembre 2010, la CRSA Rhône Alpes a souligné la nécessité d'« Inscrire l'observation et l'évaluation comme des outils essentiels de la politique de santé ».

En effet, la poursuite des finalités évoquées plus haut passe par la mise à disposition de systèmes d'information partagée permettant à tous les acteurs d'agir plus efficacement en réponse aux besoins des usagers.

L'exercice de priorisation effectué dans le cadre du PSRS souligne la nécessité de disposer d'informations fiables et partagées sur lesquelles fonder la démarche.

L'observatoire régional de santé (ORS) fait depuis de nombreuses années un important travail d'analyse de la situation tant au niveau régional que départemental et maintenant territorial.

Néanmoins certains secteurs mériteraient développement supplémentaire :

- L'accompagnement médico-social : il s'agit de construire un dispositif d'observation médico-social des besoins des personnes (pas seulement de l'offre existante) ; celui-ci pourra se faire en partenariat avec les conseils généraux et les organismes déjà présents sur le secteur. La CRSA souhaite voir l'ARS jouer un rôle moteur dans la collecte, l'harmonisation, l'analyse des données et être associée à la validation du cahier des charges d'un tel dispositif.
- L'impact des données environnementales sur la santé : dans ce domaine, l'information existante est encore peu diffusée et de nombreux travaux restent à effectuer pour améliorer les connaissances collectives.
- La lisibilité du système de santé pour tous les acteurs : la proposition est de rendre disponible à tous la répartition des services et établissements sur le territoire, d'en réaliser une cartographie au moins annuelle.

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) actuellement développé autour de la plateforme SISRA (Système d'Information en Santé Rhône Alpes) pourrait être étendu à l'ensemble des établissements et services (hospitaliers, services à domicile, établissements médicosociaux, centres de planification familiale, PMI...). Cette mise à disposition pourrait être utilement complétée par des formations de mise en pratique pour les professionnels afin de les aider dans l'orientation de leurs publics.

### Le respect des droits des usagers

Le 15 février 2011, la CRSA a adopté le rapport de la commission « droits des usagers » dans lequel plusieurs orientations pour l'élaboration du plan stratégique régional de santé sont présentes. Il convient de rappeler ici l'importance que la CRSA accorde :

Au respect des droits des usagers dans les établissements et services médicosociaux,

Au fonctionnement des instances consacrées aux personnes handicapées,

A l'application des obligations liées à l'accessibilité à la cité,

A l'amélioration des modalités de prise en charge financière de la dépendance,

Aux conditions de participation et d'accès aux droits dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). »

L'ARS partage la place qui doit être faite dans le PRS à ces 3 dimensions et les développera comme thématiques transversales aux schémas d'organisation (sanitaire, médico-sociale et prévention).



Partie 3

Orientations & priorités du PSRS  
pour la région Rhône-Alpes

## Introduction

Le PSRS donne l'opportunité aux acteurs de la région de mobiliser leur action autour des enjeux de santé repérés, lesquels se déclinent en trois axes d'intervention :

### **Le développement de la prévention, notamment des risques environnementaux.**

La démarche de prévention est présente dans nombre d'orientations retenues au titre de ce premier PSRS pour chacun des domaines couverts : périnatalité/petite enfance, santé mentale, maladies chroniques, personnes âgées et handicapées, risques sanitaires.

Dans la mise en œuvre des priorités associées aux orientations, l'ARS s'efforcera de renforcer la coopération entre tous les acteurs concernés par ces thématiques, ce qui est un gage de succès.

L'ARS participera activement à la coordination des actions plus spécifiquement de celles relevant du Plan Régional Santé Environnement N° 2 (PRSE).

### **L'accessibilité à une offre en santé adaptée et efficiente contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales.**

La loi HPST a mis à la main des ARS des instruments (nouvelles formes d'exercice pour les professionnels de santé libéraux, contrats d'engagement publics pour les étudiants en médecine, communauté hospitalière de territoire), qui peuvent permettre d'améliorer l'accessibilité géographique du système de santé, dans le cadre d'une offre graduée de santé.

En ce qui concerne, l'accessibilité économique, l'ARS ne dispose pas des outils lui permettant d'agir. Pour autant, dans le cadre de l'observation en santé, l'ARS peut proposer à ses partenaires de travailler sur un recueil d'informations permettant d'objectiver et de comprendre les comportements de renoncement ou de report de prises en charge.

### **L'organisation du parcours de la personne âgée, de la personne handicapée et/ou de la personne atteinte de maladies chroniques dans notre système de santé.**

Les ARS ont été créées afin de décloisonner les différents champs de la santé et ainsi contribuer à la fluidité du parcours de la personne dans notre organisation de la santé. Les filières gériatriques illustrent cette orientation mais d'autres initiatives innovantes existent en région et participeront à la traduction opérationnelle de cet axe.

## **La définition des orientations stratégiques et des priorités d'action**

Le PSRS propose 18 priorités essentielles dans les cinq domaines d'actions arrêtés nationalement : périnatalité et petite enfance, maladies chroniques, santé mentale, handicap et vieillissement, risques sanitaires.

Ces priorités ont été arrêtées selon une méthodologie rigoureuse et partagée. Elles s'intègrent dans les trois axes majeurs qui viennent d'être rappelés : développement de la prévention, avec notamment la prise en compte de la santé environnementale, offre graduée en santé, fluidité des parcours.

### **Un nombre limité de priorités et d'objectifs**

Outre les plans et programmes nationaux, dont la mise en œuvre déclinée est de droit en région, l'ARS s'engage sur les priorités du PSRS, arrêtées au regard des spécificités de l'état de santé en région et qui seront traduites en objectifs opérationnels dans les schémas et programmes.

Les priorités du plan stratégique régional de santé sont arrêtées au regard des spécificités de l'état de santé en région et seront mises en œuvre en sus de ceux-ci.

Fixer un nombre limité de priorités permet de concentrer les efforts pour les 5 ans à venir. Deux grands avantages peuvent en être tirés :

- Une concentration des ressources disponibles sur quelques problèmes jugés importants par les acteurs régionaux. En sélectionnant les problèmes prioritaires, on traite, par les interventions les plus efficaces les questions de santé les plus importantes, et les populations les plus susceptibles d'en bénéficier,
- Une plus grande visibilité donnée à l'action de l'ARS sur le champ de la santé. Cette plus grande visibilité permet aux différents acteurs locaux de la santé (institutionnels, professionnels, élus) et à la population de plus facilement se positionner par rapport aux choix faits et de s'engager dans les actions à conduire en réponse aux besoins constatés.

### 👉 Les critères de détermination des orientations et priorités

Pour classer les problèmes et les priorités les uns par rapport aux autres, quatre groupes de critères ont été retenus :

- **l'ampleur du problème** (ex : nombre de personnes concernées par une pathologie ou une exposition – prévalence et incidence par exemple) ;
- **la sévérité du problème** (appréciée sur la base d'éléments objectifs et subjectifs comme la perception par les patients et leur entourage, la perception par la population, etc.) ;
- **l'efficacité de la solution proposée** – capacité à intervenir efficacement (ex : effet de telle programmation / action / service sur la morbidité, la mortalité) ;
- **la faisabilité de la solution** (ex : en termes politique, budgétaire, technique, éthique, etc.).

Les moyens mis en œuvre doivent l'être pour des interventions jugées faisables, efficaces et correspondant à des problèmes importants de par leur fréquence et/ou leur gravité objective ou perçue.

### 👉 Les résultats de la détermination des orientations et priorités

Les orientations et priorités du PSRS ont trait aux problèmes majeurs repérés dans les domaines explorés par le diagnostic à savoir :

- périnatalité et petite enfance,
- santé mentale,
- maladies chroniques,
- handicap et vieillissement,
- risques sanitaires.

Ce sont **12 orientations et 18 objectifs prioritaires** qui seront portés par l'ARS et ses partenaires en Rhône-Alpes.

Ils sont présentés de manière synthétique et par axe ci-après puis de manière détaillée par domaine en partie 3 du présent document.

