

3 PRIORITES REGIONALES ET 6 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

L'analyse de l'offre de santé et des besoins de la population proposée dans les domaines de la périnatalité et de la petite enfance, des maladies chroniques, de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes, du handicap et du vieillissement et des risques sanitaires, objective trois priorités pour améliorer l'état de santé de la population picarde :

- **Améliorer l'accès à la santé ;**
- **Renforcer la qualité de prise en charge et de l'accompagnement ;**
- **Améliorer la qualité de vie.**

PRIORITE REGIONALE : AMELIORER L'ACCES A LA SANTE

On constate qu'une part de la population n'a pas accès au dispositif de santé de façon satisfaisante, soit parce que l'offre de santé* n'est pas adaptée à leur besoin, soit parce que celle-ci n'est pas à proximité de leur lieu de vie.

Orientation stratégique : adapter l'offre de santé aux besoins

Dans les domaines de la prévention*, des soins ou de l'accompagnement médico-social*, l'offre de santé n'est pas toujours adaptée aux besoins de la population. Deux raisons peuvent être évoquées :

• Une absence et/ou insuffisance d'offre.

Certains acteurs n'ont pas investi le domaine de la prévention. Par exemple, la culture de l'éducation thérapeutique* est encore méconnue.

De même, les capacités de diagnostic précoce* dans la région seraient à renforcer. Quant aux soins, l'absence ou l'insuffisance de l'offre en Picardie peuvent parfois conduire à une prise en charge extrarégionale. C'est le cas, à ce jour, pour la rééducation des patients traumatisés crâniens et des patients présentant des troubles médullaires.

Il en est de même pour l'accompagnement médico-social* des personnes handicapées vieillissantes. À titre d'exemple, on constate une absence de réseaux de santé* diabète dans l'Oise et la Somme ; les deux réseaux existants se situent dans les territoires de santé de l'Aisne.

L'absence ou l'insuffisance de l'offre de santé peut aussi conduire à proposer des prises en charge inadéquates. En Picardie, on note qu'environ 30 % des hospitalisations complètes en établissement psychiatrique relèveraient de structures pour personnes handicapées ou âgées du fait de leur état stabilisé¹. De plus, les adultes handicapés pris en charge en structures pour enfants (amendement Creton*) constituent une préoccupation de la région.

• L'évolution des besoins de la population.

Cette évolution est liée d'une part, à une meilleure connaissance des biens de consommation médicale et médico-sociale liées à l'information (médias) et d'autre part, à la législation (droits des usagers*).

¹ Source : Enquête DRAAS ARH 2007.

- 73

Elle amène la population :

- à solliciter un parcours de santé plus personnalisé, davantage adapté à leurs problématiques de santé et leurs conditions de vie ;
- à disposer d'informations plus précises sur les facteurs de risque des pathologies, les moyens de les prévenir, de les soigner et sur les structures de santé existantes. Ces informations permettent de mieux comprendre les maladies mais aussi d'acquiescer la capacité d'être ou de rester acteur de sa santé ;
- à davantage participer au choix adapté à son état de santé, avec le professionnel de santé, pour avoir une meilleure visibilité de son parcours de vie.

En Picardie, l'aggravation des grandes tendances sociales et sanitaires doit porter une attention toute particulière sur la précarité, le surpoids* et l'obésité* chez les enfants, les adolescents (en seconde 20 % des élèves sont en surcharge pondérale et 5 % présentent une obésité), et les adultes (quasi doublement en 12 ans atteignant 18 % de la population)¹, aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'aux patients porteurs de maladies cardiovasculaires.

Dans le contexte de vieillissement de la population, la prise en charge et l'accompagnement de la perte d'autonomie deviennent une préoccupation majeure (le nombre de personnes de plus de 85 ans, dont un tiers est à ce jour dépendant, doublera en 2020)².

Orientation stratégique : Faciliter une prise en charge et un accompagnement de proximité

En Picardie, l'offre de santé sur les différents territoires reste inégalement répartie aussi bien en équipements (établissements, services, plateaux techniques...) qu'en démographie des professionnels de santé. Une partie de la population ne bénéficie donc pas d'une offre de santé de proximité.

Les densités de médecins généralistes des différents territoires de santé varient entre 0,61 médecins pour 1 000 habitants pour le territoire Oise Ouest, à 0,91 médecins pour le territoire Somme. Quant aux infirmiers, le territoire Oise-Ouest présente une densité de 0,41 infirmier(ère) pour 1 000 habitants, contre 0,85 pour Aisne Nord Haute Somme³.

La Picardie est une région essentiellement rurale, alors que les professionnels de santé se concentrent majoritairement dans les centres urbains où la population est la plus nombreuse. On assiste à une raréfaction de l'offre de proximité plus marquée en zones rurales.

L'éloignement de l'offre de santé peut aboutir :

- à la méconnaissance de l'offre elle-même, et conduit à une absence de soins et/ou d'accompagnement de proximité. Pour exemple, la méconnaissance par la médecine de ville de l'activité réalisée dans les pôles de prévention ;
- à une dégradation de la qualité de la vie sociale, avec une rupture des liens sociaux (éloignement familial, des proches et du milieu de vie). Pour exemple, les enfants nécessitant une hospitalisation complète en psychiatrie ne sont pris en charge qu'au sein de trois établissements spécialisés autorisés : Clermont, Amiens et Prémontré. Des réponses de proximité sont donc à rechercher dès lors que la prise en charge de leur état de santé le permet. En cancérologie, les fuites extrarégionales sont importantes par exemple pour la chirurgie thoracique (32 %), la chirurgie mammaire (32 %) et la chirurgie

¹ Source OR2S.

² Source l'INSEE, 2009 « Les personnes âgées dépendantes d'ici 2020 : perspectives et besoins ».

³ Source Adeli 2008.

- 74

maxillo-faciale (34 %)¹. Faute de places en Picardie, certaines personnes handicapées sont prises en charge en Belgique, ce qui constitue une réelle préoccupation pour la région.

L'offre de santé de proximité est constituée par les professionnels du 1^{er} recours*. Elle propose une évaluation et une orientation adaptées aux besoins de santé. Par conséquent, la structuration de l'offre de proximité induit en parallèle de structurer l'offre d'aval, sanitaire et médico-sociale*.

PRIORITE REGIONALE : RENFORCER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Deux orientations stratégiques majeures ont été identifiées : il s'agit, d'une part, d'assurer la continuité du parcours de vie pour l'ensemble des personnes engagées dans le dispositif de santé et, d'autre part, d'assurer la sécurité de leur prise en charge.

Orientation stratégique : Assurer la continuité du parcours de santé

Pour toute personne engagée dans un parcours de santé, l'enjeu est d'éviter toute rupture de prise en charge.

L'absence d'offre de santé et le manque de coordination entre certains acteurs peuvent être cause de ruptures dans le parcours de santé.

D'une part, il est important d'assurer la continuité :

- entre les secteurs du sanitaire, du médico-social* et du social ;
- entre acteurs d'un même secteur ;
- entre professionnels d'une même structure.

D'autre part, la continuité est tout aussi importante :

- entre les structures pour enfants, pour adolescents et pour adultes ;
- entre les structures de soins et celles de l'administration pénitentiaire.

La continuité dans le parcours de santé est d'autant plus importante que l'état de santé est fragile : personnes dépendantes (par le handicap ou l'âge) ou atteintes d'une maladie chronique, d'un cancer, de la maladie d'Alzheimer, de troubles mentaux, d'autisme, de troubles envahissant du développement ou ayant une conduite addictive...

Orientation stratégique: assurer la sécurité des prises en charge

La sécurité doit être assurée, notamment à deux niveaux :

- **Au quotidien :**

Le système de santé repose sur une organisation, avec des référentiels, permettant d'assurer une sécurité optimale pour les usagers* du système de soins. Une sécurisation de chaque étape de la prise en charge constitue une priorité pour les acteurs du dispositif de santé, que ce soit lors de prises en charge en ambulatoire*, en hospitalisation ou lors de l'accompagnement médico-social*.

¹ Source PMSI 2011.

Une bonne organisation de la permanence des soins concourt également à la sécurité des prises en charge.

Veiller au respect des bonnes pratiques et des référentiels dans les domaines aussi divers que les dépistages, la préparation des produits de santé, la dispensation de soins, l'élimination des déchets de soins et l'accompagnement des personnes (notamment pour la bienveillance) s'inscrit dans des mesures de suivi et de vigilance* continues :

- D'une part, de multiples dispositifs ont été développés, l'ARS étant plus particulièrement responsable de la coordination en matière d'hémovigilance et d'infectio-vigilance. En Picardie, en matière d'hémovigilance (transfusion sanguine), 2,5 effets indésirables pour 1 000 ont été recensés en 2010. Le taux de traçabilité des produits sanguins est en 2010 de 99,7 % en Picardie¹. Concernant l'infectio-vigilance et plus particulièrement les infections associées aux soins* en 2010, 83 % des établissements de santé de Picardie sont classés en catégorie A* et 13 % en catégorie B ce qui situe la région au-dessus de la moyenne nationale (respectivement 79 % et 13 %). La mortalité due aux infections associées aux soins en Picardie lors des interventions chirurgicales est de 0,5 % en 2010² ;
- D'autre part, la sécurité des plateaux techniques* des établissements de santé et la mise en œuvre des bonnes pratiques concourent également à assurer la sécurité des prises en charge.

Le maintien des vigilances à un haut niveau est indispensable pour prémunir la population d'incidents beaucoup plus graves. À titre d'exemple, en 2008 la Picardie a connu une épidémie hospitalière de patients porteurs de la bactérie entérocoque résistant aux glycopeptides (ERG) au sein de plusieurs établissements de santé.

- **En situation exceptionnelle**, et plus précisément lors de crise sanitaire :

Le dispositif de santé doit s'adapter pour répondre aux besoins de santé de la population en s'organisant pour maintenir les soins courants et spécifiques avec un niveau de qualité conservé.

Dans ces circonstances spécifiques, les professionnels de santé doivent pouvoir continuer à exercer leurs missions auprès des patients et la population doivent pouvoir continuer à obtenir les soins qu'elle requiert. En fonction de l'ampleur de la crise et de son impact sur la population générale et sur les professionnels de santé (cas d'une pandémie par exemple), une organisation adaptée sera recherchée pour répondre aux besoins les plus urgents.

¹ Source ARS 2011, Sous-direction Sécurité Sanitaire

² Source CCLIN de Picardie

PRIORITE REGIONALE : AMELIORER LA QUALITE DE VIE

L'amélioration de la santé passe aussi par une amélioration de la qualité de vie des personnes. La politique régionale de santé peut y contribuer en favorisant le maintien en milieu de vie et en sécurisant leur environnement.

Orientation stratégique: Favoriser le maintien en milieu de vie

Le recours au dispositif de santé ne doit pas être source d'exclusion sociale. Pour les personnes qui en font le choix, le dispositif de santé devrait leur permettre de rester dans leur milieu de vie, avec, pour certains d'entre eux, la possibilité de bénéficier d'une scolarisation ou d'exercer une activité professionnelle.

Pour accompagner ces patients dans leur milieu de vie, le dispositif de santé devrait se structurer de manière à leur apporter les soins et l'accompagnement nécessaires pour une prise en charge adaptée à leur état de santé.

En Picardie, de nombreuses solutions se développent :

- Depuis 2009, mise en place de services d'hospitalisation à domicile ;
- En 2008, création de nouveaux services spécialisés en addictologie, tels que des consultations avancées ;
- De 2002 à 2008, dans le champ médico-social, le nombre de places de SSIAD* en faveur des personnes âgées est passé de 2 585 places à 3 747¹.

Par ailleurs, une équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile a été créée dans l'Oise afin de favoriser le maintien milieu de vie.

La scolarisation des enfants handicapés et des enfants atteints d'une maladie chronique est un enjeu important. En 2010, 7 750 élèves porteurs d'une maladie invalidante ou de handicaps sont scolarisés en classe ordinaire : 4 750 dans le premier degré et 3 000 dans le second². Il s'agit aussi de veiller à la qualité de leur accompagnement.

Cet effort devrait aussi être poursuivi en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées ou atteintes d'une maladie chronique.

Enfin, l'objectif est de favoriser le maintien à domicile pour tous.

Pour les personnes âgées, l'enjeu va croître sachant qu'à ce jour 72 % des personnes ayant plus de 85 ans vivent à domicile et qu'en 2020, elles représenteront 80 %³.

Orientation stratégique : sécuriser l'environnement de la population

L'état de santé d'un individu peut dépendre de :

- **La santé des personnes qui l'entourent**

Une politique de promotion de vaccination et de sensibilisation aux règles d'hygiène contribuerait à éviter la propagation des épidémies. La région présente un taux de vaccination (coqueluche, diphtérie, tétanos, poliomyélite, haemophilus influenzae B, rougeole, oreillons

¹ Source FINISS.

² Source Plateforme sanitaire et sociale – volet médico-social CREAM 2009-2010.

³ Source l'INSEE, 2009 « Les personnes âgées dépendantes d'ici 2020 : perspectives et besoins ».

rubéole, BCG) de 90 % chez les jeunes enfants de moins de 2 ans. Le taux est bien plus faible pour la vaccination pour l'hépatite B (50 %)¹.

Il existe de nombreuses sources de propagation d'agents, de virus, de bactéries qui doivent susciter une veille particulière.

En 2010, 31 cas de méningites* à méningocoques ont été constatés en Picardie, la majorité ayant été comptabilisée dans la Somme. Cette même année, la région a également compté 27 cas de légionelloses*, 116 cas de rougeoles et 21 cas d'hépatite A. Pour autant, la région ne présente pas de sur-incidences par rapport à la moyenne nationale quant aux maladies à déclarations obligatoires*, sauf pour la méningite de type B14.

- **La qualité de son milieu de vie**

L'eau à destination de la consommation humaine, les eaux de baignade et de loisirs, l'air intérieur et extérieur, la qualité de l'habitat, les nuisances sonores et la qualité de l'alimentation : l'ensemble de ces éléments peut avoir une incidence sur l'état de santé.

La Picardie présente certaines caractéristiques qui peuvent générer des risques en termes de qualité de l'environnement :

- forte dominante agricole (utilisation des produits phytosanitaires) ;
- 30 sites SEVESO* à hauts seuils et 39 à bas seuils ;
- présence importante de zones inondables ;
- 902 unités de distribution d'eau potable (risque de pollution des points de captage)².

Dans la région, 206 sites et sols pollués par des pesticides et/ou autres substances liées aux activités humaines ont été identifiés, 9 tronçons de rivières présentent un taux significatifs de Poly chloro biphényles* (appelés également PCB⁵).

Quant à la qualité de l'air, la région semble être en situation favorable puisqu'en 2008, la Picardie a noté 2 alertes liées à la pollution atmosphérique contre 9 dans la région Nord - Pas-de-Calais³.

Concernant l'habitat, la région comptait en 2010, 176 logements considérés insalubres⁴. Pour les intoxications au monoxyde de carbone, la région se situe en dessous de la moyenne nationale.

- **La préparation des acteurs à la gestion de situations exceptionnelles** (crise sanitaire et/ou environnementale) et l'information des populations concernées

¹ Source OR2S, 2011

² Source ARS 2011

³ Source PRSE 2 2001

⁴ Source CPOM ARS/CNP 2010-2013

9 AXES STRATEGIQUES

Pour atteindre l'ensemble des objectifs visés par les priorités régionales et les orientations stratégiques de la Picardie, les travaux du PSRS ont privilégié 9 axes stratégiques dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Ces axes seront déclinés dans les schémas régionaux d'organisation et les programmes élaborés par l'Agence Régionale de Santé.

