

PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTÉ

(PSRS)

Note de présentation



[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 au sein de la région afin d'apporter des réponses aux besoins de santé les plus prioritaires des rhônalpins.

Dans cette perspective, le plan stratégique régional de santé (PSRS), première « brique » du projet régional de santé, fixe les orientations de la politique de santé pour les 5 ans à venir, dans le champ de compétence de l'agence régionale de santé défini par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 et ses textes d'application. Ces orientations seront ensuite traduites concrètement dans les trois schémas d'organisation, l'ensemble des programmes d'actions propres à garantir leur mise en œuvre et les contrats locaux de santé.

Pour que la politique de santé puisse se définir au plus près des territoires, ces orientations régionales seront déclinées en programmes territoriaux pour chacun des 5 territoires de santé arrêtés en Rhône Alpes.

En promouvant une **approche globale de la santé**, centrée sur 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 le 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 incapacités, et la prise en compte des impératifs de sécurité sanitaire, est aujourd'hui l'outil permettant de développer cette approche globale de la santé, mis à la disposition de tous les acteurs de la santé qui se reconnaissent dans le diagnostic réalisé sur l'état de santé en Rhône Alpes.

Pour assurer cette approche globale, les orientations du plan – correspondant aux compétences couvertes par l'Agence régionale de santé – doivent par ailleurs s'articuler avec les autres politiques en matière de santé : santé et environnement, santé au travail, santé en milieu scolaire et santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Le plan stratégique se fonde sur le diagnostic de l'état de santé en Rhône Alpes dans 5 domaines : la périnatalité/petite enfance (jusqu'à 5 ans), la santé mentale selon définition de l'OMS, les maladies chroniques, le vieillissement et le handicap (situation de perte d'autonomie) et les risques sanitaires. Il a été confié à l'Observatoire régional de la santé (ORS). L'étude complète est disponible sur le site internet de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes (www.ars.rhonealpes.sante.fr).

La présente note a vocation à :

- mettre en évidence les éléments saillants du diagnostic régional;
- rappeler la démarche retenue pour le classement des priorités ;
- annoncer les orientations stratégiques et priorités retenues après l'avis rendu le 19 avril 2011 par la CRSA sur un document préfigurant le PSRS.

Le PSRS finalisé sur les bases de la présente note sera soumis à [une procédure large de recueil des avis](#) des présidents de Conseils Généraux, des maires, des préfets, du président du conseil régional, qui a été lancée à partir de la m- mai.



I. L'état de santé en Rhône Alpes

Rhône-Alpes jouit d'un contexte socio économique et d'une offre de soins favorables à la santé

La région Rhône-Alpes, 2^e région française par sa superficie, regroupe 10 % de la population nationale. Avec 138,8 habitants/km², elle a une densité légèrement supérieure à celle de la France métropolitaine (111,9 habitants/km²) et figure ainsi au 6^e rang des régions les plus densément peuplées (source INSEE 2007).

Depuis 1960, sa croissance démographique est supérieure à la moyenne nationale du fait de son taux de natalité (3^e rang des taux français), de son excédent naturel ainsi que de son solde migratoire. C'est une région globalement jeune – les moins de 20 ans représentent un peu plus du quart de la population globale – et attractive, notamment pour les jeunes ménages avec enfants et les jeunes adultes, étudiants ou en recherche d'emploi.

Les indicateurs socio-économiques de la région sont, globalement, relativement bons. En 2008, avec 23 417 € le revenu moyen par habitant est un des plus élevés de France (22 708 € pour le revenu moyen français).

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. Son taux de chômage est inférieur de 1,5 % au taux national.

Le taux d'équipement en lits hospitaliers est supérieur à la moyenne nationale : 84 lits pour 100 000 habitants en maternité, 182 pour la médecine et 107 pour la chirurgie. Il en est de même en ce qui concerne le taux d'équipement en lits et places pour personnes âgées (139,7 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en 2010).

L'offre de soins libérale est également abondante. Au premier janvier 2011, Rhône-Alpes compte 6 099 généralistes, 7 561 spécialistes, 6 732 infirmiers, 6 451 masseurs kinésithérapeutes et 1 702 officines pharmaceutiques.

L'état de santé global de la population rhônalpine est 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 est la plus élevée de France pour les femmes (en 2007, 85,2 ans en région contre 84,3 ans pour la France) et elle est supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (78,6 ans contre 77,5 ans).

La mortalité générale est quant à elle en baisse continue chez les hommes (-21,9 % période 2003-2007 par rapport à 1991-1995) comme chez les femmes (- 20,8 %), et ce de manière plus rapide que pour la France.