Ces orientations et objectifs seront déclinés dans les schémas d'organisation : Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS), Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale (SROMS) et Schéma Régional de Prévention (SRP), et les programmes d'actions.

4 problématiques, dont l'importance a été soulignée par la CRSA, seront également déclinées dans la suite des travaux du PRS. Il s'agit :

- de l'observation en santé,
- du système d'information de santé,
- du droit des usagers,
- des ressources humaines (démographie et formation des professionnels de santé, professionnalisation des aidants professionnels).

## Une concertation large sur le projet de PSRS

C'est à partir de la mi-mai 2011 que le directeur général de l'ARS a mis en œuvre la procédure de concertation sur le projet de PSRS.

Cette procédure a été ouverte non seulement aux acteurs appelés réglementairement à se prononcer sur le PSRS mais également plus largement.

Elle a pris différentes formes : saisine officielle par courrier, présentation aux acteurs lors de rencontres collectives et/ou de rendez-vous bilatéraux, participation à des séances de travail d'instances.

### 📌 Constats globaux

La méthode d'élaboration du PSRS a été comprise par les acteurs en région notamment l'étape de définition de priorités en nombre limité.

Le diagnostic régional n'est pas contesté même si des attentes sont exprimées afin d'accroître l'observation plus particulièrement dans les domaines du médico-social et de la prévention et de disposer de diagnostics infra territoriaux. La structuration de la territorialisation du PRS autour de 3 niveaux reste largement d'actualité :

- le territoire de santé : c'est le lieu d'expression de la démocratie sanitaire via les conférences de territoire ainsi que le territoire opposable pour la mise en œuvre du SROS PRS,
- la zone de proximité (ZSP) : c'est un niveau d'observation en santé plus fin mais cohérent avec le territoire de santé,
- le territoire d'actions qui est variable en fonction de la nature de l'action : le territoire de la filière gérontologique, les pôles structurants de 1er recours...

Les 3 enjeux mis en exergue pour la région : le développement des actions préventives, notamment dans le champ de la santé environnementale, l'accès à une offre en santé adaptée et efficiente, la fluidité des prises en charge et accompagnements sont partagés par tous les acteurs.

Il en est de même pour les priorités bien que l'accent a été assez systématiquement mis sur le cadre favorable à leur bonne mise en œuvre. A ce titre ont été cités : les moyens humains et financiers, la coordination des politiques publiques et leur déclinaison modulée en fonction des forces et faiblesses des territoires.

### 📌 Retour sur les avis prévus règlementairement

Au titre de la procédure formelle d'avis ont été sollicités par courrier en date du 18 mai 2011 le préfet de région, les présidents des conseils généraux, le président du conseil régional et les 2879 maires de la région. Dans le même temps, le conseil de surveillance de l'ARS était saisi.

En retour à cette saisine, **le préfet de région et le conseil de surveillance** ont émis un avis favorable sur le PSRS.

**Les présidents des conseils généraux**, qui ont tous été rencontrés individuellement, ont exprimé :

- leurs adhésions à cette démarche innovante du fait de la globalité de l'approche et de la place faite à la prévention,
- l'intérêt très vif qu'ils portent à l'organisation du 1er recours tant sous l'angle accessibilité que sous celui de la qualité des prises en charge,
- leurs inquiétudes au regard d'une part des problématiques de ressources humaines rencontrées par les établissements du médico-social, d'autre part de la diminution de la progression de l'enveloppe ONDAM affectée à ce champ alors que dans le même temps le profil des résidents accueillis en EHPAD évolue (une entrée en institution de plus en plus tard, des durées moyennes de séjour de plus en plus courtes, une charge en soins de plus en plus forte).

Les avis formulés par les conseils généraux de l'Ardèche, l'Isère, de la Haute-Savoie et de la Loire, sont libellés de ce fait soit sous la forme d'une prise d'acte, soit sous celle d'un avis favorable.

En ce qui concerne le taux de retour des **municipalités**, il est de 4%.

Là encore les avis sont le plus fréquemment une prise d'acte (un seul avis défavorable recueilli à ce jour).

Par contre, les réponses illustrent, au travers d'exemples pris dans leur territoire, les constats faits dans le diagnostic régional et confortent ainsi l'opportunité de travailler sur les problématiques de prévention et d'environnement, la gradation des soins, plus particulièrement sur l'organisation du 1er recours, et enfin sur la fluidité des prises en charge et accompagnements pour les malades chroniques, les personnes âgées et les handicapés.

Pour les plus grosses agglomérations, ils évoquent également les initiatives qu'ils ont pu engager dans les domaines couverts par le PSRS.

**Le président du conseil régional** n'a pas formalisé, à ce jour, son avis. Pour autant lors de l'audition de l'ARS par la Commission santé /environnement du conseil régional, le président de celle-ci a fait état d'une approbation globale du PSRS.

La commission partage le constat relatif aux inégalités territoriales, soutient la place très importante faite à l'environnement dans les priorités du PSRS et les actions visant à améliorer l'espérance de vie en bonne santé de la population.

Elle insiste sur les enjeux de la démographie médicale et le développement de système d'information partagé, de la mise en cohérence des schémas, plans et programmes de toute sorte, du respect des droits de l'utilisateur.

Elle évoque son inquiétude sur les moyens alloués à l'ARS pour conduire à leur terme les priorités du PSRS.

## 👉 Retour sur les contributions des autres acteurs sollicités

Dans le cadre de l'élargissement de la procédure de concertation, l'ARS a présenté le projet de PSRS aux conférences de territoire, au conseil économique et social, aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) des professions constituant le premier recours, aux fédérations représentatives des établissements sanitaires, aux fédérations et principales associations représentant les établissements médico-sociaux, ainsi qu'aux organisations sociales-professionnelles de la région.

Globalement **les 5 conférences de territoire** partagent les constats, orientations et cibles du PSRS.

Leurs attentes portent sur la mise en œuvre opérationnelle des priorités : recenser les ressources disponibles, rendre attractifs les métiers auprès des personnes âgées, faciliter le passage du soin à la prévention, inciter au développement de structures et services qui facilitent le maintien en milieu de vie ordinaire, rendre lisible les priorités, articuler les politiques de l'Etat.

Elles sont dans l'attente du diagnostic propre à leurs territoires et sont prêtes à s'investir dans l'élaboration des programmes territoriaux.

Lors de l'audition au conseil économique et social régional, la nature des questions posées traduit l'intérêt porté par les membres de la commission au contenu du PSRS.

Elles avaient trait à l'organisation du 1er recours, au respect des droits des usagers et des patients, à la mobilisation des moyens autour des priorités, au champ visé par la prévention (avec un souhait de voir élargir celui-ci aux violences faites aux femmes, ainsi qu'à la qualité de l'alimentation) et à l'accompagnement à domicile des personnes âgées, personnes handicapées et malades chroniques.

Pour les URPS, ce sont les membres des bureaux, qui ont été conviés à des rencontres avec l'ARS sur ce thème. Lors de celles-ci, les participants n'ont pas émis de remarques particulières sur le diagnostic régional, ni sur les 3 axes structurants du projet pour les 5 ans à venir.

Les propositions de priorité ont plutôt été abordées sous l'angle de la place de leur profession dans les actions, qui pourraient être engagées afin de les mettre en œuvre, attestant ainsi de leur intérêt pour la démarche.

Lors de la rencontre avec les fédérations hospitalières, la position était également plutôt placée sous le signe du partage des priorités même si des interrogations se sont faites jour sur les outils et moyens mobilisables pour leur mise en œuvre, ainsi que sur le territoire d'action.

Les participants à la rencontre organisée en direction des représentants du secteur du médico-social se sont largement appropriés les priorités du PSRS. De ce fait, ils ont plutôt centré leurs interventions sur :

- les modalités de mise en œuvre : notamment sous l'angle espace de concertation dans les territoires de santé, place de l'expérimentation, promotion de la coordination,
- des pistes de travail pour les actions : augmentation des passages aux urgences des personnes âgées pour des motifs économiques ou faute de prise en charge adaptée, problématique du transport des PA pour accéder aux soins de 1er recours, formation des personnels dans les structures afin d'accompagner les PA atteintes de maladies chroniques, anticiper la demande sociale avec la mise en place de solutions intermédiaires entre le placement en institution et le domicile....