ENCOURAGER LA COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET ACTEURS DE TERRAIN

L'efficacité du dispositif de santé et d'accompagnement dépend de l'articulation de plusieurs politiques publiques régionales. Au-delà des politiques publiques, il est aussi nécessaire que les acteurs de terrain continuent et développent leurs travaux communs et respectifs.

Ces niveaux de coordination visent à favoriser :

- **l'adaptation de l'offre de santé :**
La cohérence des décisions entre financeurs et l'articulation des acteurs favorisent une offre de santé adaptée, de proximité, avec un maintien en milieu de vie. À titre d'exemple, la coordination entre l'ARS, les Conseils Généraux et les autres collectivités territoriales est nécessaire pour favoriser le maintien à domicile. Un aménagement des trajets en transports en commun peut donner plus facilement accès à une structure de prise en charge ;
- **la continuité du parcours de santé :**
La coordination entre tous les acteurs des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social* est un facteur essentiel pour offrir à l'utilisateur* les structures d'amont et d'aval dont il a besoin. Cette coordination est également nécessaire au sein de chacun des secteurs.
Elle peut être notamment formalisée par la mise en place de filières de soins* et/ou d'accompagnement. Pour prévenir les dysfonctionnements, la coordination des professionnels s'avère nécessaire ;
- **la qualité de la prise en charge :**
Elle permet une approche globale de la santé de la personne par chaque professionnel. Cette coordination est d'autant plus importante que ces interventions se font à domicile ;
- **la sécurité des soins et de l'environnement de la population :**
La coordination des autorités compétentes et des acteurs est importante pour la réalisation de protocoles* et pour leur mise en œuvre en matière de vigilances* (Antenne régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales, ARS, établissements de santé), de veille sanitaire* (Institut National de Veille Sanitaire, ARS) mais aussi pour la préparation et la gestion des situations exceptionnelles (Préfecture, professionnels de santé libéraux, pharmacies, services d'urgence et transports sanitaires, établissements de santé et médico-sociaux,...). Il en est de même pour la sécurité de l'environnement telle que la surveillance de la qualité de l'eau, de l'air et de l'habitat.

Cette coordination peut se formaliser de différentes façons : partage d'informations, de compétences (exemple de la télésanté*), de pratiques professionnelles (exemple des réseaux de santé*) ou de financements : conventions* ou contrats, notamment les contrats locaux de

santé*, coopérations ou groupements (exemple des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)*, GCS Médico-social*, et Communauté Hospitalière de Territoire)...

Pour toutes les priorités régionales et toutes les orientations stratégiques, l'atteinte des objectifs fixés dépend de la qualité de la coordination des politiques régionales et des acteurs de terrain, notamment dans la mise en œuvre des 8 autres axes stratégiques énoncés ci-après.

DIVERSIFIER ET GRADUER LES MODES DE PRISE EN CHARGE

Pour répondre aux besoins de santé de la population, le dispositif de santé doit proposer les modes de prise en charge :

- adaptés aux problématiques de santé des personnes (maladies chroniques, troubles psychiatriques, handicaps, degré de dépendance, grossesse...);
- permettant de respecter le choix de vie des personnes (en institution ou à domicile) adapté à leur état de santé ;
- garantissant une bonne évaluation et orientation de proximité des personnes ;
- assurant une continuité dans le parcours de santé ;
- visant à réduire les délais d'attente.

Il est important de développer les modes de prise en charge en soins de premiers recours*, en alternative à l'hospitalisation, en hospitalisation complète, en hébergement à domicile ou dans d'autres lieux de vie (scolarisation, milieu du travail).

Cette diversification* peut se concevoir par des réorganisations, transformations ou extensions des modes de prise en charge existants, voire par des créations.

AGIR SUR LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

La Picardie se situe parmi les régions les plus défavorisées en termes de démographie des professionnels de santé. Ce constat est un réel risque pour la qualité de la santé des Picards.

Il est donc nécessaire de rendre la région plus attractive, notamment dans les zones les plus déficitaires :

- pour les futurs professionnels qui sont en cours de formation ;
- pour les professionnels déjà installés ;
- pour ceux qui projettent d'y être mutés.

Les actions en faveur de la démographie permettront un meilleur maillage territorial*, d'offrir une présence de proximité et d'améliorer la continuité du parcours de santé. L'amélioration de la démographie des professionnels de santé peut s'appuyer sur un éventail de mesures valorisant dès leur formation, leur exercice dans notre région. Il s'agit, par exemple, de développer des terrains de stage, d'encourager la formation continue, de favoriser de nouvelles structures d'exercice collectif telles que les maisons de santé pluri professionnelles ou les pôles de santé et d'encourager le développement de la télésanté*.

RENFORCER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Pour que l'offre de santé réponde aux besoins de la population, il est important d'élargir les compétences des professionnels de santé, par le biais des formations initiales et continues.

Le système de santé doit pouvoir compter sur les professionnels qui puissent répondre à sa demande et lui apporter un mode de prise en charge adéquat.

Proposer des formations aux professionnels de santé permettra d'étendre les compétences et le savoir-faire pour s'adapter à des demandes non satisfaites ou à des nouveaux besoins et pour prendre en considération les évolutions en matière de droits des usagers*.

Elles permettront un meilleur maillage* du territoire et une continuité des parcours de prise en charge, d'autant plus lorsqu'elles seront interprofessionnelles et pluridisciplinaires. Par exemple, les professionnels du médico-social* peuvent être formés aux gestes de première urgence.

Diverses formations paraissent nécessaires : notamment au dépistage précoce* des maladies mentales, chroniques ou des handicaps, à l'annonce des diagnostics (autisme, handicap ou maladies chroniques), aux actions de prévention, à l'éducation thérapeutique du patient*, à la prise en charge sanitaire des personnes handicapées et âgées, à l'accompagnement du handicap psychique et de l'autisme, à la démarche des soins palliatifs* pédiatriques.

Elles devront prendre en compte à la fois les recommandations et bonnes pratiques ainsi que les situations exceptionnelles telles que les crises sanitaires.

Sécuriser l'environnement (habitat, air et eau) et les prises en charge (notamment au niveau de la crise sanitaire) impliquent également l'intervention de professionnels autre que de santé. Ces professionnels doivent pouvoir bénéficier de formations, d'autant plus que la santé environnementale et l'épidémiologie sont des secteurs où les connaissances évoluent rapidement.

DEVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTE

La promotion* de la santé s'inscrit dans le dispositif de santé au titre de la prévention* et de l'éducation* pour la santé.

Les préventions primaire*, secondaire* et tertiaire* de la santé ont pour objectif de réduire :

- les risques liés à des comportements (addictions, sédentarité, malnutrition, sexualité...);
- les risques liés à des problématiques de santé (troubles de l'équilibre, de la mémoire, mal-être psychique et psycho-social...);
- les risques liés à la détérioration de l'environnement (habitat insalubre, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau à destination de la consommation humaine, de baignade ...) ou à des activités nuisibles (qualité de l'air, nuisances sonores...)
- les risques liés aux activités de soins (infections associées aux soins*, de transfusion sanguine...)

L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, y compris, l'apprentissage de gestes techniques, leur permet d'adopter des comportements et mode de vie plus adaptés pour se maintenir en bonne santé.

Les actions de promotion de la santé s'adressent aussi bien à la population qu'à l'ensemble des professionnels de santé. Elles peuvent cibler, si nécessaire, certaines thématiques de santé (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, consommation de tabac et d'alcool par les

femmes enceintes...), certains publics prioritaires (aide à la parentalité ou éducation à la vie sexuelle et affective par exemple) ou certains territoires identifiés comme prioritaires (territoires task-force alcool). Il est important qu'elles soient mises en œuvre au plus près des personnes dans leur lieu de vie (domicile, institution, hôpital, ...)

ACCOMPAGNER LES AIDANTS*

Certains proches de la personne malade, handicapée ou dépendante, interviennent au quotidien pour assurer des soins ou un accompagnement. Leur implication en fait de véritables acteurs du parcours de santé ; les professionnels de santé doivent donc les considérer comme tels.

Il est important d'apporter aux aidants* un soutien à leur souffrance psychologique. Cette aide peut-être de l'écoute, de l'information sur les pathologies, les dispositifs et les aides existants, voire des formations plus techniques (utilisation de matériels stérilisés ou à usage unique, respect des règles relatives à l'élimination des déchets de soins, ergonomie, accompagnement d'enfants handicapés...)

L'accompagnement des aidants* pourra être mené au plus près de leur lieu de vie afin de leur éviter des contraintes liées aux déplacements.

Au vu de leur implication quotidienne, une aide peut leur être apportée en mettant à la disposition de la personne aidée des structures appelées « de répit » proposant un accueil en journée ou de quelques jours.

ASSURER LE RESPECT DES NORMES ET REFERENTIELS

Des normes et référentiels sont régulièrement publiés au niveau organisationnel (protocoles*, modes de prise en charge...), technique (mammographie, radiothérapie...), quantitatif (ratio d'encadrement, seuils de viabilité...), architectural (accessibilité des locaux, normes de sécurité) et financier.

Ces normes et référentiels visent à garantir le dépistage, l'accès aux soins, la sécurité et la qualité de la prise en charge, des accompagnements et de l'environnement des personnes, en particulier pour les populations vulnérables. Il est nécessaire de s'assurer de leur respect par différentes missions relevant de l'Inspection, du Contrôle, de l'Évaluation ou de l'Audit (ICEA*).

Ces missions peuvent vérifier soit la conformité des normes (par exemple les outils des lois 2002-2 et de février 2005 dans le domaine médico-social*, les lois et règlements de santé publique avec notamment les normes de qualité de l'eau, de l'air...) soit la mise en place de référentiels de bonnes pratiques ou recommandations (de la Haute Autorité de Santé, de l'Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale,...).

À titre d'exemple, des inspections conjointes ARS/Conseils Généraux peuvent être menées dans les établissements accueillant des personnes âgées pour vérifier les protocoles* de prise en charge et notamment la mise en place des recommandations en matière de bien-être. Des contrôles conjoints ARS / Assurance Maladie et un partenariat avec les Conseils de l'Ordre peuvent conduire à limiter les refus de soins de la part des professionnels de santé. L'ARS peut également mener ou diligenter des évaluations quant à la mise en œuvre et l'impact d'actions de prévention sur la santé de la population d'un territoire de santé.

DEVELOPPER LE PARTAGE D'INFORMATIONS

Une prise en charge de qualité dépend de la capacité des acteurs de la politique régionale de santé à partager l'information.

Certaines informations peuvent être partagées **entre les professionnels de santé et la population**. Elles peuvent traiter de :

- l'existence et l'implantation des structures, établissements ou professionnels de santé afin de favoriser une orientation adéquate et une éventuelle prise en charge de proximité ;
- les maladies afin de mieux les comprendre et les appréhender ;
- la qualité de l'environnement ;
- les risques liés à l'environnement de la population (présence de sites dangereux) et sur les mesures à prendre en cas d'incidents.

D'autres informations, plus ciblées, peuvent être partagées **entre les professionnels de santé et le patient ou la personne accompagnée**, notamment sur son état de santé et les moyens à disposition pour la prendre en charge et/ou l'accompagner.

Enfin des informations plus confidentielles peuvent être partagées **entre professionnels de santé** dans le cadre :

- de l'établissement de plans personnalisés de soins (par exemple à la suite de réunions de concertation pluridisciplinaire) ;
- de la prise en charge ou de l'accompagnement d'une personne ;
- d'un renforcement, d'un partage ou d'une recherche d'expertise pour une prise en charge complexe ou urgente ;
- d'un partage d'expériences (informer sur les modalités de prise en charge d'un cas en particulier).

Ce partage d'informations peut viser plusieurs objectifs :

- rendre les patients et leurs proches, acteurs de leur parcours de santé ;
- améliorer l'orientation pour un meilleur accès au dispositif de santé ;
- lutter contre l'isolement des professionnels de santé ;
- apporter une solution dans un contexte de démographie critique de façon à assurer une meilleure continuité des prises en charge ou accompagnement ;
- donner une vision globale et cohérente de la prise en charge ou de l'accompagnement d'une personne, améliorer l'efficacité de la collecte de données nécessaires à l'observation régionale

Pour faciliter et rendre efficient ce partage d'informations, tout type de dispositifs peut être développé. Il faudra privilégier le développement de solutions à base d'outils numériques et informatiques interopérables* entre les soins de premier recours et les établissements et services. Ces services adaptés aux professionnels de santé constitueront, pour la région, l'offre de télésanté*. Celle-ci comprend notamment le déploiement du Dossier Médical Personnel, le Dossier Communiquant de Cancérologie et l'ensemble des projets se mettant en place en matière de télémédecine* (télé-imagerie, télé-consultation, télé-expertise et télé-assistance).

AMELIORER L'OBSERVATION SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE*

Définir la politique régionale de santé, décider d'une organisation des dispositifs et mettre en œuvre les actions sur le terrain nécessitent la meilleure connaissance possible du contexte dans lequel s'inscrivent ces décisions ou ces actions.

Connaître l'offre de santé existante et les besoins de la population sur les plans quantitatifs et qualitatifs sont indispensables. Cela permet notamment d'adapter au mieux l'offre aux besoins, au choix de vie des personnes et leur proposer, dans la mesure du possible, une offre graduée de proximité. Il est donc important de connaître l'offre de santé en termes de capacités d'accueil et de prise en charge de la population, des sites d'implantations, des compétences et spécialités présentes dans la région. Il est important de connaître les besoins actuels de la population qu'il reste à satisfaire. Aussi faut-il anticiper les besoins futurs grâce aux informations, le vieillissement de la population, les prévalences de certaines maladies ou handicap, les flux de population ou les évolutions prévisibles de la société.

L'observation de l'activité des acteurs de santé en région, des flux de patients, de la capacité de la région à former des professionnels de santé est tout aussi importante pour mener une politique de santé efficace.

De même, l'intégration des activités de veille sanitaire*, de vigilances* et de surveillance des milieux dans le dispositif d'observation régional est un atout en termes d'exhaustivité.

L'observation peut se mener de plusieurs façons (plateforme régionalisée d'observation, enquêtes, tableaux de bord...). Toutefois, elle est d'autant plus efficace qu'elle est partagée, organisée, formalisée et centralisée. Les décisions prises et les actions menées sont d'autant plus adaptées qu'elles sont basées sur une observation faite au niveau de petits territoires (territoires de santé ou territoires de proximité au sens de la loi HPST).

IV. EVALUATION

La politique régionale de santé mise en œuvre dans le cadre du Projet Régional de Santé fera l'objet d'une évaluation sur la base des organisations de l'offre de santé définie par les schémas régionaux d'organisation et les programmes.

Une fois celles-ci arrêtées, courant 2012, il sera possible d'identifier des objectifs assortis d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Ceux-ci serviront de base à l'évaluation de la politique régionale de santé.

Lors de l'adoption du PSRS, une partie de ces indicateurs¹ ont été prédéterminés puisqu'ils font d'ores et déjà l'objet d'un suivi dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé le 8 février 2011 entre l'ARS de Picardie et le Conseil National de Pilotage des ARS.

Par conséquent, la partie IV « EVALUATION » du Plan Stratégique Régional de Santé sera actualisée courant 2012 pour prendre en compte l'ensemble des indicateurs quantitatifs et qualitatifs identifiés lors de la finalisation des schémas et programmes.