Des inégalités socio économiques infra régionales existent

La santé d'un individu dépend en grande partie de déterminants comme l'environnement, les modes de vie, la situation sociale ou les soins, sur lesquels on peut agir. Ces déterminants peuvent être des facteurs de risque

ou au contraire des facteurs de protection. Ces déterminants sont eux-mêmes soumis à un contexte plus général démographique, économique, social et culturel, d'où l'intérêt de positionner la région Rhône-Alpes au regard de ce contexte.

Deux territoires contiennent un tiers de la population régionale chacun : le Centre, très densément peuplé qui correspond à l'agglomération lyonnaise élargie, et l'Arc alpin qui englobe les zones de montagne alpines, des zones de vallées et l'agglomération grenobloise. Ce territoire, 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 Ouest 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 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.

Sur les indicateurs globaux de santé, les **territoires Ouest et Nord** présentent les moins bons résultats ; les **territoires Centre et Est** présentent quant à eux les meilleurs. Cependant, ces indicateurs par territoire sont toujours plus favorables que les valeurs nationales à l'exception du taux de mortalité générale masculin dans le territoire Nord.

Le taux de mortalité prématurée reste élevé

Les statistiques relatives aux causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui constitue une limite dans l'analyse des besoins de santé de la population.

Il est de ce fait essentiel de s'intéresser aux décès survenus avant 65 ans - lesquels ont des causes dont la maîtrise ne nécessite ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau - et d'analyser les taux comparatifs de mortalité prématurée.

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

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.

Les décès liés aux tumeurs 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 seconde 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.

Par ailleurs, les données infra régionales mettent en exergue des disparités qu'il convient d'approfondir. Dans certains cas, il convient de les rapprocher de la situation socio-économique du territoire. C'est en particulier le cas pour les données relatives aux jeunes.

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

Les comportements à risque et les troubles de 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 des 15-24 ans.](#)

Des ruptures dans les prises en charge des patients sont constatées

L'absence de parcours coordonné dans la prise en charge de certaines populations et les ruptures dans le parcours à certains âges de la vie ont été mis en exergue lors des réunions de travail menées en complément du diagnostic de l'observatoire régional de santé.

Ces constats, fruit de l'expérience de terrain ou expression des usagers eux-mêmes, ne peuvent pas toujours être étayés par des données chiffrées disponibles en routine. Ils peuvent résulter de certaines enquêtes spécifiques. A titre d'exemple, les enquêtes triennales réalisées en milieu scolaire, en dernière année de maternelle permettent d'apprécier certains aspects importants de l'état de santé des enfants de 5-6 ans.

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 un taux de 7,4 % d'enfants asthmatiques, qu'un enfant sur sept (14 %) porte des verres correcteurs (taux en hausse), avec des disparités qui semblent témoigner d'un dépistage antérieur moins fréquent dans les milieux moins favorisés.

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

Pour les populations en perte d'autonomie, que ce soit du fait d'un handicap ou du vieillissement, comme pour les populations précaires, la notion de [parcours de vie](#) a également 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.

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. A l'échelle des départements, les départements de l'Ardèche et du Rhône présentent des taux supérieurs alors que la Haute-Savoie se démarque avec un taux de 1,2 %. La majorité de ces enfants (75 %) présentent des troubles des fonctions supérieures. 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 (RQTH) peut faciliter cet accès à l'emploi. En 2009, plus de 34 000 demandes de RQTH ont été déposées en Rhône-Alpes dont 90 % 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).

Concernant [les personnes âgées](#), il convient de rappeler qu'entre 65 et 79 ans, 24 % des personnes vivent seules et que cette part est de 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 %). Au regard de ces caractéristiques de mode de vie rappelées, la notion de parcours de santé a tout son sens.

Pour cette population, notre région est marquée par une spécificité liée aux chutes, qui représentent, en effet, 80 % des accidents de la vie courante pour les français de 70-74 ans et 91% pour les plus de 75 ans. On estime 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 avec pour deux tiers des cas une hospitalisation ou un traitement prolongé.

Les risques sanitaires sont forts

Deux familles de risques sanitaires sont à distinguer :

- les risques environnementaux, qui ont un fort impact sur la santé,

Les **cancers** figurent au premier rang des causes de décès (voir ci-dessus). Or, leur progression est à analyser au regard des modifications démographiques, de l'amélioration du dépistage et du diagnostic, mais aussi pour certains types de cancer, au regard de l'accroissement de certains 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 infections nosocomiales, pour lesquelles la région est relativement mal située.

Les risques environnementaux

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 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 dominantes agricoles. Les zones viticoles et arboricoles, importantes dans la région, peuvent également engendrer une exposition des populations aux pesticides épanchés par voie aérienne.

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.

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.

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 ferroviaires¹. 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.

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 2001-2002² avait montré que 40 % des habitations présentent au moins un problème de qualité, le défaut le plus fréquent étant l'humidité.

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.

L'air intérieur en habitat non dégradé peut être également une source d'exposition à de nombreuses substances et agents chimiques, biologiques et physiques pouvant présenter des effets sur la santé (généotoxiques, 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.