Enfin en ce qui concerne les organisations sociales-professionnelles ayant participé à la rencontre, elles ont exprimé leur intérêt pour la démarche PRS du fait de son approche globale et prospective des problématiques de santé ainsi que du décloisonnement porté par les priorités retenues.

Lors de la mise en œuvre opérationnelle des priorités du PSRS, elles ont insisté sur la nécessité d'une coordination des politiques publiques et d'une lisibilité sur les moyens affectés.

A noter enfin qu'après prise en compte de la proposition de classement des priorités par l'ARS, la commission permanente de la CRSA, lors de sa séance du 4 mai 2011, a complété son avis initial.

L'ARS a exploité l'intégralité des contributions qui lui sont parvenues sur la période réglementaire de concertation ouverte du 18 mai au 31 juillet 2011. Elles ont conduit à quelques réajustement dans le PSRS lui-même, mais elles seront également utilisées lors des phases ultérieures du PRS notamment celles relatives à l'offre de premier recours (SROS volet ambulatoire) ou aux initiatives prises dans les territoires (la coordination sera à rechercher avec les ateliers santé ville ou d'autres projets portés dans un territoire d'action).



## Synthèse des orientations et priorités par axe du PRS

### 1. Le développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux

**Orientation 1 : réduire l'impact des déterminants environnementaux sur les milieux de vie**

- Priorité 1 : développer la lutte contre l'habitat indigne.
- Priorité 2 : prévenir ou limiter les risques sanitaires liés à la qualité de l'air.
- Priorité 3 : assurer à la population la distribution d'une eau saine issue de ressources protégées.
- Priorité 4 : prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement sonore.

A ces 4 priorités régionales s'ajoutera au sein des territoires une priorité territoriale ciblée en fonction des déterminants environnementaux du territoire (radon, amброisie...).

**Orientation 2 : Accentuer la lutte contre les infections liées aux soins**

- Priorité : prévenir les infections associées aux soins en établissements de santé et le risque infectieux en EHPAD.

**Orientation 3 : Améliorer la capacité de la région à faire face aux risques sanitaires et à gérer les situations exceptionnelles**

- Priorité 1 : Optimiser la veille et la gestion des alertes sanitaires.
- Priorité 2 : Optimiser la réponse aux situations exceptionnelles.

### 2. L'accès à une offre en santé adaptée et efficiente

**Orientation 1 : choisir librement l'arrivée d'un enfant**

- Priorité : faciliter l'accès à l'éducation à la sexualité et à la contraception, l'IVG et aux techniques d'assistance à la procréation.

**Orientation 2 : améliorer l'espérance de vie en bonne santé du jeune enfant**

- Priorité : Renforcer le dépistage précoce et la prise en charge des troubles physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage.

**Orientation 3 : développer chez l'enfant et l'adolescent les capacités à faire des choix favorables à leur santé et à leur bien être**

- Priorité : Promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé et à l'insertion sociale chez les adolescents et participer à la prévention du décrochage scolaire.

**Orientation 4 : Repérer et prendre en charge les signes de souffrance psychique en particulier pour les populations exposées à la précarité**

- Priorité : améliorer l'accès aux soins en santé mentale des populations exposées à la précarité.

Orientation 5 : prévenir, retarder ou limiter les conséquences de la perte d'autonomie chez la personne âgée ou la personne handicapée

- Priorité : limiter la survenue d'évènements indésirables, développer l'accessibilité aux dispositifs de droit commun de prévention et de soin, et favoriser un environnement de vie adapté aux personnes.

### 3. La fluidité des prises en charge et des accompagnements

Orientation 1 : améliorer l'accompagnement pré et post partum

- Priorité : prévenir la grande prématurité et ses conséquences.

Orientation 2 : améliorer la qualité de vie des personnes porteuses d'une maladie psychiatrique et leurs aidants

- Priorité : Développer l'offre de soins de rétablissement permettant à une personne atteinte dans ses capacités mentales de parvenir au plus grand niveau d'autonomie possible.

Orientation 3 : développer et organiser la prévention des maladies chroniques et améliorer la coordination de leur prise en charge (soins, suivi thérapeutique, accompagnement et prévention des conduites addictives)

- Priorité 1 : les maladies neuro et cardiovasculaires, leurs facteurs de risques, et leurs complications : en particulier : obésité, hypertension artérielle.
- Priorité 2 : le diabète, ses facteurs de risque et ses complications, en particulier l'obésité.

Orientation 4 : développer des modes d'accompagnement adaptés aux besoins et projets de vie des personnes en perte d'autonomie

- Priorité : apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes.

Orientation 5 : promouvoir, dans le respect de la bientraitance et des droits des personnes, la cohérence et la continuité des accompagnements des personnes en perte d'autonomie du fait de leur handicap ou du vieillissement

- Priorité : prévenir les ruptures dans les parcours d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

## Présentation détaillée par domaine des orientations et priorités du PSRS

## Domaine « Périnatalité et petite enfance »

<b>Périmètre</b>	Ce domaine englobe les prises en charge sanitaires et médico-sociale autour de la grossesse et de la naissance, les activités de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'activité d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal, la prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse. La petite enfance couvre les premières années de la vie soit de 0 à 6 ans.
<b>Orientation</b>	<b>Choisir librement l'arrivée d'un enfant.</b>
<b>Priorité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Faciliter l'accès</b> à l'éducation à la sexualité et à la contraception, à l'IVG et aux techniques d'assistance à la procréation.</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Part des femmes sous contraception ayant recours à l'IVG.</li> <li>▪ Délais moyens de prise en charge clinique et biologique pour le recours à une procréation médicalement assistée.</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malgré une large diffusion des méthodes contraceptives depuis 40 ans, le nombre d'IVG ne diminue pas, notamment chez les adolescentes, dont les grossesses précoces seraient souvent en lien avec l'échec scolaire (INSERM 2002).</li> <li>▪ Inégalités territoriales concernant l'accès à l'IVG entre les 12 et 14 semaines.</li> <li>▪ Persistance d'une inégalité d'accès à la contraception du lendemain sans ordonnance (Norlevo®).</li> <li>▪ Difficultés d'accès à une méthode de contraception adaptée à chaque femme et jeune fille (72% des IVG sont réalisées chez des femmes qui étaient sous contraception).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficultés des femmes à maîtriser leur procréation.</li> <li>▪ Un enjeu de coordination à mener avec :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gynécologues</li> <li>- Médecins généralistes</li> <li>- Protection Maternelle et Infantile (Centres de planification)</li> <li>- Santé scolaire</li> </ul> </li> </ul>

Orientation	<b>Améliorer l'espérance de vie en bonne santé du jeune enfant.</b>
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Renforcer le dépistage précoce et la prise en charge des troubles physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage</b> en les intégrant dans une prise en charge en réseau en lien avec les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), afin de faciliter l'accès aux services spécialisés et aux acteurs de droit commun.</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévalence du handicap chez l'enfant.</li> <li>▪ Pourcentage des enfants dépistés ayant bénéficié d'une consultation spécialisée après le dépistage.</li> <li>▪ Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles visuels avant 6 ans.</li> <li>▪ Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles auditifs avant 4 ans.</li> <li>▪ Nombre de consultations dans les unités d'évaluation et de diagnostic autisme de la région par an.</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les femmes conçoivent des enfants de plus en plus tard induisant plus d'infertilités liées à l'âge et plus de recours au diagnostic prénatal et à l'AMP.</li> <li>▪ En termes de prématurité induite, la PMA représente 2 % des naissances, mais 20 % des naissances de moins de 33 semaines.</li> <li>▪ Les nouvelles formes de vie familiale, divorces, séparations, familles monoparentales peuvent perturber le lien attendu parent-enfant, et générer des problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant et l'adolescent.</li> <li>▪ Inégalité territoriale pour l'accès aux structures spécialisées dans la prise en charge du handicap (accès aux CAMSP) entraînant des retards dans les prises en charge.</li> <li>▪ Déficit de travail en réseau intégrant le médico-social.</li> <li>▪ Des pratiques ou usages (alcool, tabac, drogues...) qui ont des effets néfastes sur la santé de l'enfant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réduire les situations à risque de handicap, notamment chez les enfants nés prématurément.</li> <li>▪ Prendre en compte toute la dimension affective dans le processus de la naissance et du développement de l'enfant : elle représente un déterminant important de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente. Un soutien précoce et de qualité à la parentalité en améliorant l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant est un enjeu majeur de santé publique.</li> <li>▪ Un enjeu de coordination à mener avec la PMI et avec les collectivités locales engagées dans des actions relevant de ce champ.</li> </ul>