¹ Cf ANNEXE 7

V. Table des matières

I. PREAMBULE	3
Cadre national dans lequel s'inscrit la politique régionale de santé.....	4
Principes et enjeux.....	4
Outils de mise en œuvre de la politique régionale de santé.....	5
Territoires de santé de picardie.....	5
Projet Régional de Santé 2012-2017.....	6
Plan stratégique régional de santé (PSRS) 2012 – 2017.....	7
II. DIAGNOSTIC REGIONAL	8
Principales caractéristiques de santé des Picards.....	9
Introduction.....	11
Éléments de contexte.....	11
Population et naissances.....	11
Naissances.....	11
Personnes âgées et vieillissement de la population picarde.....	11
Croissance de la population picarde.....	12
Conditions de vie.....	12
Catégorie socioprofessionnelle.....	12
Revenu fiscal.....	12
Niveau d'étude.....	13
Couverture Maladie Universelle (ou CMU).....	13
Structuration familiale.....	13
Aides sociales.....	13
Logement.....	14
Indicateurs synthétiques.....	14
Note méthodologique.....	18
État de santé.....	19
Général.....	19
Espérance de vie.....	19
Cancers.....	21
Appareil circulatoire.....	22
Appareil respiratoire.....	22
Accidents de la circulation.....	23
Suicide.....	23
Troubles mentaux.....	24
Maladies infectieuses.....	24
Santé des enfants.....	25
Accidents de la vie courante.....	25
Santé au travail.....	26
Santé des personnes de 75 ans et plus.....	27
Diabète.....	27
Insuffisance rénale.....	28
Déficiences et Incapacités fonctionnelles*.....	28
Déterminants de santé.....	29
Alcool.....	29
Tabac.....	30

Toxicomanie.....	30
Nutrition.....	31
Obésité*, surcharge pondérale*.....	31
Sédentarité et inactivité physique.....	32
Violence.....	32
Environnement.....	33
Environnement de travail.....	33
Prévention	34
Dépistages* du cancer.....	34
Vaccinations.....	35
Santé bucco-dentaire.....	35
Contraception-IVG.....	36
Connaissance et perception par rapport aux risques environnementaux.....	36
Connaissance et perception par rapport à la nutrition et l'activité physique.....	37
Offre de santé*	38
Médecins généralistes libéraux.....	38
Médecins spécialistes libéraux et salariés.....	39
Chirurgiens dentistes.....	39
Sage-femmes libérales.....	40
Officines pharmaceutiques.....	40
Autres professionnels de santé libéraux.....	41
Établissements de santé MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).....	42
Établissements de santé mentale.....	45
Établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR*).....	45
Services de longs séjours.....	46
Soins palliatifs.....	46
Hospitalisation à Domicile.....	47
Offre en faveur des enfants et adolescents handicapés (0-19 ans).....	47
Offre en faveur des adultes handicapés (20-59 ans).....	49
Offre en faveur des personnes âgées (60 ans et plus).....	50
Offre en faveur des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.....	50
III. STRATEGIE REGIONALE DE SANTE	52
Présentation de la stratégie régionale de santé.....	53
3 priorités régionales et 6 orientations stratégiques	56
Priorité régionale : améliorer l'accès à la santé.....	56
Orientation stratégique : adapter l'offre de santé aux besoins.....	56
Orientation stratégique : Faciliter une prise en charge et un accompagnement de proximité.....	57
Priorité régionale : renforcer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement.....	58
Orientation stratégique : Assurer la continuité du parcours de santé.....	58
Orientation stratégique: assurer la sécurité des prises en charge.....	58
Priorité régionale : améliorer la qualité de vie.....	60
Orientation stratégique: Favoriser le maintien en milieu de vie.....	60
Orientation stratégique : sécuriser l'environnement de la population.....	60
9 axes stratégiques	62
Encourager la coordination des politiques publiques et acteurs de terrain.....	62
Diversifier et graduer les modes de prise en charge.....	63
Agir sur la démographie des professionnels de santé.....	63
Renforcer la formation des professionnels.....	64
Développer la promotion de la santé.....	64
Accompagner les aidants*.....	65
Assurer le respect des normes et référentiels.....	65
Développer le partage d'informations.....	66
Améliorer l'observation sanitaire et médico-sociale*.....	67

IV. EVALUATION	68
V. TABLE DES MATIERES.....	70
VI. ANNEXES	73
ANNEXE 1 : Définitions	74
ANNEXE 2 : Glossaire des sigles.....	84
ANNEXE 3 : Limites méthodologiques au diagnostic.....	85
État de santé	85
Déterminant de santé.....	86
Prévention	87
Offre de santé.....	87
ANNEXE 4 : Contributions des 5 groupes de travail régionaux	89
Groupe Santé Mentale	89
Thèmes et orientations stratégiques.....	89
Groupe Handicap et Vieillesse.....	90
Définition du domaine.....	90
Approche du domaine.....	90
Orientations stratégiques	90
Groupe Risques Sanitaires.....	91
Définition du domaine.....	91
Thèmes et orientations stratégiques.....	91
Groupe Maladies Chroniques	93
Définition du périmètre du domaine.....	93
L'approche retenue par le groupe pour caractériser les maladies chroniques :	93
Orientations stratégiques	93
Groupe Périnatalité et petite enfance.....	95
Définition.....	95
Thèmes et orientations stratégiques.....	95
ANNEXE 5 : Méthodologie d'élaboration du PSRS	97
Installation du dispositif de concertation et de consultation.....	97
Organisation définie en Picardie	98
Dispositif de consultation pour avis sur le projet de PSRS	101
Et après le PSRS ?	102
ANNEXE 6 : Livrets territoriaux	103
ANNEXE 7 : Indicateurs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.....	104

VI. ANNEXES

ANNEXE 1 : DEFINITIONS

AIDANT

Membre de l'entourage (famille, ami, conjoint, ...) qui vient en aide, à titre non professionnel, à une personne malade, souffrante ou en perte d'autonomie.

Cette aide peut prendre différentes formes comme le « nursing », les soins, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance, le soutien psychologique, les activités domestiques...

ALD : AFFECTIONS LONGUE DUREE

Affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée établie par décret.

(Accident vasculaire cérébral invalidant, Aplasie médullaire et autres cytopénies chroniques, Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, Bilharziose compliquée, Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), Diabète de type 1 et diabète de type 2, Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave, Hémoglobinopathies, hémolyse, chroniques constitutionnelles et acquises sévères, Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves, Hypertension artérielle sévère, Infarctus coronaire, Insuffisance respiratoire chronique grave, Maladie d'Alzheimer et autres démences, Maladie de Parkinson, Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé, Mucoviscidose, Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif, Paraplégie, Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodémie généralisée évolutive, Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave, Affections psychiatriques de longue durée, Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives, Sclérose en plaques, Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne, Spondylarthrite ankylosante grave, Suites de transplantation d'organe, Tuberculose active, lèpre, Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique).

AMBULATOIRE

Le terme ambulatoire désigne un séjour (ou traitement) qui nécessite une hospitalisation de courte durée (sans nuitée). Par exemple, la chirurgie ambulatoire est un geste chirurgical qui se fait dans la journée et qui ne nécessite pas que le patient reste le soir à l'hôpital.

AMENDEMENT CRETON

Prenant son origine dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, l'amendement Creton permet le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

CONTRAT LOCAL DE SANTE (CLS)

Contrat conclu entre l'ARS et, notamment, les collectivités territoriales, leurs groupements et les services déconcentrés de l'Etat portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Ce contrat a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui ont été identifiés comme prioritaires du fait des inégalités sociales et territoriales observées.

Le CLS peut poursuivre plusieurs objectifs, comme :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.)

- l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention

- la promotion et le respect des droits des usagers* du système de santé.

Il décline à l'échelon local les objectifs inscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) en assurant la coordination des financeurs et des acteurs.

CONVENTION

Accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes (des individus, des groupes sociaux ou politiques, des États) qui s'apparente à un contrat. Cet accord est généralement acté par un document écrit qui expose les clauses de l'accord (parties impliquées, durée de la convention, missions et rôles des différentes parties...).

CPOM (CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS)

Dispositif contractuel, tant dans le sanitaire que le médico-social, entre :

- les autorités administratives compétentes en matière d'autorisation,
- l(es) organisme(s) gestionnaire(s) qui participe(nt) aux financements
- l(es) organisme(s) porteur(s) de projet

sur un engagement réciproque autour d'objectifs précis (service rendu, efficacité de fonctionnement, rigueur de gestion)

Ce contrat

- fixe les obligations respectives des parties signataires
- prévoit les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis,
- établit la durée du contrat (durée maximale de 5 ans).

DEPISTAGE ORGANISE

Action d'incitation au dépistage mise en œuvre par les autorités de santé sur la base de recommandations nationales par l'envoi d'un courrier personnalisé invitant la personne à se faire dépister pour une pathologie donnée.

Il existe par exemple un dépistage organisé du cancer du sein : les femmes de 50 à 74 ans reçoivent une invitation pour aller se faire dépister par mammographie tous les deux ans. Un programme de dépistage organisé du cancer colorectal est également mis en place actuellement sur toute la région.

DIAGNOSTIC PRECOCE

Les deux moyens d'agir pour permettre un diagnostic précoce sont d'une part le dépistage lorsqu'il existe, c'est-à-dire la pratique d'examen de surveillance en l'absence de symptômes, et d'autre part l'identification des signes d'alerte dès leur apparition.

Plus le diagnostic est fait tôt, moins les traitements sont lourds et meilleurs sont les chances de guérison. L'intérêt du diagnostic précoce est ainsi de mieux soigner, c'est-à-dire bien sûr d'augmenter les chances de guérir, mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements.

DIVERSIFIER LES MODES DE PRISES EN CHARGE

Ce peut être :

Créer : Mettre en place une nouvelle offre de santé (prévention, sanitaire ou médicosociale) qui n'existait pas auparavant. Par exemple : une nouvelle autorisation d'activité.

Étendre : Agrandir les dispositifs de santé (en nombre de places, de type d'agrément, de zones d'intervention).

Transformer : Changer le mode de prise en charge d'une structure. Par exemple : transformer des places d'IME en SESSAD.

EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ». L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient

EQUIPEMENTS LOURDS

Selon le code de la santé publique (article R 6122-26), les équipements matériels lourds soumis à autorisation sont :

- "Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons "
- "Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique "
- "Scanographe à utilisation médicale "
- "Caisson hyperbare"
- "Cyclotron à utilisation médicale"

ETABLISSEMENTS PUBLICS DE COOPERATION INTERCOMMUNALE (EPCI)

Regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité. Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les communautés urbaines, communautés d'agglomération, communautés de communes, syndicats d'agglomération nouvelle, syndicats de communes et les syndicats mixtes sont des EPCI.

EVENEMENT INDESIRABLE

Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou serait potentiellement source de dommage.

FILIERE DE SANTE

Parcours de santé « théorique » des patients présentant une pathologie donnée. Une filière est caractérisée par :

- les intervenants successifs
- la nature des soins apportés par chacun d'entre eux
- les règles de progression du patient entre ces divers intervenants.

La filière a pour objectif de proposer au patient une continuité de sa prise en charge.

GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE (GCS)

Structure de coopération ayant pour objectif de favoriser la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés participant ou non au service public hospitalier et médecins de ville. Les membres peuvent ainsi développer des projets communs, gérer des équipements communs (bloc, plateaux techniques...) et réaliser des interventions communes de personnels.

INCAPACITES FONCTIONNELLES

Relèvent de problèmes sensoriels, physiques ou cognitifs, c'est-à-dire concrètement de difficultés à voir, se déplacer, se pencher, se souvenir... ressenties par l'individu et induites par une déficience de l'organisme qui découle elle-même du vieillissement, de maladies, de malformations et d'accidents ou traumatismes invalidant.

ICEA (INSPECTION-CONTROLE-EVALUATION-AUDIT)

Les inspections et les contrôles sont imposés aux établissements ou aux professionnels et ne doivent être réalisés que par des professionnels qualifiés par la loi.

Inspection : démarche visant à mesurer la conformité à des exigences législatives, réglementaires ou médicales. Les inspections ont pour finalités de remédier à toutes non-conformités avérées.

Contrôle : démarche visant à contrôler leur organisation et leur fonctionnement. Les contrôles ont pour finalités de faire cesser tout dysfonctionnement.

Evaluation : Appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. Le but est de déterminer la pertinence et l'accomplissement des objectifs, l'efficacité en matière de développement, l'efficacité, l'impact et la durabilité. Cette démarche est partagée (détermination en commun des objectifs et indicateurs) et évaluative ; elle résulte d'une intention commune entre l'évaluateur et l'établissement ou le professionnel évalué.

Audit : démarche visant à proposer des pistes d'amélioration sur l'organisation, le fonctionnement ou la gestion financière d'un établissement ou d'un professionnel. Cette démarche a souvent lieu à la demande de l'organisme audité.

INDICATEUR CONJONCTUREL DE FECONDITE (ICF)

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) exprime le nombre moyen d'enfants par femme qui serait soumise à chaque âge, durant sa vie féconde, aux conditions de fécondité observées durant l'année considérée. On parle de remplacement des générations quand le nombre de filles dans la génération des enfants est égal au nombre de femmes dans la génération des parents. A cause du nombre de naissances masculines supérieur au nombre de naissances féminines (sex ratio) et de la mortalité survenant chez les filles avant l'âge moyen de la procréation, le niveau de remplacement est atteint lorsque les femmes ont environ 2,1 enfants dans les pays développés.

INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS. Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection. Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause.

L'expression "infection associée aux soins" tend à s'imposer face à l'expression "infection nosocomiale", aujourd'hui bien connue de tous. En réalité, les significations de ces deux expressions sont différentes : alors que le terme "nosocomial" fait référence à un lieu, l'établissement de santé, l'expression "associée aux soins" fait référence à une activité, le soin, qu'il soit hospitalier ou extra hospitalier.

INTER-OPERABILITE

Capacité que possède un système d'information de santé à fonctionner avec différents autres systèmes. Dans le cadre de la télésanté*, l'interopérabilité est un objectif qui amène les systèmes d'information de santé, entre d'établissements santé et médico-sociaux, entre professionnels de santé, ou institutions à échanger et partager toutes les informations utiles.

LEGIONELLOSE

Maladie respiratoire provoquée par des bactéries : les légionelles. Ces bactéries sont naturellement présentes dans l'eau, dans les boues, et colonisent fréquemment les réseaux d'eau, notamment les réseaux d'eau chaude sanitaire, les installations de climatisation ainsi que les tours aéro-réfrigérantes. L'homme s'infecte en inhalant de la vapeur d'eau contaminée.

La présence de légionelles dans l'eau n'est pas une condition suffisante pour provoquer la maladie. Trois facteurs doivent être réunis pour que l'on observe une contamination :

1. Que l'eau soit contaminée par *Legionella* ;
2. Que la dispersion de l'eau soit faite par aérosols ;
3. Qu'il y ait inhalation de l'aérosol.

Cette maladie peut être grave si elle dépasse le stade de l'état grippal (alors rarement détecté car peu spécifique), elle devient mortelle pour 15% des cas.

LEPTOSPIROSE

Maladie infectieuse provoquée par la bactérie leptospire. Cette bactérie est excrétée par les urines de certains animaux sauvages ou domestiques. La contamination de l'Homme se fait essentiellement par la voie transcutanée (à travers la peau) à la suite d'une excoriation (légère écorchure) de la peau ou lors de baignades rendant la peau molle et macérée (lac ou rivière, piscine). La contamination directe entre les hommes est quasiment nulle en dehors des urines contenant des leptospires (pendant 10 à 20 jours).

Le diagnostic est difficile en raison de la grande variété des signes que l'on peut observer : fièvre, frissons, tachycardie, splénomégalie, douleurs musculaires, douleurs articulaires, maux de tête, éruption cutanée, syndrome méningé... L'évolution peut être marquée quelques jours plus tard par une atteinte hépatique avec ictère [4], une insuffisance rénale, des signes neurologiques, des manifestations hémorragiques, une atteinte pulmonaire ou cardiaque, une atteinte oculaire.

En l'absence de pathologie sous jacente et de complication multiviscérale, l'évolution est le plus souvent favorable et sans séquelles.