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 bas³.
- 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...

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-Alpes⁴ 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 métropole⁵, sans que le niveau de gravité de l'état des patients Rhônalpins 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 le même retard 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 un écart encore plus marqué pour l'indicateur de bon usage des antibiotiques (ICATB) avec 34,3 % de classe A contre 42,4 % au niveau national.

¹ Préfecture de la région Rhône-Alpes ; Plan régional santé environnement en Rhône-Alpes. Version 4. Préfecture Rhône-Alpes, Lyon, 7 novembre 2005

² Enquête menée par l'INSEE sur un échantillon de 45 000 logements

³ Données issues de la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement DREAL 17 /08/2010

⁴ InVS, Surveillance nationale des maladies infectieuses 2001-2003

⁵ 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 gériatrie⁶ a montré un taux de prévalence des infections de 11,2 %.

Le risque épidémique demeure particulièrement 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 majeur en termes de risque de transmission croisée.

Au regard de ce diagnostic, partagé avec la CRSA, 4 éléments clés ressortent

- **les risques environnementaux**
- **les inégalités territoriales et socio-économiques dans l'accès à la santé;**
- **la forte mortalité évitable ;**
- **les ruptures dans les prises en charge des personnes handicapées, des personnes âgées et des patients atteints de pathologies chroniques;**

⁶ Etude menée dans 577 établissements français concernant 44 870 résidents

II. Les orientations et priorités du PSRS

Le PSRS est l'occasion de mettre en perspective les orientations et priorités portées par le PRS pour les 5 ans à venir avec les enjeux régionaux énoncés ci-dessus.

Les 3 axes du PSRS

Les orientations stratégiques et priorités du PSRS sont structurées autour de 3 axes :

- le développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux

Les acteurs en région doivent être en capacité de se projeter sur ces thématiques environnementales, d'initier des coopérations autour de celles-ci et de coordonner leurs actions sur ce champ d'intervention,

- l'accès à une offre en santé adaptée et efficiente contribuant à la réduction des inégalités sociales

La garantie de l'accessibilité à une offre de soins à tarif opposable n'est pas du ressort régional. Par contre, 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), dont l'usage peut permettre une accessibilité géographique à une offre de santé de premier recours ainsi qu'à une offre graduée du second recours. Leur mise en œuvre suppose en préalable l'élaboration par les acteurs concernés de projet de santé,

La fluidité des prises en charge et accompagnements

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 méthode utilisée pour retenir les priorités

Le PSRS doit, sur une période relativement courte, apporter des réponses aux problèmes de santé repérés dans la région et ce dans un cadre budgétaire national contraint.

Par ailleurs, le PSRS n'est pas celui de la seule ARS mais d'une région toute entière, qui doit se mobiliser pour sa mise en œuvre.

Il est donc essentiel de définir un nombre limité d'orientations stratégiques et de priorités afin de rendre plus lisibles les actions qui seront engagées et d'obtenir davantage de résultats en concentrant les moyens.

La méthode de classement utilisée repose sur 2 catégories de critères :

- ceux liés au problème : ampleur et sévérité de celui-ci.
- ceux liés aux solutions proposées : efficacité et faisabilité des solutions envisageables. La coordination des politiques publiques est un élément fort d'appréciation de la faisabilité.

A chaque critère est associée une note allant de 0 à 5. Le résultat du classement est fonction du nombre total de points obtenus.

Cette priorisation ne fait pas obstacle à la mise en œuvre en région des plans et programmes nationaux.

Les orientations stratégiques et priorités pour 2011-2015

A l'issue de la méthode décrite précédemment ont été retenues 13 orientations et 18 priorités régionales pour ce premier PSRS. Elles couvrent l'ensemble des champs de compétences de l'ARS et des domaines traités dans le diagnostic de l'état de santé en Rhône Alpes.

Elles s'inscrivent dans les 3 axes portés par l'ARS.

Axe 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, ambroisie....)

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

Priorité : prévenir les infections nosocomiales 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

Axe 2 l'accès à une offre en santé adaptée et efficiente contribuant à la réduction des inégalités sociales

- **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 des 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

Axe 3 La fluidité des prises en charge et 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**

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

La mise en œuvre de cette priorité s'inscrit pleinement dans la coordination des politiques publiques impactant la santé (travail, scolarisation notamment).

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 les 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

En sus de ces priorités, qui seront déclinées dans les schémas et les programmes, **seront repris dans le cadre d'un schéma unique 5 problématiques transversales aux 3 schémas organisationnels** (sanitaire, médico-social et prévention).

Ces problématiques portent sur :

- les ressources humaines notamment dans leurs volets démographie, formation, professionnalisation des aidants,
- l'observation en santé,
- le système d'information de santé,
- le droit des usagers
- la fluidité des parcours.