Orientation	Améliorer l'accompagnement pré et post partum.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévenir la grande prématurité et ses conséquences.</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mortalité périnatale.</li> <li>Taux de naissances prématurées et de petits poids de naissance.</li> <li>Taux de déclaration de grossesses tardives (2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre).</li> <li>Taux de femmes enceintes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce.</li> <li>Nombre de nouveau-nés vulnérables suivis au sein d'un réseau de santé en périnatalité en lien avec les Centre d'Actions Médico-Sociaux Précoces (CAMSP).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>Globalement en Rhône-Alpes, l'offre de soins est diversifiée et répartie de façon harmonieuse sur le territoire permettant d'allier les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant au moment de la naissance et la nécessité d'une proximité de prise en charge notamment pour le suivi pré et post-natal mais : <ul style="list-style-type: none"> <li>des informations encore cloisonnées entre les professionnels de santé sur un même territoire ;</li> <li>des retours à domicile pas toujours sécurisés ;</li> <li>une inégalité territoriale pour la prise en charge du couple Mère Bébé en cas de pathologie psychoaffective de la mère ou de l'enfant ;</li> <li>des difficultés d'accès aux praticiens conventionnés « secteur 1 » dans les grandes agglomérations ;</li> <li>de nombreuses maternités (près de 1/3) qui connaissent des problèmes de démographie médicale, gynécologues-obstétriciens et pédiatres.</li> </ul> </li> <li>Inégalité de couverture sociale, entre autres entre les femmes salariées et celles en situation d'activité libérale. Ces inégalités de couverture sociale influent sur le développement de la grossesse, en particulier sur le taux de prématurité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer à chaque femme enceinte quelque soit son milieu social ou son origine géographique, une prise en charge adaptée à son état de santé dans un environnement sécurisé, tant pour le suivi de sa grossesse que pour l'accouchement et le retour à domicile.</li> <li>Un enjeu de coordination à mener avec les professionnels de la périnatalité via la Commission Régionale de la Naissance.</li> </ul>

## Domaine « Maladies chroniques »

Périmètre	Le domaine couvre les maladies chroniques en dehors de celles qui sont liées spécifiquement au vieillissement et aux maladies mentales, lesquelles relèvent de domaines qui leurs sont consacrés en propre.
Orientation	<b>Développer et organiser la prévention des maladies chroniques, et améliorer la coordination de leur prise en charge : soins suivis, accompagnement et prévention des conduites addictives.</b>
Priorités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décliner l'orientation pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- les <b>maladies neuro et cardiovasculaires</b>, leurs facteurs de risques et leurs complications en particulier l'obésité, l'hypertension artérielle.</li> <li>- le <b>diabète</b>, ses facteurs de risque (l'obésité) et ses complications en particulier ophtalmologiques et l'insuffisance rénale chronique.</li> </ul> </li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre d'hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour complications majeures du diabète pendant une période donnée.</li> <li>▪ Pourcentage d'entrées en dialyse en urgence.</li> <li>▪ Taux de patients atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC) pris en charge dans une Unité neuro vasculaire (UNV).</li> <li>▪ Part des patients traités par hémodialyse péritonéale / part des patients dialysés.</li> <li>▪ Taux de patients de la population cible ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP)...</li> <li>▪ Nombre de patients qui bénéficient d'une prise en charge par un réseau de soins, ou une Maison de Santé Pluri-professionnelles (MSP), ou un dossier de suivi partagé et informatisé.</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans les prises en charge les efforts ont surtout porté sur les soins en bout de chaîne au détriment relatif des mesures de promotion de la santé, de prévention et l'éducation thérapeutique du patient.</li> <li>▪ L'obésité, prélude à la majorité des maladies chroniques, est un état très marqué socialement, qui touche principalement et de façon constante les populations les moins favorisées au plan socioculturel.</li> <li>▪ Le diabète est une maladie dont les complications sont graves, fréquentes et coûteuses.</li> <li>▪ Les études de pratique portant sur les filières de prise en charge hospitalière, pré-hospitalière ou l'organisation des soins ambulatoire montrent que les parcours de soins ne sont pas toujours optimaux.</li> <li>▪ Des études de pratique portant sur les prises en charge thérapeutiques montrent que celles-ci sont perfectibles.</li> <li>▪ La coordination des soins est insuffisante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Importance du développement de la prévention dans les maladies chroniques.</li> <li>▪ Les messages et programmes de prévention menés habituellement touchent en priorité les populations les plus réceptives qui sont aussi les moins exposées : il faut revoir les stratégies de prévention.</li> <li>▪ Un meilleur équilibre du diabète, une meilleure gestion de la maladie, et de sa prise en charge est de nature à diminuer le nombre de complications et surtout d'en retarder l'apparition.</li> <li>▪ De cette prise en charge dépend l'amélioration de la qualité de vie des malades.</li> <li>▪ Enjeu de coordination à mener avec d'autres acteurs publics : éducation nationale, municipalités, à travers notamment la démarche des ateliers santé-ville.</li> </ul>



## Domaine « Santé mentale »

Périmètre	Bien être, souffrance psychique et détresse psychique réactionnelle, maladies psychiatriques.
-----------	---

Orientation	Développer chez l'enfant et l'adolescent les capacités à faire des choix favorables à leur santé et à leur bien être.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé et à l'insertion sociale chez les adolescents et participer à la prévention du décrochage scolaire.</li> </ul>
Indicateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de programmes coordonnés de dépistage des signes de souffrance psychique des enfants et adolescents par territoire de santé.</li> <li>▪ Taux d'inadéquation dans les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La précocité du repérage des signes de souffrance psychologique et leur prise en charge permet d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé.</li> <li>▪ La petite enfance, l'adolescence, l'entrée en université, l'entrée dans la vie professionnelle sont des âges charnières.</li> <li>▪ Cette priorité nécessite une action coordonnée d'acteurs des politiques publiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé et à l'insertion sociale (alimentation, activité physique, prévention des addictions, éducation sexuelle).</li> <li>▪ Prévenir la violence à l'école.</li> <li>▪ Prévenir l'entrée dans les soins.</li> <li>▪ Enjeu de coordination à mener avec d'autres acteurs publics : éducation nationale, municipalités, (à travers notamment les ateliers santé-ville (ASV)).</li> </ul>

Orientation	Repérer et prendre en charge les signes de souffrance psychique en particulier pour les populations exposées à la précarité.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer l'accès aux soins en santé mentale des populations exposées à la précarité.</li> </ul>
Indicateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Délais de prise en charge en Centre médico-psychologique (CMP).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les conditions sociales et économiques influent fortement les conditions d'accès à la prévention et aux soins.</li> <li>Il existe des inégalités (territoriales, sociales, économiques...) dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enjeu de coordination entre accès aux soins, Programme régional de santé au Travail, actions du Conseil régional en faveur de la santé des jeunes et les actions des municipalités conduites notamment au travers des ateliers santé-ville.</li> </ul>