OBESITE

Excès de poids lié à un excès de graisses, quantifié notamment par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30

IMC	Défini comme	$IMC = \frac{\text{masse}}{(\text{taille en m})^2}$
entre 18,5 et 25	normale	
entre 25 et 30	surpoids (surcharge pondérale)	
au-delà de 30	obésité	
De 35 à 40	obésité sévère	
Au delà de 40	obésité morbide	

MAILLAGE TERRITORIAL

Consiste à s'assurer que l'offre de santé est répartie de manière équitable sur un territoire donné.

MALADIES CHRONIQUES

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la maladie chronique est : "un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies."

Plus précisément les maladies chroniques sont définies par :

- la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive ;
 - une ancienneté de plusieurs mois ;
 - le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle, des activités, de la participation à la vie sociale ; dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle ; besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.
- A titre d'exemples, le cancer, l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'insuffisance respiratoire, ou encore les maladies neurologiques sont considérées comme étant des maladies chroniques.

MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE (MDO)

Il existe 30 maladies à déclaration obligatoire. La liste est déterminée par le ministre de la Santé, après avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF).

L'objectif est de les détecter et les déclarer pour agir et prévenir les risques d'épidémie, mais aussi pour analyser l'évolution dans le temps de ces maladies et adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population.

(Botulisme, Brucellose, Charbon, Chikungunya, Choléra, Dengue, Diphtérie, Fièvres hémorragiques africaines, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes, Hépatite aiguë A, Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, Infection par le VIH quel qu'en soit le stade, Infection invasive à méningocoque, Légionellose, Listériose, Orthopoxviroses dont la variole, Paludisme autochtone, Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer, Peste, Poliomyélite, Rage, Rougeole, Saturnisme de l'enfant mineur, Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines, Tétanos, Toxi-infection alimentaire collective, Tuberculose, Tularémie, Typhus exanthématique)

MATERNITE DE NIVEAU 1, 2 ET 3

Maternité niveau 1 : maternité, ne possédant pas d'unité de néonatalogie individualisée, au sein de laquelle sont pratiqués les soins néonataux des enfants ne présentant pas de problème particulier

Maternité de niveau 2 A : maternité disposant d'une unité de néonatalogie permettant d'assurer la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux nés à risque ou de ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance

Maternité de niveau 2 B : maternité disposant d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs pour les nouveaux nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës

Maternité de niveau 3 : maternité disposant d'une unité de néonatalogie de niveau 2B et d'une unité de réanimation néonatale assurant la surveillance et les soins spécialisés aux enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux

MEDICO-SOCIAL

Accompagnement individualisé des personnes affrontant des problématiques liées à l'âge, au handicap, ou encore à des difficultés spécifiques (ex : addictions). En fonction du besoin de la personne, cette prise en charge peut comprendre des consultations de dépistage et de prévention, des informations ou conseils concernant leur santé, des actions d'(ré)intégration ou d'(re)adaptation scolaire, sociale et professionnelle, des actions d'assistance dans les divers actes de vie.

MENINGITE

Processus inflammatoire, d'origine généralement infectieuse, atteignant les méninges, c'est à dire les tissus recouvrant le cerveau et la moelle épinière. Les méningites peuvent être d'origine virale ou bactérienne.

- les méningites sont essentiellement d'origine virale (environ 80 % des cas). Elles sont généralement bénignes, le rétablissement étant le plus souvent spontané.
- les méningites peuvent parfois être d'origine bactérienne (les méningocoques) dans environ 20 % des cas. Elles sont graves car l'évolution spontanée est pratiquement toujours mortelle.

MORTALITE PREMATUREE EVITABLE

La mortalité est considérée prématurée lorsque le décès survient avant 65 ans. Il existe au sein de cette mortalité prématurée une mortalité dite évitable due aux comportements individuels et pouvant notamment être corrigée par l'arrêt de ces comportements.

La mortalité évitable peut être liée aux comportements à risque : consommation de tabac, alcool, conduite automobile (accidents de la route), relations sexuelles non protégées (sida) et états dépressifs conduisant au suicide (critères utilisés par le HCSP). Elle peut aussi être liée à l'organisation du système de santé.

OFFRE DE SANTE

Comprend les actions de prévention, les soins de premiers recours, les soins hospitaliers, le médico-social.

PCB (= POLYCHLOROBIPHENYLES)

Éléments non naturels, les PCB sont des dérivés chimiques chlorés plus connus en France sous le nom de pyralènes. Depuis les années 1930, les PCB étaient produits et utilisés dans l'industrie pour leurs qualités d'isolation électrique, de lubrification et d'inflammabilité. On les retrouvait comme isolants dans les transformateurs électriques et les condensateurs, comme lubrifiants dans les turbines et les pompes ou comme composants d'huiles, de soudures, d'adhésifs, de peintures et de papiers autocopiants.

Il est avéré que les PCB posent des problèmes de toxicité pour la santé.

PERINATALITE

Dans le cadre du plan stratégique régional de santé de l'ARS de Picardie, la périnatalité correspond à la période allant de la naissance au 24^{ème} mois de l'enfant.

PLATEAUX TECHNIQUES

Ensemble des installations, appareils et dispositifs médicaux concourant au diagnostic et au traitement des malades.

Ces installations comprennent les blocs opératoires, les sites d'imageries médicales, les sites d'urgence, de réanimation et de surveillance continue, les dispositifs de kinésithérapie sur sites hospitaliers, les sites d'anesthésie, d'explorations fonctionnelles, de recherches et d'expérimentation, de fabrication et de distribution de produits médicaux tels que les médicaments.

PREMIERS RECOURS

Se dit des soins de premier niveau d'intervention professionnelle à partir du moment où un patient ressent un problème de santé (= soins de première ligne).

Les soins de premiers recours comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, l'éducation pour la santé.

PREVENTIONS PRIMAIRE, SECONDAIRE, TERTIAIRE

Prévention primaire : Ensemble des actes destinés à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition de la maladie. Elle passe par l'éducation et l'information auprès de la population. (ex : vaccination, prévention contre le tabagisme...)

Prévention secondaire : Ensemble d'actes destinés à réduire la durée de la maladie. c'est-à-dire à détecter précocement la maladie afin de favoriser les chances de guérison (ex : dépistage)

Prévention tertiaire : Ensemble des actes destinés à réduire les risques de rechutes, de séquelles ou de complications dues à une maladie déjà présente. Dans ce stade de prévention les professionnels s'occupent notamment d'informer le patient sur sa maladie, de lui fournir une

rééducation personnalisée, de favoriser sa réinsertion professionnelle et sociale. (ex : éducation thérapeutique du patient*)

PROMOTION DE LA SANTE

Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La promotion de la santé comprend les actions de prévention, d'éducation à la santé et d'information. Elle peut être exercée tant par des associations que tout professionnel de santé œuvrant dans les secteurs sanitaire ou médico-social.

PROTOCOLE

Document qui expose les buts, le plan de travail, la méthodologie et l'organisation, rédigé en décrivant les critères d'éligibilité, les objectifs, le déroulement (c'est-à-dire le calendrier, procédures ...), le traitement des données et la durée.

RESEAUX

Mise en relation formalisée d'acteurs issus d'un même secteur ou de secteurs différents dans l'objectif d'informations et de pratiques, de coordonner des actions, mais également de favoriser l'accès aux soins ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

RESEAUX DE SANTE = RESEAU VILLE HOPITAL

Défini par la circulaire n° 2007-88 du 2 mars 2007, un réseau de santé, également appelé réseau « ville-hôpital », est un réseau qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge globale et la sécurité des soins en favorisant le décloisonnement entre les professionnels de santé (professionnels de ville, les établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, les médecins du travail, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social). Les réseaux sont pour la majorité des associations de la loi 1901.

Les réseaux de santé proposent notamment :

- un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés
- un appui aux patients et aux associations de patients afin qu'ils puissent connaître et accéder aux services et modes de prise en charge les plus adaptés
- des accompagnements adaptés à la prise en charge de pathologies chroniques (ex : éducation thérapeutique du patient*)
- un soutien et une aide afin d'organiser au mieux le maintien à domicile ou le retour suite à une hospitalisation

Financés essentiellement par l'ARS (financement Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ou FIQCS), ces réseaux signent avec l'ARS une convention* ou un CPOM* qui acte des financements, des missions voire des objectifs qui leur sont dévolus.

RISQUES SANITAIRES

Désignent les risques, immédiats ou à long terme, plus ou moins probables auxquels la santé publique est exposée. L'identification et l'analyse des risques liés à un phénomène (inondation, contamination, ...) permettent généralement de prévoir l'impact d'un risque sanitaire sur la santé publique.

Dans le cadre du plan stratégique régional de santé de l'ARS de Picardie, les risques sanitaires ont inclus :

- les risques liés à l'environnement (eau, air, sol, habitat, sites industriels, agricoles),
- les risques liés aux vigilances (hémovigilance, infectiovigilance, matériovigilance)
- les risques liés à l'organisation des soins notamment en cas de crises sanitaires,

SANTE MENTALE

Champ qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées et celui de la souffrance psychologique consécutive aux maux relationnels et sociaux.

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)

La réponse au besoin du patient en SSR fait en effet appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge en SSR : les soins, la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement en vue de la réinsertion. Ces différentes missions sont mises en œuvre à des degrés d'intensité variable et à des moments différents selon l'état du patient et l'orientation médicale de la structure.

SITE SEVESO

Site industriel qui contient des produits dangereux dont la quantité est supérieure aux seuils établis par la directive SEVESO. La directive SEVESO fait référence à 2 seuils : il existe des sites Seveso dits « seuil bas » dont la quantité de produits dépasse le premier seuil et des sites Seveso « seuil haut » dont la quantité de produits dépasse le second seuil de la directive. Les produits dangereux comprennent les comburants (produits permettant la combustion de combustible, ex : oxygène), les produits explosifs, les produits inflammables, les produits toxiques pour l'homme, les produits toxiques pour l'environnement, certains composés chimiques comme le pétrole Les établissements militaires et les dangers liés aux rayonnements ionisants (nucléaire) ne sont pas concernés par cette appellation « SEVESO ».

SOINS PALLIATIFS

Soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette approche.

SSIAD (SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE)

Structures assurant des soins infirmiers à domicile aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique.

SURCHARGE PONDERALE

Excès de poids lié à un excès de graisses, quantifié notamment par un indice de masse corporelle (IMC) situé entre 25 et 30.

IMC	Défini comme
entre 18,5 et 25	normale
entre 25 et 30	surpoids (surcharge pondérale)
au-delà de 30	obésité
De 35 à 40	obésité sévère
Au delà de 40	obésité morbide

$$IMC = \frac{\text{masse}}{(\text{taille en } m)^2}$$

SURMORTALITE

Dans ce document, le terme « surmortalité » est utilisé pour caractériser un taux régional ou territorial supérieur au taux national. En général, il repose sur le calcul d'un taux standardisé complété d'une analyse de significativité.

SYNDROME OBSTRUCTIF

Atteinte respiratoire due à une limitation des débits dans l'arbre bronchique. Un syndrome obstructif est notamment observé dans l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) tabagique ou la bronchite chronique.

TAUX DE MORBIDITE

Nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population.

TELEMEDECINE

Relève de la télémedecine les actes médicaux réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Pour illustration la téléconsultation, la télé expertise, la téléassistance médicale constitue des actes de télémedecine.

TELESANTE

Utilisation d'outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales (rapport Lasbordes). Elle comprend le partage d'informations de santé (tel que le Dossier Médical Personnel), la publication de l'information de santé et la télémedecine.

TEP-SCAN

Examen d'imagerie médicale permettant de déceler certaines pathologies qui se traduisent par une altération de l'activité physiologique des cellules. Le TEP-scan est fréquemment utilisé pour détecter des cancers tels que le cancer des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx) ou le cancer du foie. Cette méthode est plus sensible et plus spécifique que les examens conventionnels (IRM, scanner, échographie) pour détecter certains cancers mais elle est également plus invasive (utilisation de produits radioactif).

TAUX STANDARDISE

Il existe des différences de mortalité suivant l'âge et le genre. Afin de comparer des populations, un taux standardisé peut être calculé. Il correspond alors au taux qui serait observé dans la population analysée si celle-ci avait la même structure que la population de référence.

USAGER

Personne qui a un droit réel d'usage et qui utilise le service public de la santé et médico-social, public ou privé. Le terme d'usager s'applique non seulement à la personne malade ou handicapée mais aussi à la famille, aux proches et aux utilisateurs potentiels du service public.

VEILLE SANITAIRE

La veille sanitaire est l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

VIGILANCE

Démarche permettant de surveiller et d'évaluer les incidents, les effets indésirables et les risques d'incidents ou d'effets indésirables liés aux produits de santé après leur mise sur le marché, c'est-à-dire une fois autorisés et/ou mis à disposition des patients ou utilisateurs dans le but d'éviter qu'ils ne se reproduisent. En effet, tous les risques liés à l'utilisation d'un produit ne peuvent pas être mis en évidence avant la mise sur le marché notamment par des études cliniques. Au total, 8 classes de vigilances ont été identifiées par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé):

- la pharmacovigilance (médicaments et produits à usage humain)
- l'hémovigilance (produits sanguins labiles)
- la matériovigilance (dispositifs médicaux)
- la réactovigilance (dispositifs médicaux de diagnostic in vitro)
- la pharmacodépendance (stupéfiants et psychotropes)
- la biovigilance (organes, tissus, cellules et les produits thérapeutiques annexes)
- la cosmétovigilance (produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle)
- la vigilance des produits de tatouage

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE DES SIGLES

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD : Affection Longue Durée
ARS : Agence Régionale de Santé
CAMSP : Centre d'Action Médico-sociale Précoce
CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CREAI : Centre Régional pour l'Enfance, l'Adolescence et les Adultes Inadaptés
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunales
ESAT : Établissements et Services d'Aide par le Travail
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IME : Institut Médico Éducatif
InVS : Institut national de la Veille Sanitaire
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR2S : Observatoire Régional de la Santé et du Social
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMI : Protection Maternelle Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UHR : Unités d'Hébergement Renforcées
VAGUSAN : Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXE 3 : LIMITES METHODOLOGIQUES AU DIAGNOSTIC

Tout diagnostic présente des limites fautes :

- de données disponibles ;
- de données récentes ;
- de données recueillies et incluses dans les bases d'observation ;
- d'analyse et d'interprétation.

Ci dessous, la liste des limites relatives aux items présentés dans le diagnostic.