Orientation	Améliorer la qualité de vie des personnes porteuses d'une maladie psychiatrique et de leurs aidants.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer l'offre de soins de rétablissement permettant à une personne atteinte dans ses capacités mentales de parvenir au plus grand niveau d'autonomie possible.</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre d'hospitalisations « inadéquates » en psychiatrie.</li> <li>▪ Nombre de bilans de réhabilitation psycho-sociale proposés par territoire.</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'articulation entre le social, le sanitaire et le médico-social est indispensable pour la lutte contre les ruptures de soins facteur de décompensation des maladies psychiatriques.</li> <li>▪ La précocité des soins de réhabilitation des patients psychiatriques conditionne la limitation de leur performance et la réussite de l'insertion sociale.</li> <li>▪ Insuffisante prise en compte dans les grandes villes des quartiers dits sensibles où est concentrée une forte densité de patients qui ont un accès au logement social plus facile dans ces zones. A la pathologie psychiatrique s'ajoutent la précarité, l'isolement, les addictions de toutes sortes, les problèmes de violence et de délinquance et la complexité des problèmes culturels. Ce phénomène se conjugue avec une désertification médicale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inscrire le patient dans un parcours coordonné de vie (logement, travail, revenus, accès aux soins).</li> <li>▪ Développer les liens avec des dispositifs locaux prenant en compte les problématiques de la santé mentale sur les territoires.</li> <li>▪ Faciliter les partages d'expériences entre les « porteurs » de ces dispositifs.</li> </ul>



## Domaine « Handicap et vieillissement »

Périmètre	<p>Il s'agit dans ce domaine de prévenir et retarder les situations de perte d'autonomie, d'en limiter les conséquences, en améliorant la prise en charge des soins et l'accès à l'offre du système de santé, et en accompagnant de manière pluridisciplinaire les situations de perte d'autonomie, tout au long de la vie : l'accessibilité facilitée à tout service à tout moment de la vie sociale, scolaire ou professionnelle, de même que la compensation et l'accompagnement à toute période passagère ou définitive de perte d'autonomie.</p> <p><b>Handicap</b> (loi 11/02/2005) : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques,</li> <li>- d'un poly-handicap,</li> <li>- ou d'un trouble de santé invalidant.</li> </ul> <p><b>Vieillesse</b> : phénomène naturel susceptible de générer une perte ou une réduction progressive de l'autonomie.</p>
Orientation	Prévenir, retarder ou limiter les conséquences de la perte d'autonomie chez la personne âgée ou la personne handicapée.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limiter la survenue d'événements indésirables (chutes, iatrogénie, dénutrition), développer l'accessibilité aux dispositifs de droit commun de prévention et de soin, et favoriser un environnement de vie adapté aux personnes.</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Age moyen d'entrée en GIR 1, 2, 3, 4 dans la région (sous réserve de partage des données des Conseils Généraux).</li> <li>▪ Prévalence de la dépendance pour les +65 ans et pour les personnes ayant un handicap 0-20 ans, 20-39 ans et 40 -59 ans (Enquête ponctuelle ORS à partir des données HID à réactualiser selon périodicité régulière).</li> <li>▪ Prévalence de handicap chez les enfants avec déficiences sévères par type de déficience sur trois départements de la région (REHOP rapport d'activité annuel).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<p><b>En Rhône-Alpes, on constate une population un peu plus jeune que dans l'ensemble de la France mais une tendance à un certain vieillissement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La part des personnes de 75 ans et plus ne cesse de croître en Rhône-Alpes comme en France.</li> <li>▪ Les personnes âgées sont majoritairement à domicile.</li> <li>▪ La dépendance augmente avec l'âge.</li> <li>▪ Le taux de mortalité par chutes accidentelles chez les 75 ans et plus, est beaucoup plus élevé par rapport à la France. Le nombre de décès par maladies neurologiques est également supérieur à la moyenne nationale.</li> </ul> <p><b>En ce qui concerne les personnes ayant un handicap :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selon des estimations, 0,5 % des 20-39 ans sont dépendants. Il y a donc potentiellement 8 000 personnes dépendantes en Rhône-Alpes, dans cette tranche d'âge.</li> <li>▪ 0,9 % des 40-59 ans sont dépendants, soit 14 700 personnes dépendantes ayant entre 40 et 59 ans.</li> <li>▪ On estime par ailleurs à 12 000 le nombre des personnes de 0-20 ans atteints de déficience(s) lourde(s) en Rhône-Alpes.</li> <li>▪ Allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées d'où une sur-incapacité et donc une complexité croissante des situations.</li> <li>▪ Difficultés d'accès à la prévention, aux soins et plus globalement à l'offre du système de santé, pour les personnes en perte d'autonomie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La grande majorité des personnes âgées n'est pas concernée par la dépendance, mais nécessite qu'on préserve l'autonomie par des actions de prévention.</li> <li>▪ La limitation des conséquences de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées passe par des réponses adaptées aux besoins de chacun : adaptation de l'environnement, accès aux dispositifs de droits communs.</li> <li>▪ Un enjeu de coordination à mener avec les Conseils généraux, Centres de santé, caisses de retraites, professionnels de santé libéraux, Etablissements et services médico-sociaux, Etablissements de santé.</li> <li>▪ Un enjeu de prise en compte par les ateliers santé-ville de l'orientation visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées et à faciliter leur accès à la prévention et aux soins.</li> </ul>

Orientation	Développer les modes d'accompagnement adaptés aux besoins et aux projets de vie des personnes en perte d'autonomie.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes.</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de personnes maintenues en établissement au titre de l'amendement Creton (Enquête annuelle ARS).</li> <li>▪ Nombre de personnes hospitalisées en psychiatrie relevant d'une orientation en établissements et services médico-sociaux (Enquête annuelle ARS).</li> <li>▪ Profil du public accueilli en ESAT par âge et temps d'activité (Enquête annuelle ARS).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bon niveau global d'équipements mais disparités infrarégionales.</li> <li>▪ Développement rapide des services à la personne.</li> <li>▪ Complexité croissante des situations des publics accompagnés : augmentation de la prévalence des troubles comportementaux, avancée en âge des personnes accueillies dans les établissements pour personnes handicapées.</li> <li>▪ Décrochage entre l'effectif des personnes dépendantes (pour cause de vieillissement, handicap et maladies chroniques) et l'effectif des aidants à domicile (professionnels et informels).</li> <li>▪ Disponibilité insuffisante des professionnels de santé et socio-éducatif (démographie).</li> <li>▪ Culture de lutte contre la maltraitance.</li> <li>▪ Passer à une culture de la bientraitance active.</li> </ul>	<p>L'égal accès des personnes en perte d'autonomie à une citoyenneté active, nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ d'adapter les dispositifs de droit commun dans un objectif d'intégration accru dans le milieu de vie ordinaire ;</li> <li>▪ de tenir compte des projets de vie, du libre choix et des besoins des personnes en perte d'autonomie en développant ou adaptant les modes d'accompagnements, et en soutenant les dispositifs de compensation de la perte d'autonomie ;</li> <li>▪ d'adapter les dispositifs spécialisés et d'améliorer leur accessibilité ;</li> <li>▪ Un enjeu de coordination à mener avec les Conseils généraux.</li> </ul>

Orientation	Promouvoir, dans le respect de la bientraitance et des droits des personnes, la continuité et la cohérence des accompagnements des personnes en perte d'autonomie.
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévenir les ruptures dans les parcours d'accompagnement des personnes âgées et handicapées.</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de ré-hospitalisation à 15 jours des personnes âgées (Requête annuelle PMSI).</li> <li>Indicateurs qualitatifs mesurant la bientraitance : mise en place des Conseils de la vie sociale (Questionnaire annuel ANESMS).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>La cohérence d'ensemble des accompagnements dans une logique de parcours est encore très imparfaite et crée des ruptures préjudiciables aux usagers.</li> <li>Le constat par ailleurs de la persistance d'approches uniquement centrées sur le soin. Or, les facteurs explicatifs de la dépendance ne sont pas uniquement sanitaires. Ils sont aussi sociaux et doivent donc conduire à des réponses globales.</li> <li>Les établissements ont globalement développé une culture de lutte contre la maltraitance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le développement des coordinations entre les acteurs concourant à l'accompagnement à la vie sociale et aux soins des personnes en perte d'autonomie est nécessaire pour une plus grande fluidité et cohérence des accompagnements et afin d'apporter des réponses à la globalité des besoins.</li> <li>Le recueil des expressions et attentes des usagers, le respect des projets de vie de chacun nécessite d'être constamment promu dans un objectif de développement d'une « culture de la bientraitance » qui ne se limite pas à la simple absence de maltraitance.</li> <li>Ces objectifs passent en particulier par une amélioration de la formation des professionnels et par un renforcement de l'attractivité du secteur médico-social.</li> <li>Passer à une culture de la bientraitance active.</li> <li>Un enjeu de coordination à mener avec Conseils généraux, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), Direction régionale de la protection judiciaire et de la jeunesse (DRPJJ), Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), municipalités.</li> </ul>





## Domaine « Risques sanitaires »

Périmètre	Exposition des populations aux risques environnementaux et aux risques infectieux. Gestion des situations exceptionnelles pouvant avoir un impact sur la santé humaine et l'organisation des soins.
Orientation	Réduire l'impact des déterminants environnementaux sur les milieux de vie.
Priorités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer la lutte contre l'habitat indigne.</li> <li>▪ Prévenir ou limiter les risques sanitaires liés à la qualité de l'air.</li> <li>▪ Assurer à la population la distribution d'une eau saine issue de ressources protégées.</li> <li>▪ Prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement sonore.</li> <li>▪ A ces 4 priorités régionales s'ajoutera au sein des territoires <b>une priorité territoriale</b> ciblée en fonction des déterminants environnementaux du territoire (radon, ambroisie...).</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre d'arrêtés d'insalubrité pris au titre du code de la santé publique et nombre de logements concernés.</li> <li>▪ Nombre de conseillers en environnement intérieur en activité.</li> <li>▪ Pourcentage de population desservie par une eau non-conforme pour les paramètres microbiologiques.</li> <li>▪ Pourcentage de population desservie par une eau non-conforme pour les paramètres pesticides.</li> <li>▪ Pourcentage de population desservie par une eau issue de captages protégés.</li> <li>▪ Nombre d'actions de sensibilisation et/ou formation annuelles en matière de risques sanitaires liés à l'environnement sonore et nombre de personnes impactées.</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La situation vis-à-vis de l'habitat insalubre dans la région est assez représentative de celle rencontrée globalement au niveau national. Les arrêtés d'insalubrité sont en augmentation ces trois dernières années suite à la forte impulsion donnée par la politique nationale dans ce domaine. Cependant il existe des disparités territoriales dans les modalités de prise en charge de ce domaine. Vis à vis du risque saturnin (exposition au plomb) plusieurs départements de Rhône-Alpes (Rhône, Ardèche, Drôme) figurent parmi les départements français les plus à risque (Inserm, RNSP. Surveillance de la population française. Rapport final. RNSP (InVS), Saint-Maurice, décembre 1997) essentiellement dans l'habitat (peintures anciennes). La prévalence du saturnisme infantile qui était estimée à 2,1% en 1996 est estimée à 0,1% en 2009. Pour autant, le dépistage actuel reste très hétérogène et ne permet pas de repérer l'ensemble des enfants intoxiqués, estimé à plus de 4000 enfants France entière, une partie importante des enfants touchés vivant dans des conditions insalubres (habitat dégradé, sur occupation du logement, environnement social défavorisé...).</li> <li>▪ Il est constaté des inégalités territoriales dans la consommation de médicaments antiasthmatiques (près de 150 000 personnes au total en consomment en Rhône Alpes). La population passant en moyenne 80-85% de son temps dans des environnements clos où elle s'expose à de nombreux polluants, issus de l'air extérieur et de la pollution endogène (pollution produite à l'intérieur du milieu clos) pouvant être aggravés par l'ancienneté, la vétusté des équipements, des locaux et par des défauts d'entretien ou de comportement.</li> <li>▪ L'origine de cette pollution endogène provient : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des appareils de combustion (CO, NOx, particules, HAP), des épurateurs d'air et autres équipements (fax imprimante) ;</li> <li>- Des constituants du bâtiment, incluant les équipements et les mobiliers (formaldéhyde, COV, fibres, plomb des peintures anciennes et des canalisations, radon) ;</li> <li>- Des activités humaines et comportements individuels (cafeutrement...)</li> </ul> </li> </ul> <p>Ces problématiques sont vraisemblablement majorées pour les personnes en situation de précarité dont l'habitat peut cumuler plusieurs de ces facteurs de risque, ce qui justifie l'inscription d'actions portant sur l'amélioration de la qualité de l'air intérieur dans le cadre de la réduction des inégalités de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'exposition au radon (gaz radioactif naturel, issu du sous-sol granitique) se concentre dans l'habitat. La région Rhône-Alpes compte 4 départements prioritaires vis-à-vis de la gestion des risques sanitaires associés au radon parmi les 31 au niveau national : Rhône, Loire, Ardèche et Savoie.</li> </ul>	<p><b>Concernant l'habitat indigne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réduire les inégalités territoriales en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soustrayant les populations des lieux les exposant aux risques sanitaires liées à l'état de dégradation de leur logement et améliorer le repérage des situations d'habitat indigne;</li> <li>- Diminuant l'exposition des enfants en bas âge au risque saturnin (domicile, lieux de garde).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Concernant l'air intérieur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminuer l'exposition des populations, en particulier les enfants, aux polluants endogènes des milieux clos.</li> </ul> <p><b>Concernant le radon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminuer l'exposition au Radon, donc le risque de cancer du poumon associé, des populations des territoires recensés comme les plus émissifs.</li> <li>▪ Un enjeu de coordination à mener avec les DDCS, la DREAL, les DDT, les Préfectures et les collectivités territoriales.</li> </ul>

Orientation	<b>Accentuer la lutte contre les infections liées aux soins.</b>
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévenir les infections associées aux soins en établissements de santé et le risque infectieux en EHPAD.</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de déclarations d'infections liées aux soins.</li> <li>▪ Taux de prévalence des Infections Nosocomiales des enquêtes nationales prévues en 2011 et 2016.</li> <li>▪ Nombre de personnes touchées par des épisodes épidémiques au sein des EHPAD (indicateur existant dans la limite de l'exhaustivité du système de signalement dédié).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les maladies infectieuses communautaires suivent une épidémiologie qui s'inscrit dans les tendances françaises.</li> <li>▪ L'enquête nationale de prévalence des infections en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), conduite en 2006-2007 par l'Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG) dans 577 établissements français (44 870 résidents) a montré un taux de prévalence des infections de 11,2 %. Le risque épidémique est particulièrement important, avec au cours du seul premier trimestre 2010, huit épidémies de gastroentérites aiguës, touchant à la fois les résidents et le personnel, signalées en Rhône-Alpes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concernant l'ensemble du système de santé, la prévention des Infections associées aux soins porte des enjeux de qualité des soins (observance de bonnes pratiques de soins, du bon usage des antibiotiques, qualité de l'environnement du patient) ;</li> <li>▪ De plus, la prévention des IAS s'articule avec d'autres thématiques de santé publique, comme la lutte contre les bactéries multirésistantes et le bon usage des antibiotiques qui font également l'objet de plans nationaux.</li> </ul>

Orientation	Améliorer la capacité de la région à faire face aux risques sanitaires et à gérer les situations exceptionnelles.
Priorités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimiser la veille et la gestion des alertes sanitaires.</li> <li>▪ Optimiser la réponse aux situations exceptionnelles.</li> </ul>
Indicateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre d'alertes reçues et traitées sur la plate-forme régionale (A compléter éventuellement par d'autres indicateurs y compris qualitatifs).</li> </ul>