ÉTAT DE SANTE

Général

Hospitalisation devrait être abordée avec les patients et non les séjours
Enquêtes générales en population représentatives au niveau régional tous âges peu nombreuses et commençant à dater

Espérance de vie

Espérance de vie en bonne santé

Cancers

Hospitalisation devrait être abordée avec les patients et non les séjours
Données des registres estimées à partir de la mortalité
Enquête en population de la région très généraliste
Enquête en cours sur les délais de prise en charge pour certaines localisations

Appareil circulatoire

Hospitalisation devrait être abordée
Pas de registre comme pour les cancers
Enquête auprès des professionnels de santé à actualiser

Appareil respiratoire

Enquête à mener pour les admissions en urgence
Enquête à mener en milieu scolaire

Accidents de la circulation

Non prise en compte du nombre de véhicules et de km roulés, ni de l'infrastructure routière
Non connaissance du passage dans les services d'urgence
Non connaissance lieu de l'accident - domicile

Suicide

Manque de connaissance des tentatives dans les services d'urgence
Manque de connaissance du suivi des personnes ayant fait une tentative
Approcher les hospitalisations par patient et non par séjour

Troubles mentaux

Manque de connaissance des troubles mentaux dans les services d'urgence
File active des patients dans les services de psychiatrie
PMSI psychiatrie à analyser dans la limite du recueil
Codification des actes

Maladies infectieuses

La part des non codée parmi les ALD* pour les hépatites virales
Données sur les septicémies à regarder

Santé des enfants

La législation en matière de morts-nés qui empêche la mesure de la mortalité périnatale et de la mortalité
Taux de retour des certificats de santé, notamment du 24^e mois

Accidents de la vie courante

Les données des services d'urgence

Santé au travail

La qualité des tableaux des maladies professionnelles indemnifiables
Le manque de données à un niveau infrarégional

Santé des personnes de 75 ans et plus

Manque de données à un niveau infrarégional

Diabète

La mortalité doit prendre en compte aussi les causes associées
La base de données des médicaments
Les données d'hospitalisation

Insuffisance rénale

Manque de données à un niveau infrarégional

Déficience et Incapacité fonctionnelles

Nécessiterait une analyse plus fine par âge

DETERMINANT DE SANTE

Alcool

Recueil avec l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)
Enquête dans le système de santé à actualiser

Tabac

Enquête dans le système de santé à actualiser
Baromètre santé jeunes 2010 en cours de traitement au moment de la parution du PSRS

Toxicomanie

Données des ventes à actualiser
Baromètre santé jeunes 2010 en cours de traitement au moment de la parution du PSRS
« Jesais » sur territoires plus fins

Nutrition

Manque de connaissance au niveau infrarégional
Journal alimentaire plus pertinent sur période d'une semaine
Données déclaratives

Obésité, surcharge pondérale

Manque de connaissance au niveau régional sur population tous âges

Sédentarité et inactivité physique

Manque de connaissance au niveau infrarégional

Violence

Données plus de sécurité qu'épidémiologiques
Données des services d'urgence à analyser
Analyse des violences par groupe d'âge et par genre
Recueils nationaux peu régionalisés (exemple enquête nationale sur les violences envers les femmes)

Environnement (logement, eau, air...)

Données localisées peu nombreuses

Environnement de travail

Données qui commencent à dater

PREVENTION

Dépistages du cancer

Prendre en compte le dépistage individuel
Enquête en population ancienne

Vaccinations

Taux de retour des certificats de santé, notamment celui du 24^e mois qui fluctue suivant les zones
Peu de couverture vaccinale en population générale
Manque de connaissance sur la vaccination HPV (*Human Papillomavirus*)

Santé bucco-dentaire

Manque de connaissance des aspects bucco dentaires chez les adultes, et plus particulièrement chez les personnes âgées
Améliorer et développer la connaissance au niveau infrarégional
Manque de connaissance d'orthodontie chez les jeunes

Contraception-IVG

Manque de connaissance des IVG pratiquées hors de la région
Amélioration du recueil et de l'analyse tant pour les IVG que pour la contraception au niveau infrarégional

Connaissance et perception par rapport aux risques environnementaux

Manque de connaissance au niveau infrarégional
À cibler sur les populations et les logements spécifiques

Connaissance et perception par rapport à la nutrition et l'activité physique

Manque de connaissance au niveau infrarégional

OFFRE DE SANTE

Médecins généralistes libéraux

Manque de connaissance de l'activité suivant les caractéristiques géodémographiques
Densité pondérée en fonction de la démographie de la population

* cf ANNEXE 1 - Définitions

* cf ANNEXE 1 - Définitions

ANNEXE 4 : CONTRIBUTIONS DES 5 GROUPES DE TRAVAIL REGIONAUX

GROUPE SANTE MENTALE

Thèmes et orientations stratégiques

Organiser la prise en charge hospitalière

- **ADULTE** : Réaffirmer l'hospitalisation comme un temps nécessaire et indispensable aux soins
- **PETITE ENFANCE ET ENFANCE** : Repenser l'hospitalisation infanto-juvénile pour la région
- **JEUNES DE 15 ANS A 25 ANS** : Favoriser une prise en charge de qualité des jeunes de 15-25 ans avec une approche thérapeutique, éducative et pédagogique

Améliorer le recours aux soins de proximité

- Nécessité d'une réflexion la prise en charge de l'urgence en psychiatrie, notamment à domicile
- Favoriser un développement de l'offre de soins sur le secteur psychiatrique en privilégiant, dans la mesure du possible la proximité
- Améliorer la couverture territoriale du secteur ambulatoire
- Encourager une prise en charge globale des personnes sous main de justice présentant des troubles de leur santé mentale
- Favoriser une régulation départementale de la prise en charge des délinquants sexuels

Favoriser le dépistage et la prévention des troubles mentaux

- Développer une culture d'évaluation des actions de prévention réalisées
- Renforcer la prévention en milieu professionnel, en périnatalité
- Renforcer le dépistage précoce des troubles envahissants du développement
- Renforcer la prévention du suicide et améliorer l'accompagnement des suicidants

Améliorer la coordination des acteurs de santé

- Renforcer la coordination et la coopération des acteurs notamment avec le secteur du médicosocial
- Inciter la mise en place d'équipes mobiles générales ou spécifiques (psychiatriques, médico-sociales, gériatriques et précarité)

Faire connaître les droits des usagers et de leur famille

- Améliorer l'information et les connaissances sur la santé mentale
- Reconnaître et conforter la place des aidants

Médecins spécialistes libéraux et salariés

Manque de connaissance de l'activité suivant les caractéristiques géodémographiques
Densité pondérée en fonction de la démographie de la population

Chirurgiens dentistes libéraux

Manque de connaissance de l'activité suivant les caractéristiques géodémographiques
Densité pondérée en fonction de la démographie de la population

Sage-femmes libéraux

Manque de connaissance de l'activité suivant les caractéristiques géodémographiques
Densité pondérée en fonction de la démographie de la population

Officines pharmaceutiques

Manque de connaissance de l'activité suivant les caractéristiques géodémographiques
Lien entre activité des officines et présence des médecins généralistes

Autres professionnels de santé libéraux

Manque de connaissance de l'activité suivant les caractéristiques géodémographiques
Densité pondérée en fonction de la démographie de la population

Établissements de santé MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)

Manque de connaissance de l'activité au niveau infrarégional
Besoin d'une meilleure identification des parcours patient via le chaînage de la base PMSI/ATIH (Agence Technique pour l'Information Hospitalière)

Établissements de santé mentale

Manque de connaissance des besoins réels de la population
Besoin d'une meilleure identification des parcours patient via le chaînage de la base PMSI/ATIH (Agence Technique pour l'Information Hospitalière)

Établissements Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Manque de connaissance des besoins réels de la population
Besoin d'une meilleure identification des parcours patient via le chaînage de la base PMSI/ATIH (Agence Technique pour l'Information Hospitalière)

Services de longs séjours

Manque de connaissance sur les taux d'occupation

Offre en faveur des enfants et adolescents handicapés (0-19 ans)

Manque de connaissance des besoins réels de la population

Offre en faveur des adultes handicapés (20-59 ans)

Manque de connaissance des besoins réels de la population

Offre en faveur des personnes âgées (60 ans et plus)

Manque de connaissance des besoins réels de la population

Offre en faveur des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer

Manque de connaissance des besoins réels de la population

les

les

GROUPE HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Définition du domaine

Le handicap et le vieillissement comprennent la prise en charge des personnes handicapées à tous les âges et des personnes âgées.

Approche du domaine

- Approche par population (enfants/adultes/personnes handicapées vieillissantes - personnes âgées) avec les limites que cela représente.
- Thèmes abordés :
 - Ruptures de prise en charge en l'absence de coordination des acteurs
 - Prise en charge en milieu ordinaire ou en maintien à domicile
 - Offre au regard des besoins de la population (notion de rééquilibrage territorial)
 - Accompagnement des aidants
 - Formation des professionnels
 - Prévention/promotion
 - Observation

Orientations stratégiques

Personnes âgées

- Assurer un parcours de prise en charge coordonné et continu de la personne âgée
- Respecter le choix du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes
- Maintenir une offre de places en établissements pour les personnes les plus dépendantes
- Promouvoir la qualité de la prise en charge (soins palliatifs, douleur, bientraitance) par la formation des professionnels, l'accompagnement et l'information des familles (loi 2002-2)

Personnes handicapées

ENFANTS :

- Favoriser le dépistage précoce des handicaps
- Favoriser le maintien à domicile en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés
- Améliorer le passage des établissements et services pour enfants et adolescents aux structures pour adultes
- Renforcer la qualité de la prise en accompagnement

ADULTES :

- Favoriser l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapées
- Offrir une prise en charge adaptée et de proximité pour tous
- Favoriser le maintien à domicile des personnes adultes handicapées
- Favoriser le développement des réponses pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes
- Favoriser la prise en charge du handicap psychique, prise en charge de PH à troubles psychiques en EHPAD
- Favoriser le développement de l'observation et de l'accompagnement des aidants et de la formation.
- Renforcer la qualité de la prise en accompagnement

GROUPE RISQUES SANITAIRES

Définition du domaine

Un risque sanitaire est une probabilité d'une issue défavorable pour la santé, ou facteur qui augmente cette probabilité (source OMS).

Il existe des risques sanitaires :

- à cinétique lente : risques d'expositions (pollution atmosphérique, des eaux...) et risques liés à l'évolution des comportements (addictions, nutrition...)
- à diffusion rapide : présence et transmission d'agents pathogènes, couverture vaccinale insuffisance, catastrophes naturelles ou des accidents industriels...

Thèmes et orientations stratégiques

Risques liés aux actes de santé

a- INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

- Développer une politique globale de prévention des infections associées aux soins, prenant en compte les spécificités sectorielles (secteur sanitaire et médicosocial)
- Mobiliser les acteurs sur la maîtrise des infections associées aux soins (coordination des politiques, détection des situations d'alerte, participation de l'utilisateur)
- Agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins par l'intermédiaire de formation chez les professionnels de santé (surtout dans les structures médico-sociales) et de sensibilisation à une démarche qualité dans les établissements (qualité et sécurité des procédures de soins)

b- RISQUES TRANSFUSIONNELS

- Améliorer la sécurité des patients transfusés en assurant le respect des protocoles et des normes
- Informatiser les données médicales dans le cadre du partage d'information
- Développer la formation du personnel

c- RISQUES LIES AUX PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES AUX PRODUITS DE SANTE

- Officines de pharmacie : renforcer le maillage territorial (fragile du à la problématique de la démographie médicale), plus particulièrement en milieu rural
- Laboratoires d'analyses de biologie médicale : s'assurer du respect des normes et des référentiels (en lien avec les changements à venir en 2011)
- Iatrogénie : accompagner le secteur médicosocial dans le respect des bonnes pratiques s'assurer de la sécurisation du circuit du médicament dans le cadre de la nouvelle réglementation
- Stérilisation : s'assurer de la sécurisation du système

Risques liés à l'environnement technologique et industriel, biologiques et climatiques

a- RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE (SITES SEVESO)

- Renforcer la sensibilisation de la population et des professionnels de santé
- S'assurer de l'efficacité de l'alerte en cas d'événements indésirables*

Définition du périmètre du domaine

La maladie chronique telle que définie par le Haut Conseil de santé publique se caractérise par :

- un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de 3 mois ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

À ce titre, le champ des maladies chroniques comprend :

- Les maladies transmissibles par un agent, viral, bactérien ou autre (sida, hépatite C...);
- Les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale chronique, maladie de Parkinson...);
- Les maladies rares ;
- Les troubles mentaux de longue durée.

Dans le cadre de ce PSRS, le groupe a axé sa réflexion sur les maladies chroniques les plus prégnantes en Picardie (c'est-à-dire celles relevant des maladies non transmissibles).

Pour mémoire :

- En 2010, les maladies chroniques concernent 1 Français sur 4
- En 2030, les plus de 60 ans représenteront près de 30 % de la population globale, les trois quarts des maladies chroniques seront diagnostiqués par le médecin généraliste.

L'approche retenue par le groupe pour caractériser les maladies chroniques :

Elle s'appuie sur les conséquences de la maladie permettant ainsi d'envisager l'ensemble des maladies chroniques sur un socle commun en termes de conséquences, de prise en charge médicale, psychologique, socioprofessionnelle et économique.

Orientations stratégiques

Elles sont issues des besoins identifiés par les patients, leurs proches ainsi que les professionnels de santé, en tenant compte de la faisabilité.

Améliorer la connaissance dans le cadre d'un observatoire des maladies chroniques

- Améliorer l'observation des maladies chroniques en termes de prévalence, d'(ré)hospitalisations, de mortalité, de mortalité évitable...
- Améliorer la connaissance de l'offre (dispositifs, professionnels de santé...)
- Assurer un lien entre les données épidémiologiques et le système d'information partagée

Promouvoir les actions de prévention primaires et secondaires sur des territoires ciblés et en faveur de populations fragilisées

- Renforcer l'information de la population concernant les déterminants de santé en ciblant les populations et territoires (tabac, alcool, alimentation, sédentarité...)
- Améliorer la couverture vaccinale, la participation aux programmes de dépistages organisés des cancers

b- RISQUES NATURELS ET CLIMATIQUES

- Améliorer l'organisation des gestions de crises en s'assurant de l'entraînement de l'ensemble des acteurs de santé en amont de la crise
- Sensibiliser les établissements médico sociaux aux protocoles et aux normes de la gestion de crise (plans blancs, exercice interne, gestion de la crise)

c- RISQUES SANTE ENVIRONNEMENTAUX

- Renforcer le suivi de la qualité de l'air intérieur et ses conséquences sur la santé des occupants (ex : poursuivre la prévention des intoxications au monoxyde de carbone)
- Poursuivre la protection de la ressource en eau destinée à la consommation humaine et assurer la bonne qualité de l'eau distribuée en fiabilisant les systèmes de production d'eau potable

d- RISQUES PROFESSIONNELS

- Renforcer la formation des professionnels, notamment sur la toxicité des produits utilisés
- Renforcer la traçabilité des différentes expositions subies
- S'assurer du respect des normes quant à la protection des salariés
- Agir sur la démographie des médecins du travail

Maladies et épidémies

- Renforcer le système de veille et d'alerte de toute situation amenant un risque pour la santé
- Apporter une aide aux établissements pour se préparer à la détection la plus précoce possible et à la prévention des phénomènes infectieux à potentiel épidémique les plus fréquents
- Améliorer l'observation et le signalement des épidémies et des toxi-infections alimentaires collectives
- Renforcer la promotion de la vaccination

- Proposer des consultations de prévention sur un public cible
- Assurer un égal accès à une offre sur le territoire picard

Développer la coordination régionale, territoriale et de proximité Réduire les inégalités sociales et de santé

- S'assurer d'un maillage territorial équitable et gradué partant d'une offre de proximité à domicile vers des structures autorisées
- Communiquer sur l'offre en éducation thérapeutique du patient tant en direction des patients que des professionnels de santé.
- Renforcer la coordination et la coopération entre tous les acteurs (ville – hôpital – médico-social) en s'aidant d'un système d'informations partagé.
- Développer et généraliser l'accompagnement personnalisé des patients en s'appuyant sur les structures existantes et le système d'information partagé
- Renforcer la contractualisation ARS avec les opérateurs sur des objectifs de prise en charge et des missions de coordination (proximité ou territoriale)

Qualité de la prise en charge des maladies chroniques

- S'assurer de la prise en charge des soins après un dépistage révélé positif
- Développer la formation de l'ETP pour les professionnels de santé (formation initiale et continue)
- Permettre aux professionnels libéraux d'accéder à une formation continue pluridisciplinaire
- Promouvoir l'ETP dans le parcours de soins
- Améliorer le partage d'informations (référentiels, protocoles, outils...) des équipes intervenant auprès du patient
- S'approprier des outils communs (protocoles de soins ...) dans le respect des référentiels et recommandations
- Développer une culture de l'évaluation
- S'appuyer sur le nouveau protocole ALD comme outil de suivi de la qualité
- Valoriser l'activité d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Droits des usagers

- Développer une stratégie d'information et de formation permettant au patient un premier pas d'autonomisation,
- Encourager la formation des bénévoles et des aidants
- Développer des lieux d'accueils temporaires des patients afin de soulager les aidants
- Faciliter l'intégration socioprofessionnelle (prévenir et accompagner les conséquences psychologiques, sociales, familiales, éducatives et professionnelles)
- Associer des représentants de patients lors de l'élaboration des programmes d'ETP

GRUPE PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

Définition

Dans le cadre du plan stratégique régional de santé de l'ARS de Picardie, les travaux du groupe concernent la période qui s'étend du diagnostic de la grossesse jusqu'à l'âge de six ans.

Thèmes et orientations stratégiques

Contraception

- Renforcer l'information sur la contraception
- Améliorer la coordination des dispositifs et des acteurs régionaux

Grossesses des mineures

- Améliorer l'accompagnement des parents mineurs
- Promouvoir des actions de prévention en le milieu scolaire

Dépistage et Diagnostic Anténatal

- Sensibiliser les professionnels de santé à l'obtention de leur agrément
- Améliorer l'information auprès des femmes
- Améliorer la prise en charge psychologique lors de l'annonce

Suivi de la grossesse

- Former les professionnels de santé à l'EPP et à la PNP et inciter à leur mise en œuvre
- Sensibiliser les praticiens au dépistage des troubles psychiques de la femme enceinte
- Améliorer la coordination des acteurs intervenant autour du nouveau né

IVG/IMG

- Améliorer la visibilité et l'accessibilité à l'IVG
- Développer le recours à l'IVG médicamenteuse
- Améliorer la prise en charge personnalisée post IVG/IMG en proposant notamment une prise en charge psychologique

Addictions chez la femme enceinte

- Développer une approche multidisciplinaire
- Informer et sensibiliser les professionnels de santé et les jeunes mères aux addictions

Transferts in utero

- Respecter les décrets périnatalité
- Améliorer la coordination et la collaboration entre établissements (cellule de régulation, dossier informatisé, centralisation des données par le réseau périnatalité)

Sorties précoces

- Informer sur l'Hospitalisation à domicile
- Former et sensibiliser les professionnels de santé à l'HAD
- Revaloriser l'HAD via l'expérimentation de forfaits dérogatoires

Plateaux techniques

- Améliorer l'observation (formation médicale, offre, besoin)
- Formaliser les protocoles de prise en charge

Allaitement maternel

- Promouvoir l'allaitement maternel par des actions d'information
- Promouvoir et faciliter le don de lait maternel
- Inciter l'uniformisation des pratiques entre hôpital et médecine de ville

Suivi de l'enfant

- Proposer des solutions pour pallier la démographie des professionnels de santé
- Développer le dépistage
- Organiser des délégations de tâches au sein d'une équipe

Urgences pédiatriques

- Développer la formation continue pour la prise en charge des urgences pédiatriques
- Améliorer l'observation des urgences pédiatriques
- Améliorer l'accès aux urgences

ANNEXE 5 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PSRS

INSTALLATION DU DISPOSITIF DE CONCERTATION ET DE CONSULTATION

La volonté de l'ARS de Picardie est d'associer les instances de démocratie créées par la Loi HPST tout au long de l'élaboration du Projet Régional de Santé et ceci dès la détermination des orientations stratégiques dans le cadre du PSRS.

Deux raisons principales à cela :

- l'ARS ne peut pas et ne veut pas définir la politique régionale de santé seule.
- l'ARS désire que le Projet Régional de Santé réponde aux attentes des acteurs de santé de la région

Aussi, pour cela, l'ARS de Picardie a installé le plus tôt possible toutes les instances de démocratie et de concertation nécessaire à l'élaboration du PSRS :

1. Installation de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie : 29 juin 2010

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie est la première instance de démocratie à avoir été installée en Picardie. L'ARS a saisi la CRSA dès le 8 juillet 2010 sur son projet de territoires de santé. LA CRSA a rendu un avis favorable le 8 septembre 2010.

L'ARS a sollicité, le 8 septembre 2010, une contribution de la CRSA pour élaborer le PSRS. L'ARS a posé 3 questions à la CRSA :

- quelles sont les forces et faiblesses de la région sur les 5 domaines du PSRS ?
- quelles sont les orientations stratégiques que l'ARS doit afficher pour améliorer la santé des Picards ?
- quels sont les axes d'amélioration que la CRSA souhaite proposer à l'ARS ?

2. Définition des 5 territoires de santé : le 21 septembre 2010

Il était nécessaire d'arrêter les territoires de santé le plus tôt possible en Picardie pour deux raisons :

- Installer les conférences de territoire avant l'adoption du PSRS afin de pouvoir les associer à son élaboration, à l'instar de la CRSA.
- Elaborer un PSRS qui puisse présenter des orientations stratégiques répondant également à des problématiques territoriales.

3. Installation des commissions spécialisées de la CRSA : octobre 2010

La CRSA a installé en octobre 2010 ses 4 commissions spécialisées (soins, prévention, médico-sociale, usagers) pour pouvoir les associer également à l'élaboration du PSRS afin qu'elles fassent leurs propositions propres sur les 5 domaines.

4. Installation des conférences de territoire : novembre 2010

Le fait d'avoir arrêté les 5 territoires le 21 septembre 2010 a permis d'installer les 5 conférences de territoire en novembre 2010. À l'occasion de leur installation, l'ARS a sollicité chaque

Enfant cancéreux

- Proposer des solutions pour pallier la démographie des professionnels de santé
- Favoriser la mise en place de protocoles partagés

Soins palliatifs pédiatriques

- Acculturer les professionnels de santé à démarche palliative
- Favoriser une prise en charge pluri disciplinaire personnalisée
- Promouvoir la coordination entre les acteurs (lien ville-hôpital)

Activités Cliniques d'Assistance médicale à la Procréation (AMP)

- Promouvoir la mise en place d'un centre d'AMP clinique dans l'Aisne

Santé bucco-dentaire

- Former les chirurgiens dentistes à la prise en charge des enfants et des femmes enceintes
- Maintenir les actions de prévention
- Lutter contre la pénurie en chirurgiens dentistes
- Améliorer l'accès des enfants handicapés aux soins buccodentaires

Accidents domestiques

- Sensibiliser les professionnels de santé et le milieu de la petite enfance au problème des accidents domestiques
- Promouvoir des actions coordonnées de prévention des accidents domestiques

Obésité

- Améliorer l'observation sanitaire
- Identifier un parcours de soins
- Favoriser le développement de consultations obésité dans les établissements de santé

Handicaps

- Améliorer l'offre de prise en charge médicosociale (Haute-Somme notamment)
- Renforcer la coordination des institutions (ARS, Conseil Général) afin de proposer une offre de dépistage correspondant aux besoins

Maladies rares

- Faire connaître l'existence des centres de compétences auprès de la population et des professionnels de santé

Troubles du langage et de l'apprentissage

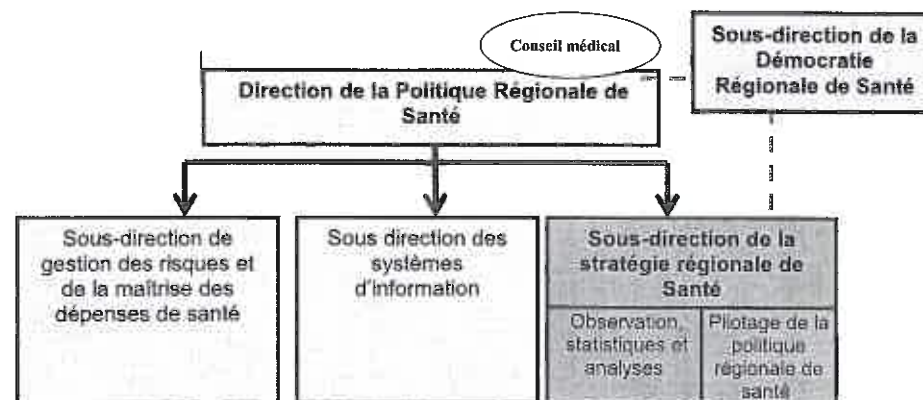
- Poursuivre les formations pluridisciplinaires auprès des médecins généralistes, des professionnels de la petite enfance, des enseignants
- Favoriser l'installation d'orthophonistes en libéral, dans les CMP et CMPP
- Favoriser l'installation de psychomotriciens

conférence pour contribuer au PSRS : sur le territoire de santé de la conférence, quelles sont les orientations stratégiques et quels sont les axes d'amélioration qui correspondent précisément au territoire de la conférence.

5. Installation des commissions de coordination : novembre et décembre 2010

Les 29 novembre et 2 décembre 2010, l'ARS a installé les deux commissions de coordination des politiques publiques prévues par la Loi HPST. Ayant pour finalité d'assurer la cohérence et la complémentarité des politiques publiques, ces commissions sont naturellement associées aux travaux afin que chaque institution s'assure sa politique soit cohérente avec ce document.

Juin 2010	Juillet 2010	Août 2010	Septembre 2010	Octobre 2010	Novembre 2010	Décembre 2010
Installation de la CRSA	Saisine de la CRSA sur le projet de territoires de santé	/	Publication de l'arrêté définissant les 5 territoires de santé de Picardie	Installation des commissions spécialisées de la CRSA	Installation des 5 conférences de territoires de santé	Installation des 2 commissions de coordination des politiques publiques



Compte-tenu de ses missions, la sous-direction de la stratégie régionale de santé a été nommée par le « comité stratégique » de l'ARS **chef de projet** pour l'élaboration du PSRS. Celle-ci a donc :

- Conçu la méthodologie d'élaboration du PSRS ;
- Proposé et fait valider cette méthodologie par le Comité stratégique de l'ARS ;
- Proposé les chefs de projet ;
- Rédigé les lettres de mission de chaque chef de projet ;
- Coordonné les travaux des 5 chefs de projet au sein d'un comité de pilotage PSRS ;
- Outillé les groupes de travail en documents types et documents d'aide au diagnostic ;
- Accompagné les chefs de projet dans la mise en œuvre de la méthodologie ;
- Coordonné les travaux des instances de démocratie avec les 3 délégués territoriaux départementaux de l'ARS et la Sous-direction de la Démocratie Régionale de Santé ;
- Présenté régulièrement l'avancement des travaux devant le comité stratégique de l'ARS.

2. Organisation de 5 groupes de travail régionaux

Le comité stratégique a acté la constitution de 5 groupes projets régionaux : un par domaine du PSRS. Chacun d'eux est animé par un collaborateur de l'ARS ; en l'occurrence 5 médecins conseils. Chaque groupe projet régional est composé à la fois de collaborateurs de l'ARS et de personnes qualifiées extérieures à l'ARS. Au-delà de cette composition, ces groupes ont la possibilité d'auditer d'autres personnes expertes de la région sur un domaine spécifiquement traité par le groupe.

La commande du Comité Stratégique vis-à-vis de chaque groupe fut la suivante : sur chaque domaine, il s'agit d'élaborer le diagnostic régional et territorial (les forces, faiblesses, opportunités et menaces), d'identifier les orientations stratégiques issues du diagnostic réalisé et enfin participer à la rédaction du PSRS.

ORGANISATION DEFINIE EN PICARDIE

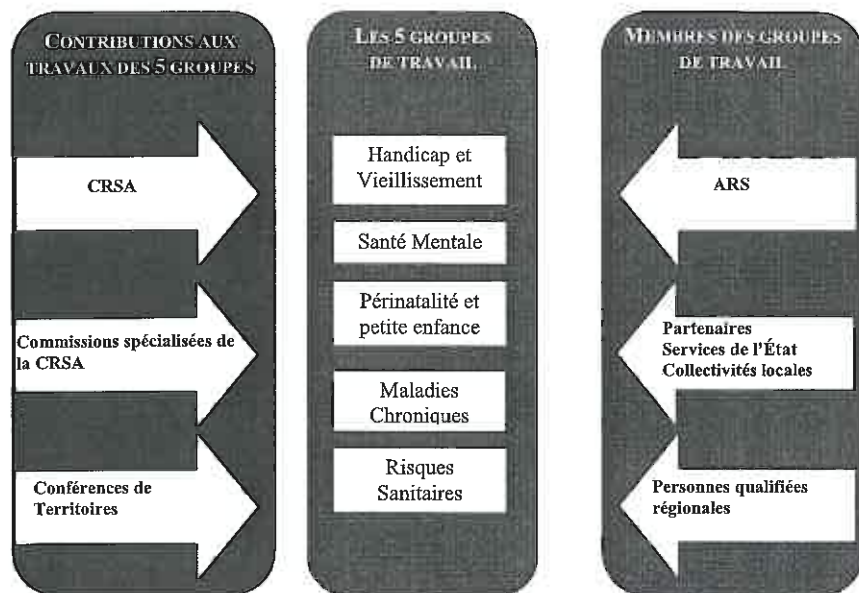
1. Sous-direction de la stratégie régionale de santé comme chef de projet

Afin de dégager du temps de réflexion sur la méthodologie à utiliser et s'assurer de la cohérence de l'ensemble des travaux, l'ARS de Picardie a créé en son sein une sous-direction de la Stratégie Régionale de Santé comprenant :

- une équipe de 4 personnes au sein d'une unité de travail « observation, statistiques et analyses »
- une équipe de 3 personnes au sein d'une unité de travail « pilotage de la politique régionale de santé ».

Cette sous-direction appartient à la Direction de la Politique Régionale de Santé qui comprend à la fois une expertise médicale représentée par deux médecins conseils et deux autres sous-directions : « systèmes d'information » et « gestion du risque et maîtrise des dépenses de santé ». Cette construction permet à cette Direction d'assurer la transversalité entre la stratégie qui sera mise en œuvre par l'ARS, les systèmes d'information qui sont un outil incontournable de cette stratégie et l'objectif de maîtrise des dépenses de santé propre à chaque ARS.

La Sous-direction de la Stratégie Régionale de Santé, tout particulièrement, maintient un partenariat de proximité avec la Sous-direction de la Démocratie Régionale de santé afin de s'assurer que les instances de Démocratie soient à part entière associées tout au long du processus d'élaboration du PSRS en particulier et du PRS en général.



3. Modalités d'organisation des travaux de la CRSA et des 5 conférences de territoire

Parallèlement aux travaux des 5 groupes projet, les commissions spécialisées de la CRSA se sont réunies 2 à 3 fois pour rendre leur contribution avant le 15 décembre 2010. La commission permanente de la CRSA a consolidé les contributions de chaque commission spécialisée et les a présentés devant la CRSA plénière pour une validation définitive avant de les transmettre à l'ARS.

Quant aux conférences de territoire, elles se sont chacune organisées en 5 groupes de travail (un groupe par domaine) dès leur installation. Chaque groupe s'est réuni 3 fois (soit 5 territoires de santé x 5 domaines x 3 réunions = 75 réunions). Les travaux des groupes ont ensuite été consolidés lors d'une réunion du bureau de chaque conférence et présentés à la conférence plénière en vue d'une validation de la contribution.

4. Calendrier de restitution des travaux à l'ARS

Contributions au PSRS	Calendrier de remise des contributions
Commissions spécialisées de la CRSA	15 décembre 2010
CRSA plénière (consolidation des contributions des 4 commissions spécialisées)	12 janvier 2011
Conférences de territoire	Entre 15 janvier et le 3 février 2011
Commissions de coordination	18 février 2011
Groupes projet régionaux	23 février 2011

C'est le Comité Stratégique de l'ARS qui valide chaque étape clé de la construction du PSRS :

- un premier séminaire le **23 février** pour validation de la forme du PSRS ;
- un second séminaire le **09 mars** pour faire un premier point d'étape quant à la rédaction du PSRS ;
- un troisième séminaire, **4 avril**, pour faire un point deuxième d'étape quant à la rédaction du PSRS ;
- un quatrième séminaire **21 avril** pour valider le contenu du PSRS.

DISPOSITIF DE CONSULTATION POUR AVIS SUR LE PROJET DE PSRS

Conformément à l'article R 1434-1, le projet de PSRS rédigé par l'ARS a été soumis à l'avis de la CRSA. La CRSA a été saisie le 11 mai 2011 et a rendu un avis favorable le 29 juin 2011.

Le Conseil de surveillance a rendu un avis favorable le 5 juillet 2011.

Durant la période de consultation de la CRSA, l'ARS a présenté le projet de PSRS :

- aux Conférences de Territoire
- aux Comités Techniques Régionaux (santé mentale, périnatalité et petite enfance...) et autres Commissions Régionales Techniques (addictologie, autisme...)
- aux Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP)

Ces consultations ont permis d'affiner la rédaction du PSRS.

De plus, conformément à l'article L 1434-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (article 36), le plan stratégique régional de santé a fait l'objet, avant son adoption, d'une publication sous forme électronique à l'adresse suivante pour avis : <http://www.ars.picardie.sante.fr/>

Les autorités consultées (la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de la Région Picardie, le représentant de l'Etat dans la région, les collectivités territoriales de la région Picardie) ont disposé d'un délai de deux mois à compter de la publication de l'avis aux recueils des actes administratifs des préfectures de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme, pour adresser leur avis à l'agence régionale de santé.

Les dates de mise en ligne de publication de l'avis aux préfectures départementales ont été les suivantes :

Aisne : 29 septembre 2011
 Oise : 27 septembre 2011
 Somme : 23 septembre 2011

ET APRES LE PSRS ?

Le PSRS sert de socle à l'élaboration des schémas d'organisation et des programmes, eux-mêmes définis par le décret du 18 mai 2010.



Calendrier d'élaboration du PSRS

Les schémas d'organisation et les programmes organisent l'offre de santé sur la base des orientations stratégiques décrites dans le PSRS, en tenant compte des capacités financières de l'ARS. Chaque schéma étant assorti d'un programme déclinant le calendrier et les moyens financiers octroyés par l'ARS, un travail de priorisation des actions devra alors être fourni.

En Picardie, ces travaux ont débuté courant du mois de mai 2011 et se termineront en juin 2012 pour être soumis pour avis en août 2012.



Calendrier d'élaboration des schémas et programmes

MS

ANNEXE 6 : LIVRETS TERRITORIAUX

Pour chacun des 5 territoires de santé, un livret propose un état des lieux sanitaire, médico-social et social. Chaque livret regroupe un très grand nombre de données concernant l'état de santé des picards, les spécificités du territoire en termes de démographie des professions de santé, les pathologies les plus fréquentes... Ces diagnostics ont été utilisés par l'ARS comme base quant à l'élaboration du Projet Régional de Santé.



Ces livrets territoriaux ont été réalisés par l'Agence Régionale de Santé de Picardie, avec l'appui de l'Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S). Ils permettent aux acteurs de la politique régionale de santé d'engager une réflexion argumentée et objectivée autour des forces et des faiblesses, mais aussi des opportunités voire des menaces, de la région et de chaque territoire de santé. De ce diagnostic en seront issues les grandes orientations stratégiques du Projet Régional de Santé de la Picardie pour les cinq prochaines années.

Ces livrets ont été diffusés à large échelle tant auprès des acteurs représentés au sein de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) et des membres des 5 conférences de territoire qu'auprès des principales collectivités territoriales et services de l'Etat.

Les points abordés dans chaque livret sont les suivants :

- **Démographie** : Population ; Naissances et fécondité.
- **Offre de soins** : Médecins généralistes ; Pharmacies ; Médecins spécialistes ; Autres professionnels de santé ; Établissements de soins
- **Offre médico-sociale** : Personnes en situation de dépendance ; Addictologie
- **État de santé** : Constat général ; Cancers ; Maladies de l'appareil circulatoire ; Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements.
- **Prévention** : Actions de prévention financées par l'ARS en 2010 ; Dépistages
- **Conditions de vie** : Groupes socioprofessionnels ; Revenus fiscaux ; Fragilité professionnelle ; Couverture maladie universelle ; Personnes adultes isolées ; Prestations sociales et minima sociaux ; Allocations et handicap ; Logement.
- **Répartition par Etablissement Public de Coopération Intercommunales (EPCI)**
- **Méthodologie**
- **Éléments de réflexion**

L'intégralité de la « collection : les territoires de santé en Picardie » est téléchargeable sur le site de l'ARS de Picardie :

www.ars.picardie.sante.fr, rubrique concertation régionale / territoires de santé.

-190

ANNEXE 7 : INDICATEURS DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens a été signé le 8 février 2011 entre l'ARS de Picardie et le Conseil National de Pilotage des ARS pour la période 2010-2013
Pour l'année 2011, les 39 indicateurs suivants (27 nationaux et 12 régionaux) ont été suivis :

Indicateurs Nationaux

1	Taux de mortalité prématurée évitable
2	Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants
3	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section maternelle
4	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section maternelle
5	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans
6	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans
7	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
8	Pourcentage des plans nationaux de veille et sécurité sanitaires déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année
9	Pourcentage d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité
10	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale
11	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP
12	Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)
13	Ecart intra régionaux d'équipements en établissements de santé médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)
14	Pourcentage d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non)
15	Pourcentage d'établissements de santé médico-sociaux ayant fait l'objet d'une évaluation externe
16	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque
17	Taux de recours à la chirurgie (20 gestes marqueurs) de la population domiciliée
18	Taux de places installées sur places financées en établissements de santé médico-sociaux par public (personnes âgées et personnes handicapées)
19	Part des services dans l'offre globale médico-sociale (personnes âgées et personnes handicapées)
20	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)

21	Part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés
22	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé)
23	Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé
24	Taux d'établissements dont le ratio d'indice de coût relatif (ICR) de chirurgie par salle d'opérations est supérieur à un seuil national
25	Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%
26	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés -PASA- et d'Unités d'Hébergement Renforcées -UHR-) au regard de l'objectif régional
27	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et troubles envahissants du développement

Indicateurs Régionaux

1	Nombre d'actions de prévention évaluées par an
2	Nombre d'acteurs ayant des compétences en éducation thérapeutique du patient
3	Nombre d'événements sanitaires ayant fait l'objet d'une évaluation de la gestion a postériori
4	Pourcentage de captages bénéficiant de périmètres de protection imposables définis par une déclaration d'utilité publique
5	Nombre d'actes C+CS des médecins généralistes en zones sous-denses
6	Taux de réalisation du programme de réunion des commissions de suites d'inspection
7	Part des secteurs couverts par une Permanence Des Soins de 20h00 à minuit + week-end
8	Nombre de postes (en Equivalent Temps Plein) de praticiens hospitaliers vacants
9	Réduire la Durée Moyenne de Séjour (DMS) en Médecine Chirurgie Obstétrique des établissements publics
10	Nombre d'établissements publics ayant bénéficié d'un accompagnement pour l'amélioration de leur performance
11	Nombre de coopérations médicales formalisées entre hôpitaux publics
12	Nombre de Groupements de Coopération Sociaux et Médico-Sociaux créés

Agence Régionale de Santé de Picardie

Objet : décision du 6 janvier 2012 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Vu le Code de la Santé Publique, notamment l'article L.1432-2 ;

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

Vu le Code du Travail ;

Vu le décret n°97-34 du 15 janvier 1997 relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles modifié ;

Vu le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret du 5 janvier 2012 portant nomination de M. Christian DUBOSQ en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé de Picardie ;

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie,

DECIDE

Article 1er :

Délégation est donnée, à l'effet de signer au nom de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, tous les actes relatifs aux affaires relevant de ses attributions, à l'exception des actes listés à l'article 8, à Mme Françoise VAN RECHEM, Directrice Générale Adjointe, Directrice de la régulation de l'offre de santé.

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Françoise VAN RECHEM, délégation de signature est accordée, chacun dans leurs domaines de compétences, en application des projets des sous-directions et de services, à :

Sous-direction soins de 1er recours et professionnels de santé :

- Mme Christine VAN KEMMELBEKE, sous-directrice de la sous-direction soins de 1er recours et professionnels de santé,

- Mme Ghislaine GILLIERS, responsable du service soins de 1er recours au siège,

- Mr Joël ROUYER, responsable du service hospitalisation, soins de 1er recours et professionnels de santé dans l'Aisne,

- Mme Marie-José BEURDELEY, responsable du service hospitalisation, soins de 1er recours et professionnels de santé dans l'Oise,

- M. David COQUEREL, responsable du service hospitalisation, soins de 1er recours et professionnels de santé dans la Somme,

Sous-direction hospitalisation :

- Mme Céline VIGNE, sous-directrice de la sous-direction de l'hospitalisation,

- M. Jérôme SCHLOUCK, responsable du service hospitalisation au siège,

- Mr Joël ROUYER, responsable du service hospitalisation, soins de 1er recours et professionnels de santé dans l'Aisne,

- Mme Marie José BEURDELEY, responsable du service hospitalisation, soins de 1er recours et professionnels de santé dans l'Oise,

- M. David COQUEREL, responsable du service hospitalisation, soins de 1er recours et professionnels de santé dans la Somme,

Sous-direction handicap et dépendance :

- Mme Cécile GUERRAUD, sous-directrice de la sous-direction handicap et dépendance,

- Mme Anne BLU-MOCAER, responsable du service handicap et dépendance au siège,

- Mme Corinne PARIS, responsable du service handicap et dépendance dans l'Aisne,

- Mme Martine LAUBERT, responsable du service handicap et dépendance dans l'Oise,

- M. Laurent SANDERS, responsable du service handicap et dépendance dans la Somme.

Article 2 :

Délégation est donnée, à l'effet de signer au nom du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, tous les actes relatifs aux affaires relevant de ses attributions, à l'exception des actes listés à l'article 8, à Mme Marie-Hélène BIDAUD, Directrice de la protection et de la promotion de la santé.

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Marie-Hélène BIDAUD, délégation de signature est accordée, chacun dans leurs domaines de compétences, en application des projets des sous-directions et de services, à :

- Mme Chantal LEDOUX, sous-directrice de la sous-direction promotion et prévention de la santé,

- M. Nicolas HOUPIN, responsable du service soins psychiatriques sans consentement.

Sous-direction sécurité sanitaire :

- M. Luc ROLLET, sous-directeur de la sous-direction sécurité sanitaire,

- M. Cyril PISSON, responsable du service santé environnementale dans l'Aisne,

- Mme Cécile MORCIANO-BERDUGO, responsable du service santé environnementale dans l'Oise,

- M. Jérôme VEYRET, responsable du service santé environnementale dans la Somme,

- M. Pierre DETOT, responsable du service sécurité des pratiques pharmaceutiques et biologiques,

- M. le Dr Bachir BRAHIMI, coordonnateur régional d'hémovigilance,

- Mme Marie-Aude SCHIAULINI-ZELMAT, responsable du service de veille et de gestion sanitaire et du service défense et gestion des situations exceptionnelles dans l'Aisne,

- M. Guillaume BRELIVET, responsable du service de veille et de gestion sanitaire et du service défense et gestion des situations exceptionnelles dans l'Oise,

- M. José LEJEUNE, responsable du service de veille et de gestion sanitaire et du service défense et gestion des situations exceptionnelles dans la Somme.

Article 3 :

Délégation est donnée, à l'effet de signer au nom du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, tous les actes relatifs aux affaires relevant de ses attributions, à l'exception des actes listés à l'article 8, à M. Thierry VEJUX, Directeur délégué en charge du pilotage interne, de la communication et des affaires générales.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Thierry VEJUX, délégation de signature est accordée, chacun dans leurs domaines de compétences, en application des projets de la direction et des services, à :

- Mme Françoise PETIOT, responsable du service de l'appui juridique, de la documentation et de l'archivage,

- M. Pascal POETTE, responsable du service communication,

- M. Stéphane CAUCHY, responsable du service des affaires générales,

- M. Jean-Marc LARIVIERE, responsable des achats et de la gestion immobilière.

Article 4 :

Délégation est donnée, à l'effet de signer au nom du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, tous les actes relatifs aux affaires relevant de ses attributions, à l'exception des actes listés à l'article 8, à M. Jérôme CARON, Directeur délégué en charge de la direction des ressources humaines.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Jérôme CARON, délégation de signature est accordée, chacun dans leurs domaines de compétences, en application des projets de la direction et des services, à :

- Mme Michèle PECHIN, responsable de la gestion administrative et de la paye,

- Mme Valérie LEBECQ, responsable de la formation et de la gestion des compétences.

Article 5 :

Délégation est donnée, à l'effet de signer au nom du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, tous les actes relatifs aux affaires relevant de leurs attributions respectives, à l'exception des actes listés à l'article 8, à M. François VILARS, Directeur délégué en charge de la direction de la politique régionale de santé.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. François VILARS, délégation de signature est accordée, chacun dans leurs domaines de compétences, en application des projets des sous-directions et de services, à :

- M. Patrick VERBEKE, sous-directeur de la sous-direction de la gestion du risque et maîtrise des dépenses de santé,

- M. Christian HUART, sous-directeur de la sous-direction des systèmes d'information,

- Mme Véronique LANG, responsable du service informatique infrastructure,

- M. Benoît NORMAND, responsable du service des systèmes d'information en santé.

Article 6 :

Délégation est donnée, à l'effet de signer au nom du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, tous les actes relatifs aux affaires relevant de leurs attributions respectives, à l'exception des actes listés à l'article 8, à M. Fabrice LAURAIN, Directeur délégué en charge de l'efficience des établissements sanitaires et médico-sociaux.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Fabrice LAURAIN, délégation de signature est accordée, en application des projets de la direction et des services, chacune en ce qui les concerne à :

- Mme Véronique PERIN FOUCAULT, responsable du service gouvernance et stratégie de l'hospitalisation publique.

Délégation est donnée, à l'effet de conduire les entretiens d'évaluation des personnels de direction, fixer les primes de fonction, signer les évaluations et les actes de gestion de ces personnels au nom du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie à :

- M. Fabrice LAURAIN, Directeur délégué en charge de l'efficience des établissements sanitaires et médico-sociaux,

- Mme Véronique PERIN-FOUCAULT, responsable du service gouvernance et stratégie de l'hospitalisation publique,

- Mr Jean Marc GILBON, chargé de mission au service gouvernance et stratégie de l'hospitalisation publique.

Article 7 :

Délégation est donnée, à l'effet de signer au nom du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, tous les actes relatifs aux affaires relevant de leurs attributions respectives, à l'exception des actes listés à l'article 8, en application des projets des sous-directions et de services, à :

- M. Xavier HABOURY, sous-directeur de la sous-direction démocratie régionale de santé, délégué territorial départemental de la Somme,

- Mme Charlotte KOVAR, déléguée territoriale départementale de l'Oise,

- M. Michel OWCZARZAK, délégué territorial départemental de l'Aisne.

Article 8 :

Les actes exclus de la délégation visés aux articles 1 à 7 sont les suivants :

- les actes de saisine adressés aux parquets et aux juridictions administratives, pénales, civiles et financières,

- les mémoires produits dans le cadre de contentieux juridictionnels,

- les arrêtés d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les arrêtés d'autorisation des établissements de santé,

- 123

[Signature]

- les arrêtés de suspension et de retrait d'autorisation sanitaire,
- les arrêtés de fermeture des établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- les arrêtés de placement sous administration provisoire des établissements de santé et des établissements et services sociaux et médico sociaux,
- les arrêtés de suspension d'exercice des professionnels de santé,
- les actes de nomination des directeurs d'établissement,
- la mise en œuvre des dispositions de l'article L.6122-15 du code de la santé publique relatives au redéploiement d'activités entre deux ou plusieurs établissements publics de santé (convention de coopération, groupement de coopération sanitaire, fusion),
- les marchés, conventions et engagements financiers d'un montant supérieur à 20 000 euros hors taxes,
- les injonctions et mises en demeure,
- les sanctions financières,
- les correspondances adressées au Président de la République, aux ministres, aux parlementaires, aux préfets, aux présidents des conseils généraux, au président du Conseil régional, aux agences nationales et aux autorités administratives indépendantes (à l'exception des correspondances relatives à la gestion courante ou aux relations de service).

Article 9 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Christian DUBOSQ, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie, la suppléance est assurée par Mme Françoise VAN RECHEM, Directrice Générale adjointe, qui a délégation à l'effet de signer, transmettre ou rendre exécutoires, tous actes ou décisions relatifs à l'exercice des missions du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie telles que fixées à l'article 118 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Article 10 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Christian DUBOSQ et de Mme Françoise VAN RECHEM, la suppléance est assurée par Mme Marie-Hélène BIDAUD, Directrice de la protection et de la promotion de la santé, qui a délégation à l'effet de signer, transmettre ou rendre exécutoires, tous actes ou décisions relatifs à l'exercice des missions du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie telles que fixées à l'article 118 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Article 11 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Christian DUBOSQ, de Mme Françoise VAN RECHEM, de Mme Marie-Hélène BIDAUD, la suppléance est assurée par M. Thierry VEJUX, Directeur délégué en charge du pilotage interne, de la communication et des affaires générales, qui a délégation à l'effet de signer, transmettre ou rendre exécutoires, tous actes ou décisions relatifs à l'exercice des missions du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie telles que fixées à l'article 118 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Article 12 :

La présente décision abroge la décision du 14 décembre 2011 portant délégation de signature de la directrice générale Adjointe chargée de l'intérim des fonctions de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie

Article 13 :

La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs des préfectures des départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise.

Fait à Amiens, le 9 Janvier 2012.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Picardie
Christian DUBOSQ



PRÉFET DE L'OISE

Arrêté du 9 janvier 2012 modifiant l'arrêté préfectoral du 24 septembre 2009 renouvelant la composition du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques

LE PREFET DE L'OISE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'environnement ;

Vu l'ordonnance 2004-637 du 1^{er} juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre ;

Vu l'ordonnance 2005-727 du 30 juin 2005 portant diverses dispositions relatives à la simplification des commissions administratives ;

Vu le décret 2006-665 du 7 juin 2006 modifié relatif à la réduction du nombre et à la simplification de la composition de diverses commissions administratives ;

Vu le décret 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif ;

Vu le décret 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements ;

Vu l'arrêté préfectoral du 3 août 2006 modifié instituant le conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques ;

Vu l'arrêté préfectoral du 16 août 2006, modifié les 22 novembre 2006, 15 octobre 2007, 2 juin 2008, 17 juin 2008, 6 janvier 2009, 6 mars 2009 et 27 avril 2009 fixant la composition du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques ;

Vu l'arrêté préfectoral du 24 septembre 2009 renouvelant la composition du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques, modifié les 2 novembre 2009, 29 décembre 2009, 4 janvier 2010, 8 janvier 2010, 10 mai 2010 et 18 août 2011 ;

Considérant l'arrêté du 4 août 2011 de l'agence régionale de santé de Picardie fixant la liste des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique pour la région Picardie et désignant M. Samid Aziz en qualité de coordonnateur dans l'Oise ;

Considérant en conséquence la nécessité de modifier l'arrêté préfectoral du 24 septembre 2009 renouvelant la composition du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques ;

Sur proposition du directeur départemental des territoires de l'Oise,

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} :

Les dispositions de l'article 1^{er} de l'arrêté préfectoral du 24 septembre 2009 modifié les 2 novembre 2009, 29 décembre 2009, 4 janvier 2010, 8 janvier 2010, 10 mai 2010 et 18 août 2011 sont modifiées comme suit :

« D) Personnalités qualifiées désignées en raison de leur compétence

-
- *Monsieur Samid Aziz, coordonnateur départemental des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique pour le département de l'Oise ou son représentant* »

Le reste sans changement.

ARTICLE 2 :

En application de l'article 2 de l'arrêté préfectoral du 24 septembre 2009 modifié, le membre ci-dessus désigné est nommé pour une durée de 3 ans à compter de la date de l'arrêté, soit jusqu'au 24 septembre 2012.

ARTICLE 3 :

Le secrétaire général de la préfecture de l'Oise est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Fait à Beauvais, le 9 janvier 2012

pour le préfet
et par délégation,
le secrétaire général,


Patricia WILLAERT



PREFET DE L'OISE

Direction départementale
des territoires

Service économie agricole

Arrêté préfectoral instituant l'appel à candidature pour le Point Info Installation de l'Oise

LE PREFET DE L'OISE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code rural et de la pêche maritime en son article D 343-21,

Vu le décret n°2009-28 du 9 janvier 2009 relatif à l'organisation du dispositif d'accompagnement à l'installation des jeunes agriculteurs,

Vu l'arrêté du 9 janvier 2009 relatif au plan de professionnalisation personnalisé prévu à l'article D 343-4 du code rural,

Vu le décret n°2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif,

Vu l'arrêté préfectoral du 19 mai 2009 portant sur la labellisation du Point Info Installation du département de l'Oise,

Sur proposition du directeur départemental des territoires de l'Oise,

Article 1er

Un appel à candidature est ouvert dans le département de l'Oise pour la labellisation du Point Info Installation pour une durée de trois ans. Les candidats doivent s'engager à appliquer et respecter le cahier des charges national joint au dossier de demande de labellisation.

Article 2

Le point Info Installation sera chargé d'accueillir toute personne souhaitant s'installer à court ou moyen terme en agriculture. Il informera les candidats sur toutes les questions liées à une première installation et aux différentes formes d'emploi et de formation en agriculture, ainsi que sur les conditions d'éligibilité aux aides à l'installation en agriculture, les conditions de mise en œuvre du plan de professionnalisation personnalisé et les possibilités de prise en charge des actions à réaliser dans le cadre de ce plan. Il proposera aux candidats les organismes techniques ou de formation susceptibles de les accompagner dans l'élaboration de leur projet. Le Point Info Installation étant ouvert à tous les publics, le candidat doit s'engager à assurer ses missions dans un service permanent de neutralité et d'équité de traitement des demandes, tant en terme d'accueil que de support de communication.

Article 3

Le dossier de demande de labellisation est à retirer auprès de la :

Direction Départementale des Territoires de l'Oise

Service Economie Agricole

29 Boulevard Amyot d'Inville

BP 20317

60 021 Beauvais Cedex

Article 4

Les dossiers sont à compléter et à retourner auprès du Service Economie Agricole de la direction départementale des territoires de l'Oise au plus tard un mois après la publication du présent arrêté.

Article 5

Les candidatures seront soumises à la consultation du Comité Départemental à l'Installation (CDI). Le préfet sur proposition du CDI et après avis de la Commission Départementale d'Orientation de l'Agriculture (CDOA) labellisera une structure départementale en tant que Point Info Installation.

Article 6

Le secrétaire général de la préfecture de l'Oise et le directeur départementale des territoires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté au recueil des actes administratifs de la préfecture.

A Beauvais, le 10/01/2012

Pour le préfet et par délégation

Le directeur départemental adjoint des territoires,

Thierry LATAPIER-BAYROO



PREFET DE L'OISE

Direction départementale
des territoires

Service économie agricole

Arrêté préfectoral Instituant l'appel à candidature pour le Centre d'Elaboration du Plan de Professionnalisation Personnalisé de l'Oise

LE PREFET DE L'OISE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code rural et de la pêche maritime en son article D 343-1,

Vu le décret n°2009-28 du 9 janvier 2009 relatif à l'organisation du dispositif d'accompagnement à l'installation des jeunes agriculteurs,

Vu l'arrêté du 9 janvier 2009 relatif au plan de professionnalisation personnalisé prévu à l'article D 343-4 du code rural,

Vu le décret n°2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif,

Vu l'arrêté préfectoral du 19 mai 2009 portant sur la labellisation du centre d'élaboration du plan de professionnalisation personnalisé du département de l'Oise,

Sur proposition du directeur départemental des territoires de l'Oise,

Arrête

Article 1er

Un appel à candidature est ouvert dans le département de l'Oise pour la labellisation du Centre d'Elaboration du Plan de Professionnalisation Personnalisé (CEPPP) pour une durée de trois ans. Les candidats doivent s'engager à appliquer et respecter le cahier des charges national joint au dossier de demande de labellisation.

Le Centre d'Elaboration du Plan de Professionnalisation Personnalisé (CEPPP) doit être un organisme de formation déclaré à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi ou une structure ayant une convention avec un organisme de formation.

Article 2

Le Centre d'Elaboration du Plan de Professionnalisation Personnalisé doit permettre à tout porteur de projet d'une installation en agriculture de bénéficier d'une assistance pour la réalisation du Plan de Professionnalisation Personnalisé (PPP) avec, entre autre, l'appui de deux conseillers, l'un conseiller «projet», et l'autre conseiller «compétences».

Le Plan de Professionnalisation Personnalisé est un document co-signé par le candidat et les deux conseillers. Il donne lieu à des préconisations de formations dont certaines doivent être réalisées avant l'installation et deviennent donc obligatoires pour le candidat souhaitant obtenir les aides de l'Etat.

Article 3

Le dossier de demande de labellisation est à retirer auprès de la :

Direction Départementale des Territoires de l'Oise

Service Economie Agricole

29 Boulevard Amyot d'Inville

BP 20317

60 021 Beauvais Cedex

Article 4

Les dossiers sont à compléter et à retourner auprès de la direction départementale des territoires de l'Oise - service économie agricole au plus tard un mois après la publication du présent arrêté.

Article 5

Les candidatures seront soumises à la consultation du Comité Départemental à l'Installation (CDI). Le préfet sur proposition du CDI et après avis de la Commission Départementale d'Orientation de l'Agriculture (CDOA) labellisera une structure départementale en tant que Centre d'Elaboration du Plan de Professionnalisation Personnalisée.

Article 6

A titre indicatif, le fonctionnement du Centre d'Elaboration du Plan de Professionnalisation Personnalisée (CEPPP) bénéficiera d'aides du Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du Territoire, réparties chaque année par la Direction Régionale de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt de Picardie entre les différents départements de Picardie. La Direction Départementale des Territoires de l'Oise établira une convention avec le Centre d'Elaboration du Plan de Professionnalisation Personnalisée (CEPPP) précisant le nombre de PPP qui pourra être financé sur la base d'un coût unitaire de 500,00 €.

Article 7

Le secrétaire général de la préfecture de l'Oise et le directeur départemental des territoires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

A Beauvais, le

10/01/2012

Pour le préfet et par délégation

Le directeur départemental adjoint des territoires,

Thierry LATAPIE-BAYROO

- 132



PREFET DE L'OISE

Direction départementale
des territoires

Service économie agricole

**Arrêté préfectoral
instituant l'appel à proposition pour la réalisation du stage collectif 21 heures dans le cadre du
Plan de Professionnalisation personnalisée**

LE PREFET DE L'OISE
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le code rural et de la pêche maritime en son article D 343-21,

Vu le décret n°2009-28 du 9 janvier 2009 relatif à l'organisation du dispositif d'accompagnement à l'installation des jeunes agriculteurs,

Vu l'arrêté du 9 janvier 2009 relatif au plan de professionnalisation personnalisé prévu à l'article D 343-4 du code rural,

Vu le décret n°2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif,

Vu l'arrêté préfectoral du 19 mai 2009 portant sur la labellisation de l'organisme retenu pour le stage collectif 21 heures dans le département de l'Oise,

Sur proposition du directeur départemental des territoires de l'Oise,

Arrête

Article 1er

Un appel à proposition est ouvert dans le département de l'Oise auprès d'organismes de formations déclarés à la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) pour la définition du contenu et des modalités pédagogiques du stage collectif de 21 heures ainsi que pour sa réalisation.

Article 2

Le stage collectif de 21 heures fait partie intégrante du plan de professionnalisation personnalisé. Il doit permettre au candidat à l'installation de repérer où sont les ressources qui lui permettront de finaliser son projet d'installation.

Article 3

Le stage collectif doit aborder d'autres dimensions d'un projet d'installation que la seule dimension économique et financière en vue de l'établissement de son plan de développement de l'exploitation (PDE). Le stage collectif doit aider le jeune à réfléchir sur son projet à travers des échanges avec les autres candidats afin qu'il s'approprie complètement son projet. Il doit permettre aux candidats qui souhaitent réaliser un PDE de savoir où sont les ressources et quelles sont les étapes à suivre en vue d'une demande d'aides publiques.

A ce titre, lors du stage collectif, le candidat pourra prendre connaissance du document à renseigner pour établir son PDE. Prioritairement, le stage collectif doit permettre à chaque porteur de projet de devenir acteur de son propre projet et de se donner les moyens de le mener à bien.

- 132

Le stage doit être l'occasion pour le candidat de réfléchir sur l'insertion de l'exploitation dans son territoire et ne pas se limiter à des présentations d'acteurs qui n'auraient pas d'autres objectifs que de promouvoir leurs services et leurs actions.

Les objectifs doivent porter sur les axes suivants :

- enrichir une vision intégrée du territoire et faire le lien avec son projet d'installation,
- identifier les différentes étapes de la démarche de création d'entreprise ainsi que tous les interlocuteurs institutionnels ou professionnels qui jalonnent cette démarche,
- confronter son pré-projet avec celui d'autres candidats à l'installation ou avec des professionnels pour approfondir ou faire évoluer ses choix en matière de système de production,
- se familiariser avec l'organisation d'une ou de quelques filières correspondant aux productions agricoles envisagées.

Le stage collectif obligatoire préparatoire de 21 heures à l'installation doit être l'occasion de rassembler des porteurs de projets d'horizons très différents, qui s'inscriront, selon le cas, dans des démarches visant à obtenir les aides de l'Etat et/ou des collectivités territoriales.

Les différents intervenants devront être en capacité de faire des présentations synthétiques et permettant de faire le lien entre les différents acteurs du territoire et de l'agriculture.

Article 4

A l'aide d'un dossier délivré par la direction départementale des territoires de l'Oise - service économie agricole, une proposition détaillée de la mise en place et du contenu du stage collectif est à rédiger. Le dossier est à retirer auprès de la :

Direction Départementale des Territoires de l'Oise
Service Economie Agricole
29 Boulevard Amyot d'Inville
BP 20317
60 021 Beauvais Cedex

La proposition doit tenir compte des objectifs définis à l'article 3 du présent arrêté et doit s'appuyer sur la circulaire DGPAAT/SDEA/C2009-3004 du 23 janvier 2009.

Les candidatures sont à retourner au plus tard un mois après la publication du présent arrêté.

Article 5

Les candidatures seront soumises à la consultation du Comité Départemental à l'Installation (CDI). Le préfet sur proposition du CDI et après avis de la Commission Départementale d'Orientation de l'Agriculture (CDOA) retiendra les organismes de formation qui réaliseront le stage 21 heures.

Article 6

La direction départementale des territoires de l'Oise établira une convention avec les organismes de formation retenus. Le montant de l'indemnité au titre du stage collectif de 21 heures est fixé à cent vingt euros pour chaque stagiaire ayant suivi l'intégralité du stage.

Article 7

Le secrétaire général de la préfecture de l'Oise et le directeur départemental des territoires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

A Beauvais, le 10/01/2012

Pour le préfet et par délégation
Le directeur départemental adjoint des territoires,

Thierry LATAPIE-BAYROO