Synthèse des principaux constats	Synthèse des principaux enjeux
<p><b>Des acquis à consolider</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La création des ARS conduit à une refonte de l'organisation de la veille sanitaire.</li> <li>▪ Le PRS s'inscrit, pour son volet veille et sécurité sanitaire, dans la continuité du volet « Alerte » du Plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2009</li> </ul> <p><b>La préparation de la réponse en cas de situation exceptionnelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un grand nombre de risques, pouvant avoir un impact sur la santé humaine, quelles que soient leurs origines, sont analysés dans les plans gouvernementaux qui sont déclinés à l'échelon zonal et départemental, sous l'égide du préfet de zone (Rhône-Alpes et Auvergne) et avec la participation du Directeur général de l'ARS de zone.</li> <li>▪ Les plans et leur appropriation constituent l'essentiel de la préparation à la réponse aux situations exceptionnelles. Ils concernent, dans leur préparation comme dans leur mise en œuvre, tous les secteurs de la santé.</li> <li>▪ Pour le champ de la santé, certains constats peuvent être formulés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les plans blancs, prévus à l'article L. 3131-7 du code de la santé, sont insuffisamment développés et opérationnels dans les établissements de santé. Ils demandent également à être testés plus fréquemment ;</li> <li>- la politique des établissements doit poursuivre la formation et l'accompagnement des personnels dans ces domaines ;</li> <li>- si les établissements médico-sociaux ont intégré dans leur plan bleu les risques liés à la canicule, ils doivent les compléter de modalités d'organisation en cas d'autres risques sanitaires (article D312-155-4-1) ;</li> <li>- les plans blancs élargis restent hétérogènes et nécessitent une harmonisation régionale et zonale. Ils concernent non seulement la collaboration des établissements de santé entre eux mais également l'organisation de l'offre ambulatoire en toutes circonstances. Cette offre doit s'adapter pour maintenir la continuité des soins dans le secteur médico-social.</li> </ul> </li> <li>▪ La grippe A H1N1 a démontré la nécessité d'associer en amont l'ensemble des acteurs et des partenaires du dispositif, afin qu'ils se connaissent et partagent les procédures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approcher l'exhaustivité en matière de signalement des pathologies nécessitant la mise en place de mesures de santé publique, notamment en matière de maladies à déclaration obligatoire ;</li> <li>▪ Rendre plus opérationnels les dispositifs de mise en alerte et d'information des professionnels de santé.</li> <li>▪ Faire face aux situations exceptionnelles, celles-ci devant être conçues comme dépassant les seuls problèmes de pathologies ou d'expositions environnementales, et concernant également le bon fonctionnement de l'ensemble du système sanitaire en région.</li> </ul>



Partie 4

# Suivi & évaluation de la mise en oeuvre du PRS

L'évaluation et la coordination des politiques publiques font partie intégrante des orientations stratégiques du Projet régional de santé.

### 👉 Le processus de suivi et d'évaluation : une démarche à intégrer très en amont

Avoir très en amont le réflexe de l'évaluation répond à un double enjeu :

- au cours de la mise en œuvre du PRS, décider, si nécessaire, d'actions correctrices,
- en aval, mesurer les progrès réalisés et tirer les enseignements de l'expérience acquise.

Ainsi, deux temps forts sont inscrits dans le dispositif d'évaluation :

- un bilan annuel, qui permettra d'échanger avec le Conseil de Surveillance, les instances de la démocratie sanitaire (CRSA et conférences de territoire) et les commissions de coordination des politiques publiques sur l'état d'avancement dans la mise en œuvre des actions programmées, les premiers résultats obtenus et les propositions d'actions correctrices éventuelles,
- une évaluation globale, à échéance du PRS, afin de rendre compte des résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé de la population.

Le thème transversal de l'observation en santé intégrera le dispositif de suivi et d'évolution du PRS.

Le processus de sélection des indicateurs et de fixation de leur valeur cible fera l'objet d'un échange avec les instances de la démocratie sanitaire, notamment afin d'intégrer dans la dimension qualitative des éléments qui seraient en leur possession. Cette démarche de concertation sera engagée à l'issue ou en parallèle de chacune des étapes du PRS : PSRS pour les objectifs généraux et/ou spécifiques, schémas et programmes pour les objectifs opérationnels.

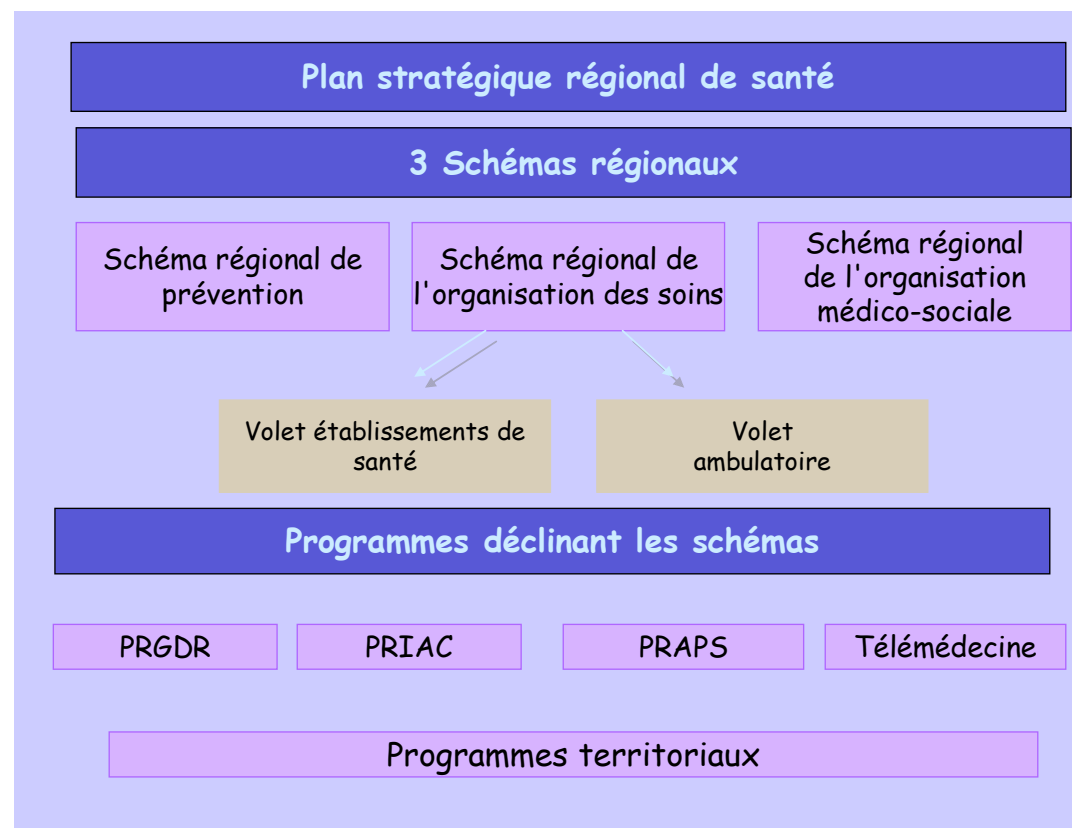
Une base de référence des objectifs et indicateurs est d'ores et déjà disponible via le rapport « objectifs de santé publique » du Haut Conseil de la Santé Publique. Elle servira de point de départ aux travaux à conduire en région sur ce sujet.



Annexes

Structure générale du PRS  
Objectifs au 8 mars 2011 non priorisés

## Annexe 1 : Structure générale du PRS



## Annexe 2 : Liste au 8 mars 2011 des objectifs recensés par domaine

### Orientations et objectifs dans le domaine périnatalité / petite enfance

❖ 3 orientations, 14 objectifs repérés :

#### Orientation 1 : Améliorer l'espérance de vie en bonne santé du jeune enfant

- 1. Renforcer, dès la naissance, le dépistage précoce et la prise en charge des troubles physiques, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage en les intégrant dans une prise en charge en réseau en lien avec les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), afin de faciliter l'accès aux services spécialisés et aux acteurs de droit commun.
- 2. Repérer dès l'annonce de la grossesse les parents susceptibles de se retrouver en difficulté dans leur parentalité dans une démarche de soutien et de promotion de leur autonomie en valorisant l'entretien psychosocial prénatal du 4<sup>e</sup> mois de grossesse.
- 3. Diffuser une culture de la parentalité, dès les premiers mois de la vie, en passant d'un simple dispositif de traitement des difficultés familiales, souvent mis en œuvre dans l'urgence, à un système fondé sur la promotion de la bientraitance, sur le soutien à la parentalité.
- 4. Repérer les signes de souffrance psychique des enfants : en améliorant la formation des médecins de première ligne en proposant un soutien du réseau d'appui à la parentalité, aux acteurs du secteur éducatif, pour la formation autour de la santé mentale des enfants (prévention des troubles de

l'attachement, estime de soi, éducation aux choix, respect de l'autre...).

- 5. Promouvoir un environnement favorable à la santé de la mère et de l'enfant : lutte contre l'insalubrité, la toxicité environnementale, la prévention des violences intrafamiliales.
- 6. Promouvoir l'accompagnement des mères qui ont un projet d'allaitement par des professionnels de santé formés à la conduite pratique d'un allaitement et en prenant en compte la problématique allaitement dans les réseaux de périnatalité.

#### Orientation 2 : optimiser le parcours de la femme enceinte et de son bébé

- 7. Promouvoir le partage d'information et les collaborations entre les différents acteurs de la prévention et de la promotion de la santé de l'enfant, de la femme et de la famille.
- 8. Promouvoir les actions d'harmonisation des pratiques par le biais de formations mises en place par les réseaux de périnatalité.
- 9. Favoriser les transferts in utero afin que les enfants naissent dans une maternité dont le plateau technique correspond aux besoins de la mère et de l'enfant.
- 10. Optimiser l'offre de lits de néonatalogie et de réanimation néonatale pour éviter les transferts hors région.
- 11. Développer des réseaux de suivi en amont et aval de la prise en charge en maternité appuyés par les réseaux de périnatalité afin d'améliorer la surveillance à domicile et de sécuriser les sorties précoces des maternités.

#### Orientation 3 : Permettre de choisir librement l'arrivée d'un enfant

- 12. Informer les couples sur les risques que comportent certains choix par rapport à la conception de l'enfant.
- 13. Permettre au couple de choisir librement l'arrivée d'un enfant en facilitant l'accès à la contraception et à l'IVG dans le cadre d'une offre de soins diversifiée, répartie de façon harmonieuse sur l'ensemble du territoire.
- 14. Améliorer l'accès aux IVG entre 12 et 14 semaines au sein de chaque territoire.

### Orientations et objectifs dans le domaine de la santé mentale

❖ 3 orientations, 6 objectifs repérés :

#### Orientation 1 : Promouvoir l'acquisition des compétences psycho-sociales dès le plus jeune âge et tout au long de la vie avec une attention particulière aux âges charnières

- 1. Prévenir la sortie des enfants du système scolaire.
- 2. Promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé et à l'insertion sociale en particulier chez les adolescents vis-à-vis des conduites addictives et des conduites à risques.

#### Orientation 2 : Repérer et prendre en charge les signes de souffrance psychique en particulier pour les populations exposées à la précarité

- 3. Améliorer l'information sur les risques pour la santé mentale des conditions précaires de vie et en particulier celles liées au travail.
- 4. Améliorer l'accès aux soins en santé mentale des enfants et publics jeunes précarisés.

#### Orientation 3 : Améliorer la qualité de vie des personnes porteuses d'une maladie psychiatrique

- 5. Améliorer la coordination des parcours de vie des personnes handicapées psychiques.
- 6. Favoriser l'accès aux soins de réhabilitation des personnes en perte d'autonomie du fait d'altération de leur fonctionnement mental.

### Orientations et objectifs dans le domaine des maladies chroniques

❖ 4 orientations, 13 objectifs repérés :

#### Orientation 1 : réduire l'obésité et le surpoids

- 1. Réduire l'obésité et le surpoids des enfants de grande section de maternelle en particulier ceux issus de populations défavorisées.
- 2. Diminuer la sédentarité à tous les âges.
- 3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels notamment des populations à risque.

**Orientation 2 : retarder l'âge d'apparition des complications cardiovasculaires, neurovasculaires, rénales et ophtalmologiques chez les malades atteints de maladies métaboliques et cardiovasculaires**

- 4. Diminuer le niveau moyen de cholestérolémie dans la population générale.
- 5. Diminuer le niveau moyen de tension artérielle dans la population générale.
- 6. Diminuer la fréquence des complications majeures en particulier chez les diabétiques.
- 7. Améliorer le diagnostic précoce de l'insuffisance rénale chronique et mettre en place des mesures pour en prévenir l'aggravation en particulier chez les diabétiques.

**Orientation 3 : améliorer l'accès aux soins des patients diabétiques et souffrant de pathologies cardio et neuro vasculaires**

- 8. Améliorer la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC), selon les recommandations de bonnes pratiques.
- 9. Améliorer le taux de recours aux Soins de suite et de réadaptation (SSR) dans ces pathologies.
- 10. Améliorer les parcours de sortie des patients, en particulier des Soins de suite et de réadaptation (SSR) vers le domicile et les établissements médico-sociaux.

**Orientation 4 : améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge pour les patients atteints des maladies susvisées**

- 11. Améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques en favorisant le suivi, la coordination et le partage des soins entre professionnels.
- 12. Développer l'accès à la dialyse péritonéale à domicile.
- 13. Développer l'accès à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

## Orientations et objectifs dans le domaine handicap et vieillissement

❖ 3 orientations, 10 objectifs repérés :

**Orientation 1 : Prévenir, retarder ou limiter les conséquences de la perte d'autonomie**

- 1. Limiter la survenue d'évènements indésirables.
- 2. Développer l'accès aux dispositifs de prévention et de soins de droit commun.
- 3. Adapter l'environnement en coordination avec les autres politiques publiques.

**Orientation 2 : Développer les modes d'accompagnement correspondant aux besoins et aux projets de vie des personnes en perte d'autonomie**

- 4. Faciliter et soutenir le maintien en milieu de vie ordinaire.
- 5. Améliorer l'accessibilité à l'offre spécialisée.
- 6. Reconnaître et faciliter le rôle des aidants.
- 7. Apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes.

**Orientation 3 : Améliorer la qualité des accompagnements des personnes en perte d'autonomie du fait de leur handicap ou du vieillissement**

- 8. Améliorer la continuité des parcours de soins et d'accompagnement.
- 9. Faciliter l'expression des attentes des usagers et promouvoir la bientraitance.
- 10. Faire bénéficier les usagers d'un accompagnement par des professionnels mieux formés.

## Orientations et objectifs dans le domaine des risques sanitaires

❖ 3 orientations, 8 objectifs repérés :

**Orientation 1 : prévention des infections liées aux soins**

- 1. Diminuer le risque infectieux en milieu de soins.
- 2. Diminuer le nombre de personnes touchées par des épisodes épidémiques en EHPAD.
- 3. Maîtriser le risque infectieux lié aux actes invasifs dans le cadre des pratiques de ville.

**Orientation 2 : améliorer la qualité de vie dans l'habitat et les espaces clos**

- 4. Développer la lutte contre l'habitat indigne.
- 5. Réduire les expositions aux polluants de l'air en habitat et en établissements recevant du public en particulier pour les personnes sensibles.
- 6. Diminuer l'exposition au radon.

**Orientation 3 : améliorer la gestion des risques sanitaires**

- 7. Optimiser la veille et la gestion des alertes sanitaires.
- 8. Optimiser la réponse aux situations exceptionnelles.





Agence régionale de santé Rhône-Alpes

**Agence régionale de santé  
Rhône-Alpes**

129 rue Servient  
69418 Lyon cedex 03  
Tél. : 04 72 34 74 00

[www.ars.rhonealpes.sante.fr](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr)