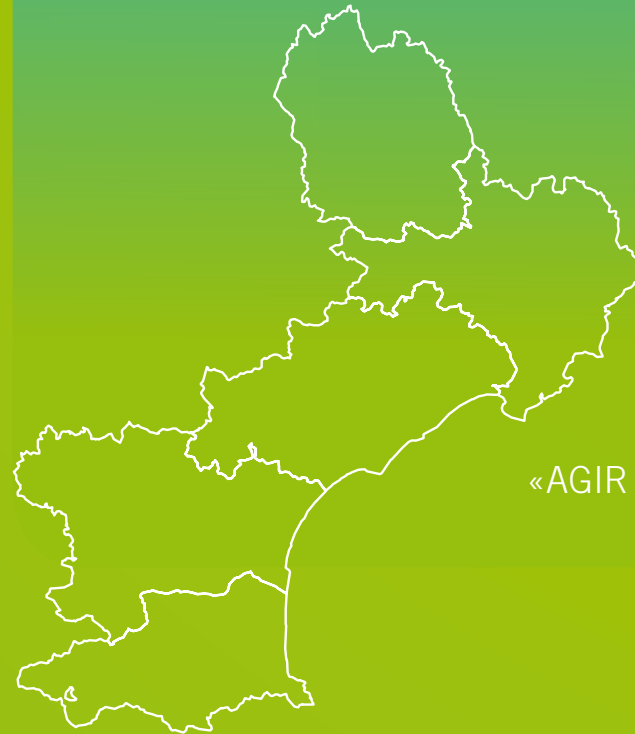


ouvrir ici

PSRS

PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ



«AGIR ENSEMBLE POUR LA SANTÉ DE TOUS
EN LANGUEDOC-ROUSSILLON»

«Il faut agir en homme de pensée et penser en homme d'action»
Henri Bergson

SOMMAIRE

Les ambitions du Plan Stratégique Régional de Santé Agir ensemble pour la santé de tous en Languedoc-Roussillon : le mot du Directeur Général de l'ARS.....	5
Introduction : Un Plan stratégique, pourquoi, comment ?	6
1. Les éléments de diagnostic et de prospective : le Languedoc Roussillon, des contrastes qui recèlent de fortes opportunités	11
1.1. Une région attractive, des résultats de santé contrastés pour une offre de santé importante, un réel potentiel pour faire face aux enjeux de santé de demain	11
1.2. Des territoires disparates où s'exercent des forces centrifuges	20
1.3.1. Les transitions socio démographiques, épidémiologiques et technologiques, les enjeux du maintien d'un financement solidaire	20
1.3.2. Les signes émergents : l'évolution des métiers de la santé et des attentes sociales des usagers	21
2. Le choix de priorités qui donneront sens aux enjeux identifiés par l'ARS	25
2.1. Les cinq principes d'action de l'ARS	26
2.1.1. Déplacer le centre de gravité du système vers des enjeux de Santé Publique favorisant une démarche préventive, une organisation des soins de ville et le soutien à domicile	26
2.1.2. Porter la qualité et la sécurité en exigence permanente	26
2.1.3. Accroître la performance pour garantir les acquis solidaires et inscrire toutes les actions dans une logique de gestion du risque	26
2.1.4. Faire des nouvelles technologies et du système d'information le levier majeur des transversalités et des nouveaux modes de prise en charge (dossier patient, télésanté, bases de données et observatoires	27
2.1.5. Faire vivre et animer une démocratie sanitaire participative au niveau régional et local	27
2.2. Cinq exigences opérationnelles	27
2.2.1. Accessibilité : Faire progresser régulièrement le système de santé régional sans pour autant creuser les écarts entre les populations dans le souci de contribuer à réduire les inégalités de santé	28
2.2.2. Qualité-Efficacité : Promouvoir des modes de prise en charge répondant aux enjeux de chronicité des maladies et de la dépendance	28
2.2.3. « Évitable » : Intervenir précocement et de façon adéquate	28
2.2.4. Pertinence : Accroître la performance dans les parcours de santé	29
2.3. Ces exigences pourraient trouver leur déclinaison en cinq domaines prioritaires	29
2.3.1. Maladies chroniques : Promouvoir des modes de prise en charge répondant aux enjeux de chronicité et de dépendance	29
2.3.2. Comportements favorables à la santé : Mettre en place précocement une politique de promotion de la santé	30
2.3.3. Parcours en santé mentale : Éviter les ruptures de parcours chez les adolescents et les jeunes adultes	33
2.3.4. Dépendance et handicap : Prévenir le passage vers la dépendance des personnes âgées, accompagner et intégrer les plus fragiles et celles qui sont porteuses d'un handicap	33
2.3.5. Dispositifs de sécurité et de prévention des risques	35
2.4. Sur toutes les priorités : améliorer la performance dans les parcours de santé et la coordination des acteurs	35
3. Vingt cinq préconisations opérationnelles autour des focus :	55
4. Méthodologie d'évaluation du PRS et facteurs clés de succès.....	63

Annexes

Les ambitions du Plan Stratégique Régional de Santé Agir ensemble pour la santé de tous en Languedoc- Roussillon : le mot du Directeur Général de l'ARS

Une vision, des choix, des actions

Pour répondre aux grands enjeux régionaux en matière de santé et construire une vision de l'avenir partagée avec d'autres partenaires, l'Agence régionale de santé souhaite définir et mettre en place un ensemble coordonné d'actions concourant à améliorer la santé de la population, à favoriser l'égalité devant la santé, et à proposer un système de santé toujours plus accessible et efficient.

Aux termes du décret du 18 mai 2010, cette ambition se matérialise dans un projet régional de santé composé d'un plan stratégique, de trois schémas (prévention et réponse aux risques sanitaires, organisation des soins, organisation médicosociale) et de programmes et contrats locaux de santé.

Le plan stratégique, parce qu'il détermine le sens de l'action de l'ARS et l'orientation qu'elle entend donner à l'organisation de la santé constitue une étape importante permettant de déterminer **des choix** et de se concentrer sur **l'action**.

Les choix supposent que nous donnions une intensité, un relief particulier à certains sujets sur lesquels nous allons concentrer nos ressources, ce qui n'exclut pas naturellement que l'ARS poursuive sur les métiers qui sont les siens, les actions du quotidien.



L'action ici et là dans nos territoires permettra de répondre à l'attente forte qui est celle des professionnels et des usagers du système de santé.

Le plan stratégique doit vivre au-delà de sa période d'élaboration. Il doit avoir des prolongements concrets dans la vie de nos concitoyens, il doit ouvrir les perspectives d'une véritable « mise en territoire » de notre projet régional de santé. Ces choix, ces actions reposent sur une **vision**, une vision de ce qu'est aujourd'hui le contexte régional, mais aussi une vision de l'avenir et des enjeux du système de santé à plus long terme.

C'est cette vision, ces choix et ces actions que je souhaite voir partager tant au sein de l'ARS qu'avec les institutions et partenaires qui ont contribué à la co-élaboration de ce plan stratégique régional de santé.

Martine Aoustin,
Directeur Général de l'ARS Languedoc Roussillon

Introduction : Un Plan stratégique, pourquoi, comment ?

Première « brique » du projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé marque les grandes orientations de la politique régionale.

A ce titre, il ouvre les **perspectives qui traceront les grandes tendances** des travaux, des schémas, des programmes, et des contrats locaux de santé.

Mais surtout, il a l'ambition de dessiner les contours de **l'action territoriale** de l'ARS, au plus près des populations, toute stratégie n'ayant d'intérêt que mise en œuvre.

Fruit d'une large concertation auprès des instances de la Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie, il a été conçu autour de deux partis pris qui façonnent la hiérarchisation de nos priorités :

- **le premier, est celui de la convergence des acteurs publics.** Considérant que l'amélioration de la santé ne se résume pas aux seules interventions de l'ARS, il s'agit de fédérer la participation des acteurs du monde de la santé, notamment des professionnels pour trouver les leviers et les moyens d'une offre de soins et plus globalement de santé pérenne et efficace. Il s'agit aussi, véritablement, de **positionner la santé dans les politiques publiques régionales.** La conception de projets, d'actions territorialisées, et la mobilisation en commun de financements constituent aujourd'hui une façon d'atteindre plus efficacement des résultats qui ne pourraient l'être isolément par chacun des acteurs intervenant dans ces domaines.

- **le second, est celui d'une démarche participative.** Soucieuse des points de vue des élus et des usagers dans le cadre d'une **démocratie sanitaire vivante**, l'ARS souhaite que les orientations ainsi que l'évaluation de l'impact de l'évaluation de l'impact de son action soit

aussi portée par les personnes auxquelles s'adressent les services qu'elle conçoit.

La méthode : une approche rigoureuse et concertée

La démarche qui a conduit à l'élaboration de ce diagnostic a été lente et progressive, nourrie par la concertation menée avec les acteurs, qui ont bénéficié des documents de travail élaborés par l'Agence régionale de Santé.

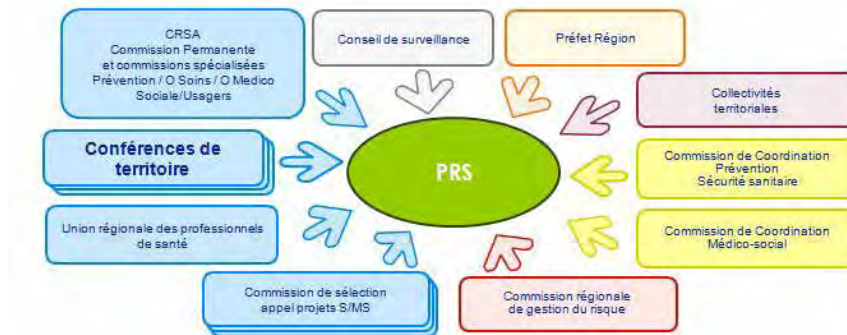
Elle a débuté en septembre 2010 avec la publication d'un **Atlas régional**, et s'est poursuivie avec une **enquête auprès des 1 545 maires** de la région (823 maires ont répondu à cette consultation représentant environ 1 640 000 habitants, soit 63% de la population régionale), puis elle s'est à nouveau enrichie des **diagnostics territoriaux** qui doivent encore être complétés par les conférences de territoires installées en janvier 2011. Tous ces documents, travaux préparatoires et contributifs au plan stratégique régional de santé sont accessibles sur le site internet de l'ARS :

<http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante>.

Enfin, afin d'étayer les étapes décisionnelles, les remontées de la concertation ont été confrontées aux données épidémiologiques ;

L'ARS a conduit une analyse objective large : indicateurs sociaux et d'état de santé (données de mortalité, mortalité prématurée, morbidité) permettant de situer le Languedoc Roussillon par rapport aux autres régions françaises, puis de situer les cinq départements de la région par rapport aux autres départements de France. Cette analyse fait l'objet d'une annexe spécifique au Plan Stratégique Régional de Santé (annexe 3).

La volonté d'associer tous les acteurs



Toutes ces remontées des différents lieux de concertation ont été analysées au travers de deux critères (Importance et faisabilité) dans le but d'établir une hiérarchie des priorités.

Critères de priorisation	
Importance	
✓	Ampleur : prévalence et incidence= combien de personnes sont concernées
✓	Sévérité : mortalité, morbidité, incapacité, coûts directs et indirects
Faisabilité	
✓	Efficacité de l'intervention = sensibilité du problème à une action préventive ou curative==Résultats tangibles pour les populations bénéficiaires
✓	Faisabilité organisationnelle et financière: quels leviers l'ARS peut elle mobiliser (ressources humaines, financières, autorisations, systèmes d'information, contrôles) dans les étapes suivantes de construction des schémas, des programmes et des contrats locaux de santé
✓	Jonction possible avec d'autres politiques publiques pour augmenter l'efficacité de la politique de l'ARS (partenariats à rechercher dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques et de la commission régionale de gestion du risque)
✓	Evaluation possible de l'impact de l'action menée, ce qui suppose que l'on dispose de référentiels

C'est l'ensemble de ces éléments qui ont permis de cheminer collectivement vers le diagnostic puis vers l'esquisse et la définition de priorités et qui ont été confrontés à une analyse de faisabilité.

Comme prévu réglementairement, le PSRS a été soumis à la concertation le 15 février 2011 pour une période de six semaines.

Dans le même temps, un questionnaire ouvert au grand public aux professionnels, aux institutions et aux partenaires a été mis en ligne sur le site de l'ARS afin de recueillir avis et contributions.

Il faut souligner, malgré les délais très contraints pointés par tous :

- les apports de la **concertation** menée dans le cadre de la CRSA, tant par la commission permanente que par les commissions spécialisées.
- les **contributions et propositions** qui, sous l'égide des commissions de coordination des politiques publiques ou de la commission régionale de gestion du risque, ont fait émerger **les points de convergence entre les partenaires** de l'ARS.
- les remarques des **conférences de territoires** permettant de mettre en lumière les spécificités locales
- les contributions écrites de nombreux partenaires (conseillers généraux, URPS médecins libéraux, associations d'usagers, URFNI infirmiers libéraux, plateforme inter-associative des privés non lucratifs, fédérations, Assurance maladie, services de l'Etat...)

Une synthèse de l'ensemble des avis recueillis sur le site ainsi que des contributions reçues figure en annexe 1.

La CRSA s'est réunie le 28 mars dernier en formation plénière et a formulé un avis favorable sur le PSRS assorti d'observations et de recommandations (cf. annexe 4).

Le conseil de surveillance examine le document le 19 avril 2011.

Le présent document est le fruit de cet enrichissement collectif. Loin d'être figé, il dégage les perspectives, affirme les ambitions et pointe les efforts à mener.

C'est tout naturellement donc qu'il autorise aujourd'hui la conduite des schémas et programmes qui devront en garantir les principes en même temps qu'en exiger la traduction opérationnelle sur les territoires.

S'appuyant sur cette volonté de partir de l'individu, la démarche devient transversale, centrée sur le parcours de santé, impliquant coordination, adéquation et exigence de qualité et de sécurité au meilleur coût.

Le plan stratégique régional s'articule désormais autour de quatre parties :

- Un diagnostic partagé sur la situation de la région et des territoires de santé, complété d'une réflexion prospective.
- Des propositions de priorités d'action (focus) qui donnent sens aux enjeux identifiés par l'ARS.
- Des préconisations permettant d'éclairer les focus
- Des modalités d'évaluation du projet régional de santé et leurs facteurs clés de succès.

01

Les éléments de diagnostic et de prospective :
le Languedoc Roussillon, des contrastes
qui recèlent de fortes opportunités

1. Les éléments de diagnostic et de prospective : le Languedoc Roussillon, des contrastes qui recèlent de fortes opportunités

1.1. Une région attractive, des résultats de santé contrastés pour une offre de santé importante, un réel potentiel pour faire face aux enjeux de santé de demain

La région se caractérise par une forte croissance démographique mais aussi un fort indice de vieillissement qui doivent conduire à des réflexions innovantes en matière de prise en charge de la dépendance notamment.

Un fort dynamisme démographique

Avec 2,5 millions d'habitants, la région Languedoc Roussillon occupe le 8^{ème} rang des régions et représente 3,9 % de la population de la France métropolitaine. L'espace rural couvre 71% du territoire, 65% des communes et seulement 30% de la population.

L'essentiel de la population se concentre sur l'arc littoral : 1 personne sur 3 vit au sein des communautés d'agglomération de Montpellier, Nîmes et Perpignan.

Malgré l'infléchissement prévisible de l'évolution de son solde migratoire, le Languedoc Roussillon maintiendra la forte croissance démographique qui le caractérise (voir données démographiques en annexe 2).

D'ici 2040, la population de la région s'élèverait à 3 291 000 habitants et progresserait de + 0,8 % par an soit

deux fois plus vite que la moyenne nationale. Les migrations interrégionales resteraient le principal moteur de cette évolution tandis que le solde naturel se détériorerait avec l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom.

La région LR n'échappe pas à la tendance générale du vieillissement

Ce vieillissement affecte inégalement les territoires : les Pyrénées Orientales, l'Aude et la Lozère sont les départements dont l'indice de vieillissement est déjà l'un des plus élevés de France. Selon les prévisions de l'INSEE, le Languedoc Roussillon (+79%) serait avec les Pays de la Loire (+89%) l'une des deux régions où la population des 60 ans et plus croîtra le plus (+67 % en moyenne nationale) sous l'effet conjugué de la dynamique démographique globale et de la forte attractivité aux âges de la retraite. D'ici 2040, les plus de 60 ans représenteraient 35 % de la population totale du Languedoc-Roussillon contre 25 % en 2007. Les personnes âgées de 80 ans et plus connaîtraient la plus forte croissance. En 2040, elles représenteraient 11 % de la population languedocienne contre moins de 6 % en 2007.

Les migrations façonnant le rythme du vieillissement, il faut prendre en compte dans notre région un solde migratoire positif qui induira, la présence de personnes âgées ne disposant pas forcément d'un soutien familial de proximité. Lié à ce vieillissement, le nombre de personnes ne pouvant plus accomplir seules les gestes de la vie quotidienne, comme s'habiller ou faire sa toilette, va également progresser. A l'horizon 2015, la dépendance concernerait 47 300 personnes, soit 6,3 % de la population des 60 ans ou plus.

Le Languedoc Roussillon dispose, contrairement à d'autres régions d'un potentiel de population active, qui, sous réserve de formation pourrait assurer les métiers de demain, liés à la dépendance

Facteur positif pour notre région, le rythme régional de croissance de la population active serait le plus élevé de France. Ceci permet d'envisager (compte tenu du potentiel de main d'œuvre) des solutions innovantes de prise en charge et de services à la personne.

La prégnance d'une précarité qui ne cesse de progresser, et qui est un trait dominant de tous les territoires, dans un contexte de faible emploi nous interpelle sur l'enjeu de l'accessibilité qu'elle soit financière géographique ou sociale.

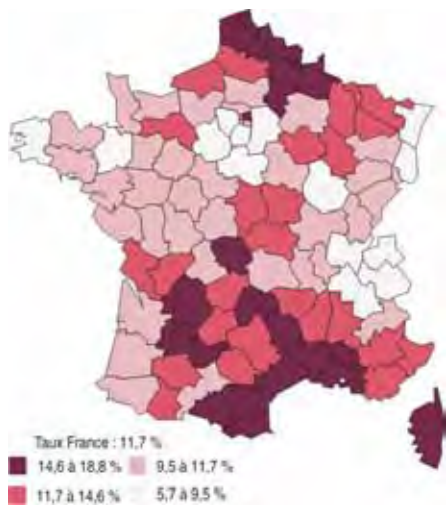
La précarité, concentrée dans les villes, n'épargne pas l'arrière pays.

Elle touche toutes les tranches d'âge.

1 enfant sur 4 vit en dessous du seuil de pauvreté, près de ¼ des 20-24 ans vit en dessous du seuil de pauvreté, 60% des seniors qui partent à la retraite en Languedoc Roussillon n'ont plus d'emploi et souvent de faibles niveaux de pensions.

Les populations pauvres de la région (et en particulier dans le Gard) ont un niveau de vie inférieur aux populations pauvres de France métropolitaine.

Taux de pauvreté par département



	Taux de pauvreté* (%)	Taux de pauvreté des enfants 0-17 ans (%)	Niveau de vie médian (en €)	Intensité** de la pauvreté (%)
Aude	20,0	28,2	15 983	20,0
Gard	18,7	26,4	16 661	21,0
Hérault	18,0	24,8	17 089	20,0
Lozère	16,6	19,2	16 829	17,9
Pyrénées Orientales	19,8	28,9	16 301	19,8
Languedoc-Roussillon	18,7	26,2	16 667	20,2
France métro.	13,4	18,8	18 164	18,1

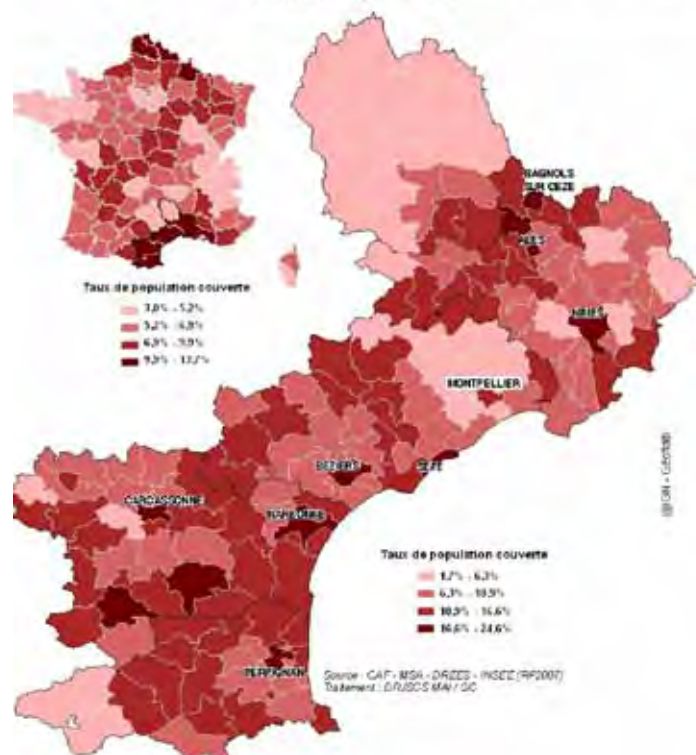
Source : INSEE, RDL2007

* seuil de pauvreté en 2007 : 908€ par unité de consommation

** lecture : le niveau de vie médian de la population pauvre est 20,2% en dessous du seuil de pauvreté contre 18,1% en France métropolitaine

11% de la population vit avec le RSA dans la région contre 7% au plan national. Pour cet indicateur, le département des Pyrénées-Orientales est le premier de France métropolitaine.

Pourcentage de la population couverte bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) au 31 décembre 2009 parmi la population âgée de 0 à 64 ans par canton et département



Les dernières estimations de l'INSEE pour 2010 confirment une tendance constante ces dernières années : le taux de chômage de Languedoc-Roussillon (12,6 %) est très supérieur à la moyenne nationale (9,3 %), quatre départements sur 5 figurant en tête des départements de France.

En mai 2010, 27 000 jeunes languedociens de moins de 25 ans étaient inscrits à Pôle emploi.

En 2007, 26% des jeunes de 20 à 24 ans n'ont aucun diplôme (contre 22% en France). Le retard scolaire en 3^{ème} est également plus important qu'en moyenne nationale. 19,5% des jeunes de moins de 26 ans sont suivis dans une des 17 missions locales de la région.

La part des salaires dans la composition totale des revenus est **la plus faible de France après la Corse**. A l'inverse, la part des retraites, pensions et rente est la plus forte de France. Le Languedoc Roussillon est la deuxième région pour les bénéficiaires de la CMUC. Avec les ayants droits, la population couverte par la CMUC représente 10,8 % de la population régionale contre 6,8 % en France métropolitaine.

Dans le même temps, les écarts de revenus et de niveaux de vie sont parmi les plus importants de France : 3 départements sur 5 figurent au top 20 des départements où le revenu moyen des plus riches est le plus haut de France.

Un niveau de vie parmi les plus bas chez les salariés

Indicateurs de dispersion du revenu salarial annuel régional									
en euros par salarié									
Année 2008 - Languedoc-Roussillon									
	Total			Hommes			Femmes		
	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Cadres	23 118	31 891	43 271	25 465	34 658	46 752	19 360	27 311	35 780
Professions intermédiaires	15 241	20 438	25 759	16 800	21 965	27 493	13 777	19 045	23 969
Employés	7 896	13 212	16 847	9 030	14 843	18 364	7 619	12 533	16 238
Ouvriers non qualifiés	5 710	10 738	14 674	6 615	11 976	15 475	4 418	8 289	12 517
Ouvriers qualifiés	12 135	16 107	19 545	12 514	16 327	19 734	7 621	12 903	16 495
Total	10 111	15 640	21 058	12 150	17 079	23 036	8 574	14 059	18 847

Source Insee, Dads

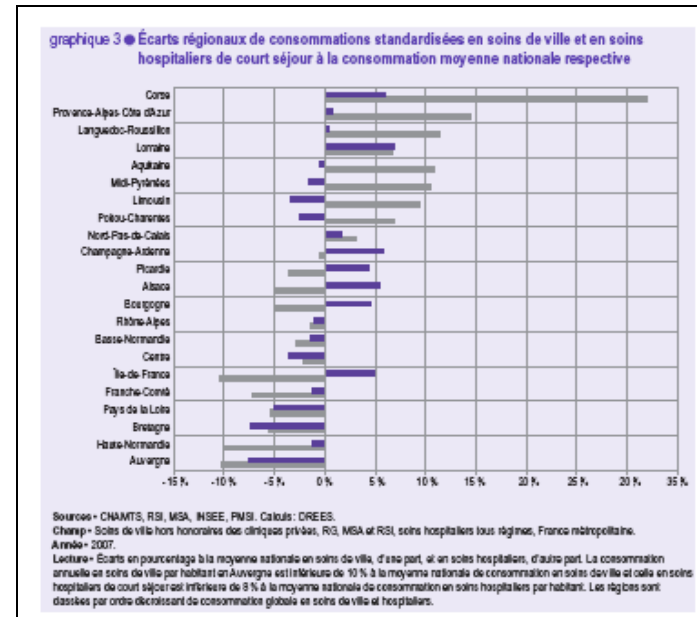
Une consommation et une offre de soins qui situent la région au dessus de la moyenne nationale ; pour autant, les résultats et l'état de santé de la population restent dans la moyenne (espérance de vie), voire se dégradent sur certains indicateurs (mortalité prématurée évitable de la femme) Ce constat appelle une optimisation de l'organisation de la santé sur la région.

L'écart de consommation de soins en Languedoc Roussillon est supérieur à la moyenne nationale tant pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers.

Cette surconsommation porte essentiellement sur la chirurgie (+ 6 % de séjours dont 50% liés à la cataracte). On observe aussi +19% liés aux endoscopies réalisées en ambulatoire.

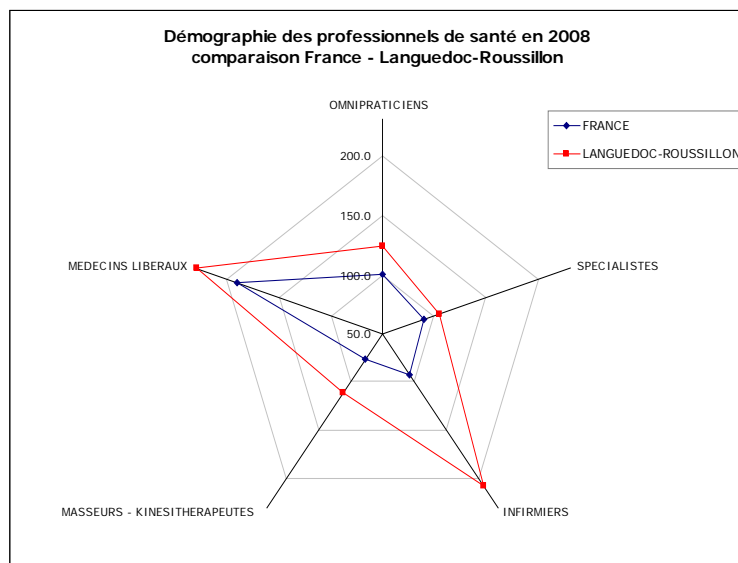
Le taux de recours régional est aussi supérieur au taux national médian pour la neurologie médicale et les endoscopies bronchiques et ORL.

Cette surconsommation s'exprime surtout sur les territoires à forte densité d'offre (Hérault et Pyrénées Orientales).



L'offre (libérale comme hospitalière) est inégalement répartie entre une zone littorale globalement bien pourvue et un arrière pays où une politique volontariste s'impose pour maintenir la continuité des soins.

La région se distingue par une densité supérieure au niveau national pour tous les professionnels de santé (3^{ème} densité médicale en France) mais 49 % des omnipraticiens sont âgés de 55 ans et plus. La densité en infirmiers libéraux s'élève à 235 pour 100 000 habitants en 2008, soit plus du double de celle de la France métropolitaine. La région compte 3 030 médecins généralistes libéraux actifs soit un médecin généraliste pour 845 habitants.



La région Languedoc Roussillon est touchée plus tôt que beaucoup d'autres régions par le vieillissement de ses professionnels de santé amenant à des perspectives défavorables à l'horizon 2030. Ceci ne tient pas compte du fort pouvoir attractif que garde le Languedoc-Roussillon pour les professionnels.

L'action de l'Agence devra s'exercer dans trois directions principales :

- Réguler au mieux le nombre de professionnels dans les différentes disciplines et spécialités en évitant de « vider » d'autres régions en proie à des difficultés plus criantes encore et en tirant parti de son fort appareil de formation.
 - o L'action conjointe avec l'Université sur l'internat et la régulation des spécialités comportera cette dimension prospective

- o Les formations avec les partenaires seront engagées dans cette perspective en bénéficiant des préconisations de la commission régionale des professions de santé (CRDPS).

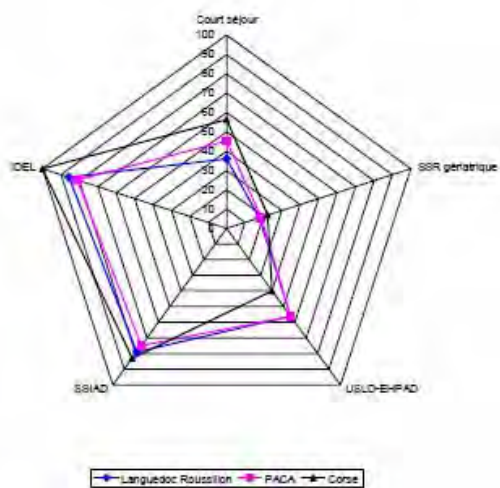
- Jouer de tous les leviers permettant de garantir la couverture des territoires les moins favorisés (exercices pluri-professionnels, mesures incitatives, solidarité des professionnels du littoral avec leurs confrères de l'arrière pays. Ces mesures doivent être mises en œuvre sans attendre dans les zones rurales où la désertification est déjà avérée. Une meilleure coopération entre professionnels de santé doit permettre d'assurer la continuité des soins, une permanence des soins optimale notamment dans le domaine de la réponse à l'urgence vitale.
- Accompagner l'évolution des conditions d'exercice et des nouveaux métiers.
L'ARS devra encourager des modèles d'organisation innovants favorisant l'intégration des services offerts aux usagers. Tout en continuant à s'appuyer sur les professionnels de santé existants, elle sera attentive aux nouveaux métiers notamment liés à la dépendance, au handicap et aux maladies chroniques.
Dans ce cadre, elle s'articulera avec ses partenaires compétents dans le domaine de la formation (Conseil régional et DRJCS notamment).

La région bénéficie d'une offre hospitalière globalement restructurée qui se distingue par :

- Une représentation forte **du secteur privé** dans lequel les grands groupes régionaux sont dominants et représentent 70 % de la chirurgie, 50 % des accouchements (situation nationale à 27 %), 50 % de la psychiatrie, de façon atypique.
- **Un secteur public** qui depuis début 2008 a repris des parts de marché et maille harmonieusement le territoire
- **Deux CHU** à moins de 50 km et qui doivent développer de meilleures synergies notamment en matière de recherche

Le taux d'équipement en lits de chirurgie et en lits de soins de suite et réadaptation est plus élevé que la moyenne nationale ; pour ces derniers, la répartition géographique des lits répond imparfaitement aux besoins de la population. Il faut souligner en chirurgie un taux de recours régional supérieur de plus de 7% au taux médian national.

Le taux d'équipement en lits de médecine et en lits de soins de longue durée reste inférieur à la moyenne nationale. Le profil d'organisation de la filière gériatrique fait apparaître un faible taux de court séjour. Inversement, l'offre en SSIAD et en infirmiers libéraux est importante, impliquant une réflexion en termes de coordination des professionnels et des différents dispositifs de prise en charge.



- Le nombre de lits de court séjour gériatrique par habitant de plus de 75 ans
- Le nombre de lits de soins de suite gériatriques par habitant de plus de 75 ans
- Le nombre de places en USLD et EHPAD par habitant de plus de 75 ans
- Le nombre de places de SSIAD par habitant de plus de 75 ans
- Le nombre d'infirmiers et infirmières libéraux par habitant de plus de 75 ans

La région compte 4 800 places offertes par les SSIAD, affichant un taux d'équipement en places de SSIAD qui dépasse maintenant la moyenne nationale. Leurs capacités de prise en charge ont augmenté de 57% entre 2004 et 2009.

Le taux d'équipements médico-sociaux pour personnes âgées et pour enfants handicapés est en-dessous de la moyenne nationale. A contrario, le taux d'équipement pour adultes handicapés est au-dessus de la moyenne nationale, en raison du poids historique de la Lozère forte d'une tradition d'accueil de handicapés originaires d'autres régions.

De fortes disparités départementales sont toutefois à noter : hormis la Lozère et l'Aude, les départements de la région affichent des taux d'équipement en dessous du niveau national. L'Hérault est sous-équipé en ESAT tandis que les Pyrénées Orientales le sont en services d'aide à domicile.

La part des services dans l'offre globale d'équipement a augmenté (elle est de 22% en 2008 en hausse de 2,6 points) : SESSAD (Service d'Education et de Soins Spécialisés) facilitant l'intégration des enfants en milieu ordinaire, et SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social) notamment.

Une offre en prévention très dispersée, qui doit être structurée dans un souci d'amélioration de la qualité et de meilleure couverture territoriale

La région dispose d'un tissu important de structures, essentiellement associatives (environ 1 200) intervenant dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé. Cette offre importante ne doit pas masquer une grande dispersion et de fortes disparités territoriales dans l'accès à la prévention (zones montagneuses Cévennes, Gard, Lozère...).

Des dynamiques partenariales importantes sont déjà à l'œuvre avec les collectivités (conseil régional, conseillers généraux et caisses primaires d'assurance maladie) mais dans une moindre mesure avec les établissements de santé.

Les compétences des promoteurs sont variables et cette situation se double d'une absence de labellisation au vu de critères de formation et d'évaluation.

Aujourd'hui les actions développées portent surtout sur les adolescents et jeunes adultes (13-25 ans), les populations en situation de précarité, les femmes et les enfants dans le contexte de la grossesse et de la périnatalité, ainsi que les usagers de drogues

Au regard de l'offre, les résultats de santé stagnent et certains signaux d'alerte doivent être pris en compte

La situation sanitaire globale de la région reste dans la moyenne observée au plan national. Toutefois, ces dernières années un recul se vérifie dans de nombreux domaines.

Tumeurs et morts violentes sont les premières causes de mortalité identifiées avant 65 ans.

La fréquence des ALD est inférieure à la moyenne nationale pour le diabète, et les AVC ; elle est supérieure pour les maladies coronaires, l'hypertension artérielle et les affections psychiatriques de longue durée.

Le Languedoc Roussillon se distingue par une mortalité prématurée importante. La région se positionne en 18^{ème} position sur 22 régions pour la mortalité prématurée chez les hommes et en 17^{ème} position sur 22 chez les femmes.

La mortalité évitable reste élevée en région (108 décès pour 100.000 h contre 102,7 au niveau national chez les hommes sur la période 2005-2007). Le constat est particulièrement préoccupant chez la femme avec une diminution de 1,9 % au niveau national entre 2000 et 2007 pour une augmentation de 0,8 % en LR, le ratio étant de **32,2 décès pour 100.000 h** en LR et de 28,6 en France entière.

La **couverture vaccinale** est insuffisante, de même que la participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer.

La consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, cannabis) chez les jeunes de 17 ans est supérieure à la moyenne nationale.

Le recours à l'IVG est au-dessus de la moyenne nationale.

Pour l'infection par le VIH, la région reste parmi les plus touchées par l'épidémie, l'incidence chez les usagers de drogue représentant le double de l'incidence nationale.

Le dépistage bien que quantitativement important reste trop souvent tardif puisque 2/3 des nouveaux patients ont une indication de traitement dès le premier bilan et 1/5 en sont déjà au stade du SIDA.

L'accidentologie et la mortalité routière sont très au-dessus de la moyenne.

Cette situation globale milite en faveur d'une véritable coordination des politiques publiques pour promouvoir des comportements plus favorables à la santé, et plus largement une politique active de promotion de la santé.

L'importance des maladies chroniques (en particulier la maladie psychiatrique, le cancer et les maladies cardiovasculaires, le VIH et les hépatites), a été constamment soulignée dans les débats nés de la concertation. La complexité des prises en charge, les interactions entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social renvoient à une approche au plus près des besoins psycho-sociaux des personnes.

Les sujets des parcours de santé et de la coordination des prises en charge sont perfectibles et ont été soulignés comme tels par les commissions de la CRSA.

Une attention toute particulière s'impose pour les populations les plus vulnérables, en particulier lorsqu'elles relèvent de problématiques multiples, à la frontière de plusieurs dispositifs.

La région peut tirer parti de sa situation atypique (offre très supérieure à la moyenne nationale et mal répartie) pour en faire un terrain propice à des avancées en matière d'organisation des soins et de développement de nouveaux modes de prise en charge : répartition des rôles entre professionnels, réflexions sur les mobilités (politique en matière de transports, politique en matière de télésanté, soutien à l'arrière pays) mise en œuvre d'actions expérimentales sur le soutien des zones sur-dotées médicalement par rapport aux zones sous-dotées.

Les densités particulièrement élevées sur certains territoires, d'infirmiers ou de kinésithérapeutes, pourraient faciliter des évolutions de pratiques ou d'activités permettant de développer ou de créer de nouvelles prises en charge : accompagnement de patients chroniques, développement de l'éducation

thérapeutique, transfert d'activités ciblées vers des professionnels de santé en ville.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de créer les conditions d'une complémentarité et d'une coordination optimales entre les professionnels de santé, quelque soit leur lieu d'exercice.

Une attention à porter à la santé au travail

Les difficultés d'accès à l'emploi, un large secteur de travail dissimulé, un nombre élevé de petites et très petites entreprises au sein desquelles les questions de santé sont peu prises en compte, sont autant de facteurs qui influent sur les conditions de santé au travail des salariés.

Sont particulièrement concernés :

- les saisonniers que le travail soit déclaré ou non, les personnels du transport avec un turn-over important, le personnel nomade en national ou international,
- les populations non prises en compte par le système de santé au travail : les chômeurs, les personnes en recherche d'emploi, les apprentis, les intérimaires.

Des facteurs d'environnement et de risques particuliers qui nécessitent de renforcer les interventions partenariales et les dispositifs de veille d'alerte et de gestion de crise.

La région est exposée de manière récurrente au risque inondation : 585 000 personnes vivent en permanence en zone inondable soit près de 26 % de la population.

Elle est également concernée par des teneurs anormales en pesticides sur certains territoires dont les effets sur la santé à long terme sont encore aujourd'hui imparfaitement connus. Dans un certain nombre de petites communes la qualité de l'eau ne respecte pas les normes. Le problème des résidus médicamenteux (radio-

isotopes, traitements hormonaux retrouvés dans les eaux d'écoulement constitue une sérieuse préoccupation).

Concernant les sols et sites pollués, des points très ciblés sont l'objet d'une surveillance rapprochée.

Dans la région, 138 000 logements sont potentiellement indignes.

En synthèse, la région en quelques traits :

Forces

- Une région attractive
- Une offre de soins abondante
- Des indicateurs de santé proches de la moyenne nationale
- Des Universités et organismes de recherche reconnus
- Un appareil de formation important

Faiblesses

- Des résultats de santé qui se dégradent
- Une répartition de l'offre de soins déséquilibrée entre littoral et arrière pays
- Des comportements à risque et des comportements de santé préventive à améliorer compte tenu de leur impact sur la mortalité prématurée
- Des problèmes d'accessibilité financière qui se majorent

Opportunités

- Une recomposition des organisations de santé bien avancée
- Un potentiel d'innovation dans les prises en charge et pratiques lié à l'importance de la densité des professionnels de santé
- Un potentiel de population active, qui, sous réserve de formation pourrait assurer les métiers de demain, liés à la dépendance au regard de la population âgée

Menaces

- Des territoires disparates où s'exercent des forces centrifuges
- Une précarité préoccupante dans un contexte de faible emploi
- De fortes inégalités de santé
- Une recherche éclatée ; faibles tailles critiques et pauvreté du tissu industriel
- Une réelle exposition à des risques naturels : inondations, émergence d'arbovirose

1.2. Des territoires disparates où s'exercent des forces centrifuges

L'analyse par territoires fait apparaître (Voir annexe 2 sur territoires) :

- Des traits communs qui suivent les dominantes régionales :
 - Précarité et faible emploi,
 - Inégale répartition de l'offre entre littoral et arrière pays.
- Des traits spécifiques à chaque territoire mis en évidence lors des conférences de territoires conduisent à adapter localement les priorités. Cette adaptation se traduira notamment dans la déclinaison du plan stratégique en schémas et programmes correspondant à ces enjeux spécifiques.

Forte d'identités locales marquées, la région n'échappe pas au jeu des attractions qui s'expriment naturellement par sa géographie vers les régions voisines (Massif Central, Catalogne, Midi-Pyrénées, PACA)
 Cette configuration particulière de la région crée quelques situations spécifiques en termes de planification de recours aux soins et de prise en charge des frais de transport.

1.3. Des tendances lourdes et des signes émergents

Le secteur de la santé continuera d'être confronté à des défis et des évolutions majeures qui ne peuvent être occultés, même si aujourd'hui leur impact n'est pas perceptible ou ne peut être mesuré avec certitude.

1.3.1 Les transitions socio démographiques, épidémiologiques et technologiques, les enjeux du maintien d'un financement solidaire

Quatre tendances lourdes apparaissent déjà clairement :

Le poids de la contrainte économique et les enjeux du maintien d'un financement solidaire

L'augmentation des dépenses de santé pèse massivement sur les dépenses globales de protection sociale dans un contexte de croissance faible. Afin de préserver la «soutenabilité» de notre système de solidarité, l'exigence d'efficacité est désormais une donnée avec laquelle les professionnels de santé et les structures doivent composer.

La santé, à la fois coût pour la collectivité et investissement porteur de croissance économique reste néanmoins l'un des secteurs auquel les Français sont le plus attachés.

Typologie des éléments du pacte social français selon le degré d'attachement et souhait de changement



Les évolutions socio-démographiques font du vieillissement et de la précarité deux défis pour les systèmes de santé car ils influenceront fortement sur la demande de services et de santé.

La transition épidémiologique interpelle sur l'organisation du système de santé et notamment sur sa capacité à dépasser ses cloisonnements compte tenu de la place prédominante des maladies chroniques (IRC, troubles mentaux, perte d'autonomie, incapacités).

La transition technologique : l'évolution des techniques modifient les pratiques et modes d'exercice des professionnels de santé, ouvrent de nouvelles perspectives aux patients et font évoluer leurs attentes.

1.3.2. Les signes émergents : l'évolution des métiers de la santé et des attentes sociales des usagers

L'évolution en parallèle des progrès médicaux, des attentes, des représentations et de nouveaux comportements de la part des malades et des usagers (via les réseaux sociaux notamment) impactent fortement leur relation avec les professionnels de santé.

Les exigences des usagers du système de santé à être davantage associés aux réflexions et décisions les concernant, notamment en matière de sécurité et de qualité des prises en charge mais aussi leur coordination augmentent.

L'explosion des connaissances amène les professionnels à s'hyper-spécialiser alors que les besoins des patients sont de plus en plus ceux d'une prise en charge globale.

Parallèlement, l'innovation rapide amène de nouvelles perspectives :

- l'émergence d'une médecine prédictive et davantage personnalisée avec l'arrivée massive de la biologie moléculaire (génomique, analyse génétique).

- le génome délivrant des informations transversales à tout l'organisme, révolutionne aussi les frontières des spécialités d'organes qui fondent aujourd'hui l'enseignement de la médecine, tout en mettant de plus en plus en exergue les enjeux d'éthique.
- Enfin, de nouveaux modes d'exercice dessinent les contours des nouveaux métiers de la santé et leur subsidiarité.



02

Le choix de priorités qui donneront sens
aux enjeux identifiés par l'ARS

1. Le choix de priorités qui donneront sens aux enjeux identifiés par l'ARS

Définir les priorités de santé pour la région implique de s'accorder sur le périmètre retenu :

Ce que n'est pas le PSRS

- La somme des missions et des activités de l'ARS qui se poursuivent et obéissent souvent à des exigences réglementaires
- Un catalogue de trop nombreuses priorités
- Un amalgame de principes et de méthodes qui ne trouveraient pas de déclinaison opérationnelle

Ce qu'est le PSRS

- Partager une vision, perceptible des acteurs et solidement étayée de données objectives
- Positionner les enjeux de Santé dans le champ des politiques publiques régionales (inter-sectorialité)
- Être moteur de l'innovation et de stratégies expérimentales
- Prendre en compte la diversité des territoires dans des projets et des contrats locaux de santé

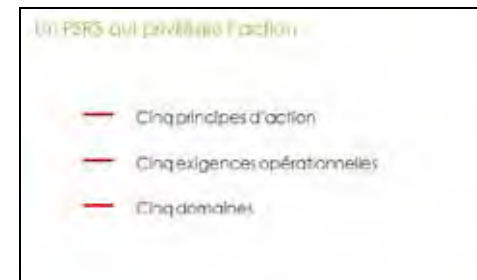
Les priorités définies par l'ARS Languedoc Roussillon constituent l'aboutissement d'un long travail d'analyse mené dans la plus large concertation possible avec les acteurs régionaux et ont été retenues sur deux critères : importance et faisabilité. Elles permettent, sans occulter l'ensemble des missions qui sont dévolues à l'Agence et qui ont vocation à être confortées, de mettre en exergue des sujets qui nécessitent, au regard du diagnostic, qu'une attention leur soit apportée.



Ce travail de concertation mené par l'ARS a permis de faire émerger de manière convergente deux enjeux principaux : **l'amélioration de l'accessibilité et la performance organisationnelle du dispositif de santé** autour desquels les thématiques prioritaires ont donc été organisées.

Trois grands objectifs ont sous-tendu ces choix :

- Mettre en œuvre des actions permettant la plus grande amélioration de la santé des populations.
- Augmenter l'efficacité des actions en recherchant la coordination avec les autres politiques publiques.
- Limiter le nombre des priorités afin de garantir leur réelle mise en œuvre.



2.1. Les cinq principes d'action de l'ARS

Cinq principes d'action ont guidé les choix de l'ARS :

- 2.1.1. **Déplacer le centre de gravité** du système vers des enjeux de Santé Publique favorisant une démarche préventive, une organisation des soins de ville et le soutien à domicile

Les trente dernières années ont été marquées par un fort développement des technologies essentiellement centrée sur l'hôpital et laissant peu de place à la prévention et aux soins primaires («prisme curatif »).

Le développement des maladies chroniques oriente aujourd'hui davantage vers les prises en charge globales et les parcours de soin tandis que des gains évidents pourraient être obtenus par la prévention.

L'ARS doit impulser ce mouvement afin que :

- Davantage de place soit accordée aux stratégies préventives, particulièrement dans notre région où les mauvais résultats en matière de mortalité prématurée renforcent la nécessité de promouvoir les comportements favorables à la santé. Cette approche systémique de la « santé positive » s'adresse à l'ensemble de la population, et non aux seuls malades : il s'agit d'une véritable politique de promotion de la santé qui doit se mobiliser sur des thèmes particulièrement corrélés aux inégalités sociales (nutrition santé, conduites addictives, environnement..).
- Les grands axes annoncés dans nos politiques de santé comme ceux relatifs à la réduction de la mortalité évitable et surtout ceux relatifs à la réduction des inégalités sociales de santé sont

sensibles à ce type d'intervention et doivent s'inscrire dans la durée.

- Un certain nombre d'actes de soins puissent sortir du cadre hospitalier pour se déporter vers la prise en charge en médecine ambulatoire ou par le biais des réseaux et des équipes pluri-professionnelles.
- Soient mieux prises en compte les politiques d'aval (soins de suite, hébergements, accompagnement médico social et social).

Ce principe d'action n'aura de traduction concrète que pour autant que les partenaires de l'ARS se mobilisent avec elle pour activer les leviers correspondant à leurs compétences respectives.

2.1.2. Porter la qualité et la sécurité en exigence permanente

Parce que la qualité et la sécurité sont une attente forte et légitime des usagers du système de santé, et parce que la non qualité génère un coût non négligeable, l'ARS souhaite porter cet axe en exigence permanente. Ce sera un critère majeur pris en compte lors des décisions relatives aux autorisations et financements. Ce résultat peut être obtenu :

- par une implication forte des professionnels s'appuyant sur des référentiels de pratiques
- par une politique volontariste en matière de sécurité sanitaire (prévention des risques, veille, vigilances, contrôles) et des engagements, le cas échéants, contractuels sur ce champ.

2.1.3. Accroître la **performance** pour garantir les acquis solidaires et inscrire toutes les actions dans une logique de gestion du risque

Dans le contexte de ressources rares et de préservation des acquis solidaires, l'ARS doit veiller à la meilleure utilisation des fonds disponibles et s'assurer de l'adéquation des prises en charge dans une exigence de qualité
Le Programme Régional de Gestion du risque mené avec l'Assurance Maladie valorisera ces priorités.

2.1.4. Faire **des nouvelles technologies et du système d'information** le levier majeur des transversalités et des nouveaux modes de prise en charge (dossier patient, télésanté, bases de données et observatoires

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) connaissent, depuis plusieurs décennies, un développement rapide dans le secteur de la santé (télé-médecine télé-diagnostic, télé-surveillance, télé-encadrement, télé-chirurgie).

Ces évolutions sont porteuses de progrès considérables pour le système de soins et la qualité du service rendu aux patients. L'ARS souhaite être active sur ces projets en consolidant la gouvernance et en s'engageant au côté des acteurs clés (monde industriel, collectivités territoriales, aménagement du territoire)

2.1.5. Faire vivre et animer une **démocratie sanitaire** participative au niveau régional et local

La loi HPST place le patient, l'utilisateur au cœur du système de Santé

Pour ce faire, l'agence impulse une forte dynamique de concertation, d'information et d'animation, destinée à associer tous les acteurs au Projet Régional de Santé dans sa conception, sa réalisation et son évaluation ainsi que dans sa mise en œuvre concrète.

Les principes d'action et les exigences opérationnelles du PSRS s'appliquent sans exception au bénéfice des usagers, essentiellement au travers de deux axes :

- L'expression collective :

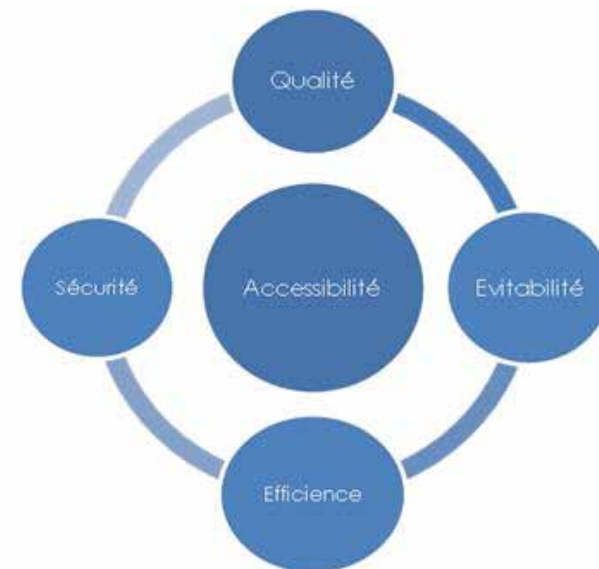
La santé est un projet citoyen, affaire de chacun à titre individuel et collectif. L'Agence garantit l'animation de la CRSA, des conférences de territoires en veillant à l'information et à la formation des représentants des usagers.

- Le respect des droits de la personne :

Les conditions d'accueil et d'hébergement en établissement, l'existence de procédures de promotion de la bientraitance, le droit à l'information, les prises en charge des personnes en fin de vie sont autant de sujets de respect des usagers sur lesquels l'Agence sera particulièrement attentive.

2.2. Cinq exigences opérationnelles

L'ARS souhaite appuyer son action autour de cinq exigences opérationnelles, considérant aussi que la santé s'inscrit dans un projet de vie au quotidien pour les citoyens.



2.2.1 Accessibilité : Faire progresser régulièrement le système de santé régional sans pour autant creuser les écarts entre les populations dans le souci de contribuer à réduire les inégalités de santé

La situation de précarité et de vulnérabilité de la population régionale a été relevée par toutes les instances de concertation comme étant un facteur déterminant pour l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement et comme un facteur aggravant de problématiques sanitaires et sociales déjà présentes.

De fait, l'accessibilité constitue une préoccupation de la majorité des acteurs :

- Accessibilité géographique bien sûr, liée au relief montagneux et à l'inégale répartition de l'offre des professionnels de santé encore susceptible de s'aggraver
- Accessibilité financière qui tend à devenir problématique tant sous l'effet des dépassements d'honoraires que de l'existence de faibles revenus et aboutissant déjà à des refus de soins
- Accessibilité sociale pour certaines populations, même lorsqu'elles ont les droits ouverts.
- Accessibilité aux parcours de santé des personnes handicapées

Cette prise en compte se déclinera dans tous les schémas, de la prévention, de l'organisation des soins et du médico-social. Elle aura également des traductions opérationnelles dans les programmes (PRIAC, PRAPS) et les contrats locaux de santé.

Cette recherche de la meilleure accessibilité devra bien sûr assurer l'égalité de chances sur des garanties de critères de qualité.

Dans cette recherche de réduction des inégalités de santé, et bien que n'ayant pas la main sur tous les déterminants, l'Agence, avec ses partenaires (PMI, Education Nationale, Université, Cohésion sociale, Santé au travail) continuera de proposer une amélioration qualitative des prises en charge et des prestations veillant à réduire les écarts.

2.2.2. Qualité-Efficacité : Promouvoir des modes de prise en charge répondant aux enjeux de chronicité des maladies et de la dépendance

Plus la donne économique est forte, plus il est légitime de justifier que les prises en charge et que les parcours de santé s'appuient sur des standards de qualité validés et régulièrement évalués.

Cette qualité devra non seulement s'appliquer à chaque domaine d'activité mais s'opérer sur les interfaces et les articulations entre domaines (prévention, soin, médico-social). Cette meilleure fluidité des parcours doit pouvoir garantir une meilleure adéquation, plus de subsidiarité et donc d'efficience. C'est un enjeu majeur.

2.2.3. « Evitabilité » : Intervenir précocement et de façon adéquate

Trop d'évènements en santé résultent encore aujourd'hui de situations sanitaires insuffisamment anticipées et amenant à des états aggravés ou à des prises en charge inadéquates et donc inutilement coûteux.

- Eviter l'installation de la maladie par le recours à la prévention constitue une impérieuse nécessité et notre système de santé n'y a qu'insuffisamment recours (6% des dépenses pour une cible estimée à 10%)
- Eviter le recours aux soins hospitaliers quand la prise en charge peut être organisée en ville, éviter le recours aux structures quand on peut privilégier le domicile, etc....

Parce qu'elle embrasse largement le champ de la santé, l'Agence régionale de santé doit être porteuse de cette dynamique constante d'anticipation, notamment dès les âges les plus précoces de la vie.

2.2.4. **Pertinence** : Accroître la performance dans les parcours de santé

Le constat unanime d'un enjeu d'organisation important dans notre région motive un axe de réflexion spécifique sur la performance : l'offre de soins est importante mais souvent peu coordonnée conduisant à des dépenses de santé élevées par rapport à la moyenne des régions

La perspective prochaine d'une évolution moins favorable de la démographie médicale, nécessite que l'ARS anime avec les acteurs du système de santé et en particulier tous les professionnels une véritable analyse collective amenant à faire converger l'adaptation des flux de formation, et l'adaptation des organisations

Les fortes consommations de soins décrites précédemment conduiront l'ARS à engager des chantiers spécifiques visant à mettre en œuvre un véritable mécanisme d'évaluation de la pertinence des actes et de l'adéquation des situations aux prises en charge.

2.2.5. **Sécurité** : Renforcer la politique de sécurité et de prévention des risques

La complexité croissante du système de santé, les technologies toujours plus sophistiquées mises en œuvre, l'efficacité toujours plus grande des thérapeutiques et leur corollaire de risque mais aussi la culture grandissante de précaution dans la société concourent à renforcer l'exigence légitime de sécurité.

Ce résultat ne peut être obtenu qu'en renforçant encore notre système de vigilance sans baisser la garde sur ce qui semble acquis mais surtout en menant une politique volontariste, dynamique et protocolisée de prévention des risques sanitaires

2.3. Ces exigences pourraient trouver leur déclinaison en **cinq domaines prioritaires**

Parce qu'ils correspondent à des enjeux identifiés en région, les cinq domaines proposés sont les suivants :

- maladies chroniques,
- comportements favorables à la santé,
- parcours en santé mentale,
- dépendance et handicap
- sécurité et risques.

Il n'est pas illégitime que ces cinq domaines correspondent aux domaines qui ont été aussi repérés au niveau national. Les travaux menés dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ARS-Ministères (CPOM) montrent en effet que la région a, à quelques traits de caractères près qui font d'ailleurs l'objet de pistes de progrès, un comportement plutôt proche de ce qui est observé au niveau national.

Cet élément est important à souligner pour éviter de confondre objectif du CPOM et priorités du PSRS en soulignant au contraire les concordances résultant d'un diagnostic partagé commun.

Tous ces domaines se déclineront en objectifs opérationnels par l'ARS mais pour chacun d'entre eux un focus a été fait pour mettre en lumière des thématiques cibles.

2.3.1. **Maladies chroniques : Promouvoir des modes de prise en charge répondant aux enjeux de chronicité et de dépendance**

- L'ARS souhaite faire un focus sur l'accompagnement des personnes atteintes de certaines maladies chroniques : **cancer, AVC, IRC, VIH**

La prévention du cancer qui est la première cause de mortalité régionale, la réduction de la perte de chance pour l'AVC, la fluidité du parcours de

soins et le dépistage précoce pour l'IRC et le maintien de la vigilance sur la prévention précoce du VIH constituent des enjeux importants.

Parce que le poids de ces quatre maladies dans la morbidité régionale n'est pas négligeable, parce ce qu'elles concernent un nombre important de personnes et affectent leur qualité de vie (complications, réduction d'autonomie, maintien dans l'emploi), l'ARS choisit d'en faire une priorité.

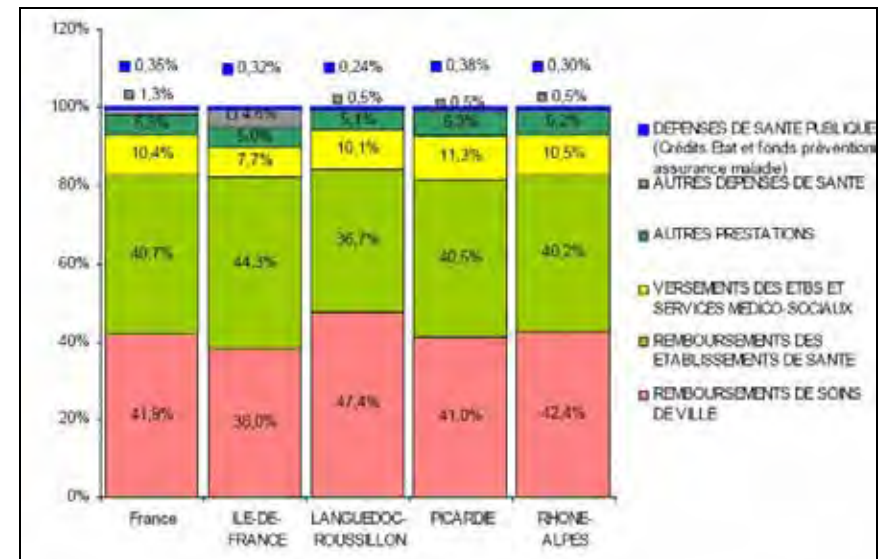
Ses principales actions doivent se situer à trois niveaux :

- Sur le terrain de la prévention : pour éviter ou retarder l'entrée dans la maladie (repérage et actions sur les déterminants environnementaux, dépistage précoce). La prévention tiendra compte de la diversité des facteurs de risque (surpoids, diabète et hypertension artérielle notamment) avec des programmes adaptés : tabac, alcool, nutrition, sédentarité, environnement « naturel » ou de travail. L'action en région doit être orientée vers les plus jeunes.
- Dans l'amélioration et la coordination des prises en charges : en promouvant une éducation thérapeutique adaptée, rendant le patient acteur de sa prise en charge et en facilitant l'accès à des compétences maximales, transversales et pluri professionnelles.
- Dans l'accompagnement des conséquences médico-sociales, et en faisant la jonction avec d'autres politiques publiques pour l'accompagnement social notamment.

2.3.2 Comportements favorables à la santé : Mettre en place précocement une politique de promotion de la santé

L'adoption de comportements de santé préventive doit être encore encouragée dans notre région. Le pari de la prévention constitue aussi une opportunité pour l'ARS de s'associer à des politiques que mènent ses partenaires dans ce domaine (collectivités territoriales, caisses d'assurance maladie ...) afin d'assurer une efficacité plus grande à ses propres actions.

La comparaison avec d'autres régions montre que le Languedoc-Roussillon consacre significativement moins de dépenses à la Santé Publique.



L'ARS, dans son action quotidienne interviendra sur un ensemble de facteurs de risque dont la conjugaison nuit à la santé des populations. Néanmoins, elle souhaite que trois populations particulièrement concernées par la prévention précoce soient identifiées dès l'étape de construction du PSRS : il s'agit des enfants, des adolescents et des jeunes femmes.

- 2.3.2.1 - Enfants
 - Prévention de l'obésité infantile et des troubles des comportements alimentaires

Chez les enfants âgés de près de 6 ans, la surcharge pondérale atteint 13,9% contre 12,1% en moyenne nationale et l'obésité 4% contre 3,1% au niveau national. La tendance régionale est peu favorable : alors même que la courbe nationale est à la baisse, ces taux se stabilisent en Languedoc Roussillon, liés en partie à la précarité.

L'ARS, avec l'appui de la commission régionale Nutrition santé, souhaite élaborer un programme reposant sur des actions territorialisées et démarrant dès la recommandation de l'allaitement maternel.

Elle entend s'engager dans une démarche de sensibilisation au côté de plusieurs acteurs déjà fortement impliqués (municipalités, via les contrats locaux de santé, Education nationale et médecins généralistes). Seront ciblés à la fois le surpoids et l'obésité.

Les principes suivants prévalent dans l'action menée par l'ARS :

- o toujours associer les parents dans les actions
- o cibler particulièrement les zones de grande précarité et notamment les CUCS
- o lutter contre la sédentarité
- o Articuler les actions avec les objectifs généraux du programme national pour l'alimentation (DRAAF) pour permettre l'accès de tous et notamment les plus jeunes à une alimentation de qualité et à l'amélioration des connaissances et de l'information sur l'alimentation.

- Vaccinations : atteindre et maintenir une bonne couverture vaccinale chez les enfants

Le contexte régional est globalement insatisfaisant sur la couverture vaccinale.

- Vaccination DTPolio inférieure à 90% dans certains territoires alors que c'est une vaccination obligatoire
- La sous vaccination BCG en prévention de la méningite et de la miliaire tuberculeuse est un risque considérable pour des populations très précarisées ou à vulnérabilité particulière (Roms, migrants ..)
- Le taux de couverture vaccinale ROR des enfants âgés de 2 ans en 2006 est de 84%. Cette valeur est inférieure de 5 points à celle observée au niveau national (89%), elle-même en-deçà des recommandations vaccinales (95%).
- Parallèlement, les taux de couverture vaccinale ROR laissent notamment circuler le virus de la rougeole, favorisant l'apparition de foyers épidémiques, comme cela a été constaté récemment dans plusieurs départements de la région.

C'est la raison pour laquelle l'ARS propose de cibler la couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Cette action passe par une sensibilisation des médecins libéraux, avec le soutien de l'Assurance Maladie, mais également des PMI et de l'Education nationale.

En matière de vaccination et compte tenu

- du contexte global régional évoqué plus haut
- de l'impact de ce sujet sur les inégalités de santé
- du rôle de la vaccination en prévention de la maladie chronique (infections virales)

Ce focus particulier sur le ROR n'est pas exclusif d'une approche globale de promotion de l'ensemble des vaccinations à risque ou exposés, en lien avec l'Education nationale, la médecine du travail, le Conseil Régional et les Conseils Généraux.

- 2.3.2.2 - Adolescents et jeunes adultes

La santé des adolescents et jeunes adultes fera l'objet d'un focus particulier de l'ARS car elle a été soulignée très régulièrement lors de la concertation et qu'elle est de toute évidence une préoccupation partagée par de nombreux

partenaires de l'ARS (conseil régional, DRJSCS, conseils généraux). D'une façon plus générale, le « mal être » et les difficultés d'accès la santé de cette population en font une priorité pour une approche globale de promotion de la santé (santé mentale, éducation à la sexualité, accessibilité) qui sera mise en œuvre de façon coordonnée et territorialisée.

- Prévention des risques **addictions**

Sur le thème des addictions l'enquête auprès des maires est confirmée par des données objectives : non seulement la région se situe en mauvaise position comparativement aux autres régions pour la consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, cannabis), mais cette consommation chez les jeunes de 17 ans est supérieure à la moyenne nationale voire très supérieure pour la consommation de cannabis.

Autres faits préoccupants dans la région :

- La féminisation des jeunes générations d'usagers. Par ailleurs les femmes enceintes constituent une population particulière au sein des populations vulnérables, tant du point de vue de la femme que de l'enfant à naître.
- L'usage plus précoce (âge scolaire) dans certains territoires de produits illicites opiacés, cocaïne, LSD ou équivalents, mais aussi l'usage banalisé du cannabis y compris au travail ou à l'école
- Sur certains territoires, usage d'amphétamines et métamphétamines, retour des pratiques d'injection, dégâts psychiques et physiques, ruptures sociales ... y compris chez des jeunes, questionnant les professionnels sur la réduction des risques et les modes de prise en charge

- La place importante de l'alcool en poly consommation ou en usage seul, sous forme d'ivresse répétée ou de « binge drinking ».
- La place importante du tabac et la féminisation de son usage.
- Le contexte régional de pauvreté, précarité croissantes, d'insécurité des jeunes vis-à-vis de leur situation familiale, de leur avenir social, la mutation de leur environnement sont très certainement à prendre en compte, l'insécurité étant un facteur reconnu de conduites addictives ;
- Le contexte de la forte croissance régionale d'utilisation de produits dopants chez des jeunes sportifs.

2.3.2.3 – Jeunes femmes :

Des actions en matière de santé des jeunes femmes ont également été priorisées:

- un objectif de diminuer le recours à l'IVG inclus une démarche globale sur la santé sexuelle
- des programmes spécifiques sur le tabagisme féminin compte tenu de signaux d'alerte dans la plupart des territoires confirmés par des données épidémiologiques significatives

Les actions de l'ARS se positionneront à deux niveaux : la prévention d'une part (accès à la contraception notamment auprès des populations défavorisées, éducation à la santé sexuelle etc..), l'accompagnement et l'amélioration des délais de prise en charge d'autre part (en lien avec PMI, planning familial et CDAG).

- Tabac

Au vu des données récentes de l'INVS et afin de tenir compte des signaux d'alerte sur l'incidence des cancers du poumon chez la femme, l'ARS développera un programme d'action spécifique sur ce point de santé des femmes.

Focus : Dans ce domaine les focus de l'ARS seront les vaccinations et les addictions

Afin de donner une vue globale des interventions que l'ARS entend promouvoir dans le domaine de la santé des jeunes, il faut ajouter les parcours en santé mentale, qui de l'avis de tous, restent perfectibles.

2.3.3. Parcours en santé mentale : Eviter les ruptures de parcours chez les adolescents et les jeunes adultes

Au niveau régional, les situations inégalitaires de l'offre territoriale en santé mentale sont repérées, la situation préoccupante de certaines populations (adolescents, détenus, personnes âgées) clairement identifiée,

Concernant les adolescents et jeunes adultes, les tensions sur la gestion des situations de crise et des urgences ainsi que les articulations à améliorer entre les prises en charge sanitaires et médico-sociales sont pointées de façon récurrente par les familles et les professionnels.

La question de la continuité des prises en charge concerne à la fois

- les prises en charge multiples interrompues par des ruptures successives, la mise en échec de tout dispositif thérapeutique
- Les modalités de relais pour favoriser l'accès à des dispositifs adaptés : CMP, alternatives à l'hospitalisation, ateliers de réadaptation,
- La transition sociale et médico-sociale

Ces situations méritent des actions particulières de l'ARS qui peuvent se coordonner avec celles déjà mises en œuvre par ses partenaires tels que le conseil général, la PJJ, la DRJSCS.

Ces actions pourraient trouver des applications concrètes dans

- La prévention puis la gestion de la crise (urgences, suicides)
- Le Suivi : Accès aux consultations spécialisées (délais et articulation entre professionnels de santé dont médecins généralistes)

- La Prise en charge coordonnée entre sanitaire et médico-social
- Le développement des aides au maintien à domicile (SAMSAH) et à la socialisation (GEM)

Focus : Dans ce domaine, l'ARS fera un focus sur les adolescents et jeunes adultes

2.3.4. Dépendance et handicap : Prévenir le passage vers la dépendance des personnes âgées, accompagner et intégrer les plus fragiles et celles qui sont porteuses d'un handicap

L'ensemble des actions proposées s'appuieront sur les diagnostics déjà réalisés par les conseillers généraux dans les schémas départementaux et en cohérence avec leurs orientations.

- 2.3.4.1 - Personnes âgées

Favoriser le **soutien à domicile** des personnes âgées

En Languedoc Roussillon, la part des 75 ans et plus s'élève à près de 10 % soit 1,5 point de plus qu'au niveau national et cette tendance se poursuivra. Le taux de bénéficiaires de l'APA est supérieur de 9% au niveau national mais plus de 2/3 des allocataires vivent à domicile.

Afin de mieux répondre aux attentes fortes des usagers et des familles, les enjeux de l'action régionale sont de retarder l'entrée dans la dépendance et le recours à l'hébergement, qui est plus faible dans la région qu'au niveau national. Cet objectif est d'autant plus légitime que la région peut s'appuyer sur une proportion significativement plus importante de professionnels paramédicaux libéraux sur certaines zones.

Cette orientation trouvera sa traduction dans plusieurs champs :

La définition d'une politique de soins primaires adaptée, une attention particulière portée à la continuité des soins et en particulier au recours aux urgences dans la filière gériatrique.

Les travaux convergents avec les partenaires de l'Ars compétents sur ces champs (conseil général, carsat etc..) incluront les outils support de cette politique (transports, télésanté, politique d'aide aux aidants, développement de modes alternatifs de prise en charge permettant de dépasser la traditionnelle séparation domicile/ institution, soutien aux dispositifs innovants).

Une attention particulière sur l'accessibilité financière aux prises en charge. L'ARS, en application de l'exigence opérationnelle qu'elle s'est fixée en matière d'accessibilité sera vigilante, dans les appels à projets, à cette dimension importante pour les familles, dans le contexte de précarité et de faibles pensions de retraite déjà décrit dans la région.

Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer occupe parmi les ALD une place comparativement élevée en Languedoc Roussillon par rapport aux autres régions. C'est la raison pour laquelle l'ARS souhaite qu'un focus particulier y soit consacré. L'enjeu est de parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles face à une multitude de services présents sur les territoires mais

insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge coordonnée. L'ARS s'attachera également à promouvoir une offre adaptée (UHR, PASA, modalités de répit pour les aidants).

• 2.3.4.2 - Personnes handicapées

L'absence d'observatoire en matière de handicap ne doit pas faire ignorer la sensibilité autour de ce sujet et le parcours de la personne porteuse d'un handicap a été évoqué de façon constante dans la concertation : l'intégration en milieu ordinaire en constitue une de toute première importance malgré le constat en région d'une part de services dans l'offre globale (30%) supérieure à celle que l'on peut trouver dans d'autres régions.

L'ARS, en coordination avec ses partenaires, contribuera sur son champ de compétence à quatre objectifs principaux :

- Favoriser l'intégration en milieu ordinaire des enfants et des adultes en mettant le projet de vie au cœur de tous les dispositifs
Il s'agira notamment de veiller à l'adaptation de l'offre en faveur des adultes et des enfants et de mieux répondre aux enjeux de scolarisation et de vie sociale en milieu ordinaire en diversifiant les modalités de prise en charge.
- Favoriser le diagnostic précoce du handicap et accompagner de l'annonce du handicap tout au long de la vie.
- Adapter la prise en charge des handicapés vieillissants
- Adapter les établissements à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques

focus : Dans ce domaine les focus de l'ARS seront le soutien à domicile de la personne âgée, la maladie d'Alzheimer, le projet de vie des personnes handicapées sur leurs territoires

2.3.5. Sécurité et de prévention des risques sanitaires : renforcer les dispositifs

L'ARS dispose de compétences fortes et historiques dans le domaine de la gestion des risques sanitaires. La loi HPST lui a conféré des responsabilités nouvelles et élargies maintenant aux préfets la gestion de crise et leurs implications inter-ministérielles.

Cette nouvelle compétence justifie que ce champ figure dans les priorités stratégiques de l'Agence.

Nombreux sont les domaines qui relèvent de cette compétence, avec une vigilance constante, tant dans la veille prospective de signaux émergents que dans l'effort constant sur les situations qui peuvent paraître maîtrisées. L'Agence portera essentiellement son effort sur deux axes :

- Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux :
 - Protéger la santé des populations vivant en **habitat insalubre**
 - Veiller à la qualité de **l'eau d'alimentation** en lien avec la DRAAF (plan ecophyto 2018)
 - Intégrer les recommandations du PRSE2

- Développer et consolider les politiques de prévention des risques :
 - Accroître la prévention **des infections associées aux soins**
 - Consolider et coordonner les politiques de veille, de surveillance et de gestion des risques sanitaires et notamment des vigilances.
 - Renforcer la plateforme inter-institutionnelle pour repérer les risques nouveaux pour la santé
 - Développer la politique du **bon usage du médicament**

Focus : Dans ce domaine, l'ARS fera un focus sur l'habitat insalubre, la qualité de l'eau, les infections associées aux soins et la politique du bon usage du médicament.

2.4 Sur toutes les priorités : améliorer la performance dans les parcours de santé et la coordination des acteurs

2.4.1 Le bien fondé de la démarche médico-économique

En Languedoc-Roussillon, les dépenses d'Assurance Maladie des trois principaux régimes (Régime Général, MSA, RSI) s'élevaient en 2009 à 6,73 milliards d'euros, soit un taux d'évolution par rapport à 2008 de **4,5%**. Ces dépenses se répartissent équitablement entre :

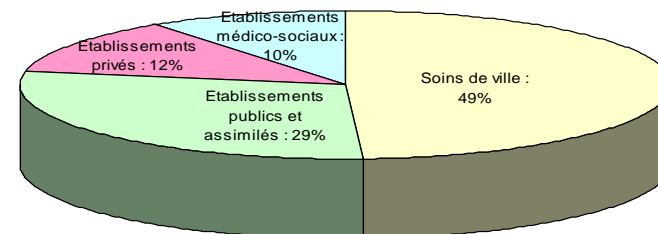
-les soins de ville : 3,3 milliards d'euros avec une progression de 3% par rapport à 2008 contre 2,2% au niveau national,

-les dépenses des établissements de santé et médico-sociaux : 3,43 milliards d'euros avec une hausse de 6% par rapport à 2008.

Dans le champ des établissements de santé, les dépenses des établissements ex-DG de la région qui s'élèvent à 1,9 milliards d'euros en 2009 ont progressé de 4,3%.

Avec 802 millions d'euros en 2009, les dépenses des établissements ex-OQN de la région ont augmenté de 6%.

Répartition des dépenses régionales par type



Le montant des crédits d'intervention 2010 en matière de prévention est de l'ordre de 28 millions d'euros en 2010 qui se décomposent en :

- 6, 5 millions au titre des crédits d'Etat dont 60% de dépenses liées à des actions obligatoires ((dépistage des cancers, CDAG CIDDIST, CLATuberculeuses, vaccinations)
- 1, 5 million au titre des fonds d'Assurance Maladie (FNPEIS).
- 22 millions au titre de l'enveloppe ONDAM médico-social qui finance les structure d'addictologie et de réduction des risques (CSAPPA, CAARUD), les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et lits halte soin santé (LHSS)

Cette dernière enveloppe a progressé de 28% en trois exercices, mais la région était particulièrement sous-dotée et les mesures nouvelles tiennent compte de l'indice de précarité particulièrement sévère en Languedoc Roussillon.

Pour les deux premières enveloppes, la perspective est à la baisse pour la période 2011-2013 .

2.4.2 La recherche de marges de manœuvre

Dans un contexte national de forte contrainte budgétaire mais aussi dans le contexte de performance organisationnelle perfectible, l'ARS inscrira son action dans deux directions principales :

- o Amener les professionnels de soins primaires, les établissements sanitaires et médico-sociaux à améliorer leur démarche de performance :

Tout en préservant les responsabilités des établissements en la matière, l'Agence incitera les structures de santé à s'engager dans la recherche de maîtrise de leurs équilibres budgétaires et d'adaptation de leurs organisations dans le cadre de projets médicaux et de projets de santé de territoire. A ce titre elle favorisera les coopérations entre établissements mais également entre tous les effecteurs pouvant contribuer à optimiser la réponse aux besoins. Elle sera attentive à la coordination entre les acteurs participant à la permanence des soins sur tous les territoires et accompagnera les projets d'exercice collectifs (maisons de santé pluri professionnelles, pôles santé) porteurs de valeur ajoutée sur certaine zones de la région.

- o Mobiliser une part significative de l'enveloppe régionale sur les enjeux d'innovation et d'adaptation de l'offre

L'Agence priorisera également tous les projets permettant de dégager des marges de manœuvre (prévention, innovation, investissement,) et sera vigilante sur la qualité du service rendu aux usagers du dispositif de santé.

Les capacités d'hébergement en région étant globalement importantes, l'Agence recherchera une diversification de l'offre au profit de solutions alternatives : hospitalisation à domicile, places en services médico-sociaux, HAD en EHPAD.

De même, les établissements seront incités à poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire, notamment les établissements ex DG qui disposent d'une marge de progrès en la matière.

D'une façon plus globale l'ARS cherchera à repérer et limiter les « prises en charge et recours aux soins évitables » dans toutes leurs dimensions (hébergement, produits de santé...) au regard des référentiels existants, en particulier ceux de l'HAS.

2.4.3- Les **parcours de santé et la coordination des acteurs**

Le diagnostic régional a mis en évidence le potentiel d'amélioration du parcours de l'utilisateur (ruptures de prise en charge, retard à l'accès ou à l'orientation, sortie de l'hôpital, besoin de coordination autour de la personne, délais de prise en charge..). Ce constat appelle une vigilance particulière de l'ARS sur des parcours de santé ciblés (populations, pathologies) dans le souci de limiter les pertes de chances (personnes âgées, santé mentale des adolescents, prise en charge de l'urgence vitale ou à fort risque de handicap : AVC.....). garantir à chaque habitant de la région un parcours optimal et adapté à ses besoins (entrée au moment opportun, et au bon endroit, sortie préparée, interfaces adaptées) constitue un objectif qui va structurer tous les schémas régionaux de la prévention à l'organisation de l'offre, de façon à les rendre cohérents entre eux.

Focus : Dans ce domaine, l'ARS fera un focus sur les retours à l'équilibre financier, les prises en charge et recours aux soins évitables, l'optimisation des parcours de santé

L'ensemble des priorités proposées dans le PSRS, reste à ce stade, régional. Néanmoins les réflexions qui émergeront de la concertation devront conduire à leurs adaptations territoriales.

Une partie des éléments fournis en annexe peut donner de pistes de réflexion en ce sens.

La synthèse des focus à traiter

Récapitulatif des focus

Domaine prioritaire	Focus
Maladies Chroniques	Personnes atteintes de : <ul style="list-style-type: none"> ü Cancer ü AVC ü IRC ü VIH
Comportements favorables à la santé	<ul style="list-style-type: none"> ü Enfants : obésité, vaccinations ü Adolescents : addictions
Santé mentale	Adolescents et jeunes adultes Eviter les ruptures de parcours en santé mentale
Dépendance et handicap	<ul style="list-style-type: none"> ü Personnes âgées <ul style="list-style-type: none"> ü Soutien à domicile ü Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer Personnes handicapées : parcours de vie dans les territoires
Sécurité et prévention des risques	<ul style="list-style-type: none"> ü Logement insalubre ü Qualité de l'eau d'alimentation ü Infections associées aux soins ü Politique du médicament
Recommandation transversale Performance	
<ul style="list-style-type: none"> ü Parcours de santé ü Retours à l'équilibre financier ü Prises en charge et recours aux soins évitables 	

Des préoccupations régionales en accord avec les grandes orientations nationales



Orientations nationales

- **3 objectifs:**
 - Améliorer l'espérance de vie en bonne santé
 - Promouvoir l'égalité devant la santé
 - Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient
- **5 domaines:** maladies chroniques, handicap et vieillissement, santé mentale, petite enfance, risque sanitaire

Exigences, domaines prioritaires, actions



Principes, exigences



Focus, priorités



Actions

Priorités, focus



Matrice focus, leviers et partenaires

Le tableau des pages suivantes permet de récapituler de façon synthétique les propositions d'action de l'ARS en y associant des objectifs opérationnels.

L'intérêt de la concertation sera d'enrichir ces propositions et de les discuter avec les partenaires de l'Ars qui pourraient y contribuer

DOMAINE PRIORITAIRE N°1	Thématique Population	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE	LIBELLE INDICATEUR
Promouvoir des modes de prise en charge répondant aux enjeux de chronicité des maladies	Cancer,	Améliorer les taux de participation au dépistage organisé des cancers du sein et colorectal, avec une attention particulière pour les populations défavorisées	Impulsion en lien avec les Centres de dépistage organisé Sensibilisation des MG et gynécologues Médiatisation - communication	Caisses d'Assurance Maladie Collectivités territoriales Associations Conseils Généraux URPS, ordres, mutuelles	CPOM CPOM	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les hommes et femmes de 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans
		Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer pendant et après la maladie	Démographie des professionnels Pratiques professionnelles et formation Education thérapeutique	CARSAT, Assurance Maladie, Mutuelles		
		Réduire les délais d'attente sur tous les territoires	Gestion des autorisations d'imagerie médicale Programme de GDR	Professionnels de santé, établissements		

DOMAINE PRIORITAIRE N°1	Thématique Population	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE	LIBELLE INDICATEUR
		Garantir une accessibilité financière à la chirurgie carcinologique sur tous les territoires	Contractualisation Communication	Professionnels de santé, établissements Assurance Maladie	Plan national	Montant en € du dépassement valeur médian par territoire Part des séjours donnant lieu à un dépassement sur le territoire
	IRC	Promouvoir le dépistage et la prévention de l'Insuffisance rénale chronique (IRC)	Education thérapeutique	Assurance Maladie URPS Association insuffisants rénaux		
		Favoriser la dialyse péritonéale	Gestion des autorisations Promotion des recommandations HAS		CPOM	Part des patients traités par la dialyse péritonéale/ patients dialysés
		Augmenter le nombre de greffes rénales et promouvoir le don d'organes	Associer l'ensemble des services de réanimation au réseau de prélèvements Sensibiliser les structures de la chaîne de soins		CPOM	Nombre de greffés/liste d'attente à greffer †
	AVC	Prévenir la survenue de l'AVC	Actions de prévention des facteurs de risque (surpoids, diabète, HTA)	Assurance Maladie	Plan national	
		Optimiser le parcours de prise en charge • Organisation de la régulation, de l'accès aux urgences et UNVH24 Accès à IRM	Sensibilisation du public sur les signes de l'AVC et la conduite à tenir Information des professionnels sur les règles d'orientation: M Généraliste, professionnels de l'urgence Télémédecine Référentiels HAS		CPOM	% de patients atteints d'un AVC pris en charge en UNV

DOMAINE PRIORITAIRE N°1	Thématique Population	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE	LIBELLE INDICATEUR
		Développer une politique de l'aval : SSR et handicap	Protocoles de rééducation, aide à domicile, prévention des récurrences		Plan national	% de patents hospitalisés en SSR dans les 30 jours qui suivent l'épisode
	VIH	Maintenir le niveau de vigilance sur la prévention, le diagnostic précoce	S'appuyer sur les infrastructures CDAG CIDDIST Dépistages réguliers (VIH hépatites, IST en population particulièrement touchée)	Professionnels de santé, associations d'usagers CAARUD, CSAPA, CIDDIST, CDAG	Plan national VIH SIDA IST 2010 2014	
		Améliorer la qualité de l'accompagnement médico social	Education thérapeutiques, soutien psychologique	Associations d'usagers, médecine du travail, MDPH, conseil général		

DOMAINE PRIORITAIRE N 2	Thématique population	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE	LIBELLE INDICATEUR
Comportements favorables à la santé : mettre en place précocement une politique de promotion de la santé	Enfants	Prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation. Repérer et accompagner les enfants en surpoids.	Bilan en école maternelles moyenne section, primaire et secondaire Coordination des politiques publiques Apport de la commission régionale, nutrition santé Actions de proximité, CLS	Conseil général Santé scolaire (ORES,) Jeunesse et sport DRAAF, Autres collectivités territoriales : villes EPODE Assurance Maladie associations	CPOM PNNS PNA	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants de grande section de maternelle (niveau d'observation national) et en MS (niveau d'observation départemental)
		Vaccinations : atteindre et maintenir une bonne couverture vaccinale du ROR et de la coqueluche chez les enfants	Bilan scolaire (PMI, Santé scolaire ORES), centres de vaccination publique Communication Formation professionnels de santé	Conseils généraux Santé scolaire Assurance Maladie, Secteur libéral et hospitalier Centre de vaccination	CPOM	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et de la rubéole
	Adolescents et jeunes adultes	Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risque dans le domaine des addictions	Points d'écoute jeunes, réseaux ado Amélioration accès méthadone	Education Nationale, SIUMPS DRJSCS, C. Régional	MILDT Plan Santé Scolaire	

	Jeunes femmes	IVG : Améliorer l'accès à la contraception pour les publics éloignés des services de droit commun	Développement de dispositifs expérimentaux polyvalents dans les milieux non urbains pour assurer le cas échéant la confidentialité , centre de planification en milieu urbain (public ciblé) PEAJ	Centre d'IVG CG PMI, planning familial Assurance Maladie	Plan santé scolaire	Taux des grossesses non désirées en particulier chez les mineures et les < 25 ans
		Accompagner et améliorer les délais de prise en charge	Accès à l'entretien pré et post IVG en milieu non urbain : PEAJ Formation : professionnels relais		Plan santé scolaire	Taux d'IVG en particulier chez les mineures et les < 25 ans
		Tabac : développer un programme spécifiquement orienté vers la prévention du tabagisme féminin (relation avec cancer du poumon)	Information : annuaires ressources locales	Secteur libéral et hospitalier		

DOMAINE PRIORITAIRE N° 3	Thématique population	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE	LIBELLE INDICATEUR
Eviter les ruptures de parcours en santé mentale		<p>Chez les adolescents et jeunes adultes en</p> <ul style="list-style-type: none"> • améliorant la prévention et la gestion des crises • Suivi après tentative de suicide (diminution des délais d'accès à une consultation) • organisant une meilleure articulation des structures sanitaires et médicosociales 	<p>Pratiques coordonnées entre professionnels (réseaux, référents de parcours) et entre institutions</p> <p>Politique globale de promotion de la santé des jeunes</p>	<p>PJJ DRJSC, DDI Conseil général Conseil régional Education nationale, Université</p>		

DOMAINE PRIORITAIRE N° 4	Thématique population	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE	LIBELLE INDICATEUR
Prévenir le passage vers la dépendance des personnes âgées et accompagner et intégrer les plus fragiles et celles qui sont porteuses d'un handicap	Personnes âgées	Favoriser le soutien à domicile des personnes âgées fragiles en développant : <ul style="list-style-type: none"> - Une politique de soins primaires, urgents et continus (prévention) - D'accès à la prise en charge financière de tous les soins - d'aide aux aidants Développer des modes de prise en charge alternatifs	Coordination avec les politiques territoriales Appels à projet Formation aux nouveaux métiers Pratiques professionnelles Accueil de jour, hébergement temporaire, garde de nuit itinérante	Conseil Général, collectivités territoriales CARSAT MSA Assurance Maladie	PRIAC Schémas départementaux	Taux d'occupation par territoire des EHPAD ayant un tarif d'hébergement élevé
		Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	Appels à projets MAIA pour coordination autour de la personne UHR et PASA Politique d'aide aux aidants	Conseils généraux	CPOM	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades atteints de la maladie d'Alzheimer
	Personnes handicapées	Favoriser le diagnostic précoce du handicap et accompagner de l'annonce du handicap tout au long de la vie.		Education Nationale Conseils généraux	PRIAC Schémas départementaux	
		Favoriser l'intégration en milieu ordinaire: enfants et adultes en mettant le projet de vie au cœur de tous les dispositifs Diversifier les modes de prise en charge				
		Adapter la prise en charge des handicapés vieillissants				
		Adapter les établissements à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques				

DOMAINE PRIORITAIRE N 5	Thématique population	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE	LIBELLE INDICATEUR
Renforcer la politique de sécurité et de prévention des risques sanitaires	Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux	Protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre	<p>Enquêtes environnementales par GVAGS</p> <p>Actions PRSE2 (saturnisme, radon)</p> <p>Concertation avec les pôles habitats indignes sous la responsabilité des préfets de département</p>	DRJCS, DDCS, DREAL, CAF, gestionnaires de risques, Préfectures, collectivités territoriales	CPOM PRSE2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité
		Améliorer la qualité de l'eau d'alimentation : diminuer les non conformités sur l'ensemble du réseau de distribution d'eau potable.	<p>Plan d'action sur les UD ciblées</p> <p>PRSE2 : analyse des freins et opportunités de regroupement des UD</p>	DREAL, DRAAF	CPOM PRSE2	Taux d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants présentant de manière récurrente des limites de dépassement de qualité

Développer les politiques de prévention des risques	Mettre en place une plateforme interinstitutionnelle afin de repérer l'émergence des risques nouveaux pour la santé		EID, CIRAD		
	Prévenir les infections associées aux soins en l'élargissant au secteur médico-social et ambulatoire.	Programme gestion du risque	URPS, Ordres, établissements Assurance Maladie		
	Consolider et coordonner les politiques des vigilances	animation du réseau et sensibilisation au signalement	CIRE, CCLIN, préfectures		
	Développer la politique du bon usage du médicament privilégiant : - la qualité des prescriptions en ville comme à l'hôpital - la iatrogénie médicamenteuse en particulier dans les EHPAD	Programme de gestion du risque	Assurance Maladie URPS		

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES	Thématique	OBJECTIFS OPERATIONNELS	LEVIERS	PARTENAIRES	REFERENCE
Améliorer la performance dans les parcours de santé (à chaque passage, à chaque étape, le soin de qualité, justifié, privilégiant la proximité au meilleur coût)	Performance des établissements et structures de santé	Amener les établissements sanitaires et médico-sociaux à améliorer leur démarche de performance <ul style="list-style-type: none"> Interne économique Trajectoires de soins, coopérations 			
	Recompositions de l'offre	Mobiliser une part significative de l'enveloppe régionale sur les enjeux d'innovation et d'adaptation de l'offre <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation et hébergement évitables (chirurgie ambulatoire, HAD, médico-social) Qualité des pratiques 		Assurance maladie	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
	Télé médecine	Faire de la télé médecine un vecteur des pratiques coordonnées de soins et de prise en charge	Référentiels	Collectivités territoriales Secteur industriel SGAR	
	Parcours de santé	Repérer les ruptures de parcours et les prises en charges inappropriées sur la base des référentiels existants	Revue de cas Education thérapeutique	Professionnels de santé, associations d'usagers Assurance maladie	HAS, plans nationaux

03

Préconisations



3. Vingt cinq préconisations opérationnelles autour des focus :

3.1. Accessibilité :

Tous les acteurs de la concertation ont fait de l'accessibilité un enjeu majeur sur lequel l'ARS doit s'engager tout en notant que sont regroupées sous cette rubrique plusieurs modalités d'intervention :

La **Démographie des professionnels** de santé est jugée par tous comme une réelle préoccupation avec l'arrivée prochaine à l'âge de la retraite d'un nombre important de médecins, tant en médecine générale qu'en spécialité

***Préconisation N°1 :** L'ARS favorisera sur la région l'installation en nombre suffisant des nouveaux médecins dans les spécialités nécessaires, par notamment une politique pro-active sur l'internat, et en favorisant l'articulation subsidiaire des métiers autour du patient.*

Répartition : Si la région Languedoc-Roussillon apparaît globalement bien dotée en professionnels de santé, il existe déjà des zones déficitaires préoccupantes et qui vont s'étendre.

***Préconisation N°2 :** L'ARS, aura le souci de veiller à la couverture harmonieuse de son territoire en professionnels de santé. Elle procédera notamment régulièrement à l'actualisation des zonages déficitaires et s'appuiera sur les professionnels libéraux pour construire les meilleures solutions*

Permanence des soins : La permanence des soins est une préoccupation majeure pour les populations, aussi bien en zone rurale que dans les zones défavorisées des villes.

***Préconisation N°3 :** L'ARS, en s'appuyant sur les CODAMUPS, s'attachera à une organisation territoriale efficiente et garante de cette attente forte et légitime des populations.*

Accès à l'Urgence : Des inégalités persistent encore dans la région devant l'urgence vitale

***Préconisation N°4 :** L'ARS, notamment dans la définition de ses schémas, veillera à améliorer l'organisation du système afin que les patients puissent disposer des conditions optimales de prise en charge dans les territoires, dans le cadre des urgences vitales*

Accessibilité financière : Les dépassements d'honoraires pratiqués pour certaines spécialités et dans certaines zones géographiques menacent l'accessibilité de certains aux soins même lorsque l'offre est disponible

***Préconisation N°5 :** L'ARS s'attachera à ce que sur son territoire existe une offre disponible à des tarifs accessibles*

Refus de soin : La précarisation importante de la région, pointée par tous retarde le recours au soin de certains et aboutit à des situations pathologiques graves et coûteuses

Préconisation N°6 : Dans le souci constant de réduction des inégalités de santé, l'ARS s'attachera à ce que les politiques de prévention atteignent aussi les plus démunis et que les soins primaires les prennent correctement en charge.

Handicap : De l'avis de tous, l'accessibilité aux soins mais aussi aux prises en charge médico-sociales des personnes handicapées reste inégale voire insuffisante sur les territoires

Préconisation N°7 : L'ARS s'assurera, en partenariat avec les partenaires compétents, de l'accessibilité aux soins et aux prises en charge médico-sociales des personnes handicapées et en particulier handicapées vieillissantes sur tout leur parcours de vie

3.2. Qualité :

Dans le débat actuel appelant souvent à plus de proximité mais aussi dans le contexte inévitable actuel de rigueur budgétaire, il est indispensable que soit garantie la qualité des pratiques et des prises en charge

Application des référentiels : Il est indispensable, dans un souci de qualité mais aussi de justice que les référentiels existants soient connus et appliqués

Préconisation N°8 : L'ARS se rapprochera de la HAS et de l'ANESM pour étayer les pratiques et les évaluer. Elle s'appuiera sur la gestion des plaintes et des signalements et mettra en place un programme d'inspection-contrôle et d'évaluation de la qualité

Les régimes d'autorisation et les appels à projet souvent attachés à des structures et gérés encore trop souvent de manière compartimentée doivent embarquer aujourd'hui des notions de performance globale et de qualité des inter-relations

Préconisation N°9 : L'ARS s'assurera que s'opère une véritable transversalité entre les différentes logiques d'offres et qu'elles aboutissent à une réelle amélioration des réponses apportées aux populations concernées

3.3. Pertinence :

Parce que se pose de façon de plus en plus aigüe la bonne utilisation de l'argent public, parce le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques font de plus en plus s'intéresser aux parcours de santé, se trouve posé, au-delà de la qualité, le sujet de la pertinence et donc de l'efficience de notre système de santé

Gestion du risque : La culture de gestion du risque est pointée comme susceptible d'amener à une meilleure appropriation des prises en charge et son domaine doit s'étendre sur toute la chaîne de la prévention à la prise en charge médico-sociale et sociale en passant par le soin

Préconisation N°10 : L'ARS, dans le cadre du programme régional de gestion du risque sur lequel elle s'engage avec l'Assurance Maladie, veillera à mettre en œuvre une politique de gestion du risque opérationnelle et à en diffuser la culture tant en interne qu'auprès de ses partenaires extérieurs

Subsidiarité ; de l'avis de tous, le système reste trop centré sur le soin et donne une part prépondérante à l'hôpital

Préconisation N°11 : L'ARS veillera à la meilleure subsidiarité des modes de prise en charge

Coordination : Parce que le système de santé restera durablement complexe, en mettant en œuvre de multiples acteurs, se posera de manière de plus en plus prégnante le sujet de la coordination des intervenants

Préconisation N°12 : L'ARS, dans un souci d'efficience, veillera à la meilleure coordination des acteurs, autorisant une meilleure fluidité des filières, en favorisant notamment des financements incitatifs ou forfaitisés

Plateformes : de prises en charge segmentées, le système doit évoluer vers des logiques de services coordonnés au plus près de la population. A la notion d'acteurs agissant isolément sur des domaines de compétences cloisonnés doivent se substituer de véritables logiques de guichet, avec des plateformes où les services sont regroupés et coordonnés,

Préconisation N°13 : L'ARS, avec les partenaires concernés, favorisera le développement de plateformes offrant en proximité des services coordonnés pour une meilleure prise en charge de la population.

3.4. Evitabilité :

De l'avis de tous, intervenir le plus en amont possible doit permettre d'éviter d'aboutir à des états de santé aggravés. Cette gestion du capital-santé passe par une responsabilisation des acteurs et la meilleure articulation des segments de prise en charge entre eux.

Promotion de la santé : L'adoption de comportements de santé préventive doit être encore encouragée en Languedoc-Roussillon qui consacre significativement moins de dépenses à la Santé Publique que d'autres régions. Outre les acteurs associatifs impliqués dans ce domaine, il est important que les professionnels de santé investissent ce champ d'activité (pharmaciens, infirmiers, médecins)

Préconisation N°14 : L'ARS s'engagera dans une politique ambitieuse et volontariste de promotion de la santé

Parcours de santé : tout autant que les segments de prise en charge qui nécessitent leur propre qualité, c'est bien aujourd'hui dans la fluidité des filières et la qualité de leurs articulations que résident les attentes de nos populations et les évitements de situations aggravées et coûteuses

Préconisation N°15 : L'ARS veillera à ce que les différents schémas et programmes qui vont être construits intègrent bien une dimension transversale visant à optimiser les articulations entre-eux.

Système d'information : Il est une impérieuse nécessité de disposer aujourd'hui d'indicateurs ne se bornant pas à la description des activités mais permettant de tracer les trajectoires de prise en charge, d'en apprécier l'opportunité, dans évaluer le coût et la meilleure efficacité.

Préconisation N°16 : L'ARS, avec l'aide des niveaux nationaux, favorisera la mise à disposition d'un système d'information permettant de mieux

connaître les trajectoires de soins et d'en évaluer l'efficacité. Elle favorisera la mise en synergie des différents systèmes régionaux (ORS, CREAL POS, CIRE...)

3.5. Sécurité sanitaire :

La complexité croissante du système de santé, les technologies toujours plus sophistiquées mises en œuvre, l'efficacité toujours plus grande des thérapeutiques et leur corollaire de risque mais aussi la culture grandissante de précaution dans la société concourent à renforcer l'exigence légitime de sécurité.

Education : Malgré la médiatisation forte sur certains incidents, la culture positive du signalement n'est pas acquise par tous les acteurs aboutissant à des sous déclarations, une appréciation insuffisante de certains risques (travail) au pire à la survenue brutale et évitable d'évènements indésirables.

***Préconisation N°17 :** L'ARS favorisera les actions de formation visant à diffuser et développer la culture du signalement sur les chaînes de prises en charge*

Détection vigilance : Vigilance et détection des signaux sont désormais dans le champ de responsabilité de l'ARS. Cette activité requiert une forte expertise et comporte une dangerosité importante exigeant une attention de tous les instants

***Préconisation N°18 :** L'ARS renforcera la plateforme de sécurité sanitaire permettant de gérer les alertes*

Prévention des risques : Si la sécurité sanitaire doit être garantie en renforçant encore notre système de vigilance sans baisser la garde sur ce qui semble acquis, c'est bien dans la conduite d'une politique volontariste, dynamique et protocolisée de prévention des risques sanitaires que les gains sont attendus.

***Préconisation N°19 :** L'ARS développera une politique de prévention des risques couvrant le champ élargi de ses compétences et prenant en compte les spécificités des thématiques concernées (nosocomial, médicament, risques professionnels ...)*

3.6. Territorialisation:

Les conférences de territoire l'ont bien pointé, les problématiques de santé en Languedoc-Roussillon intègrent constamment des spécificités territoriales qu'il importe de connaître, de prendre en compte et d'accompagner.

Littoral/arrière-pays : La concentration urbaine de la zone littorale, l'isolement de certaines vallées, le caractère montagneux de l'arrière-pays dans lequel persiste une population encore importante et souvent moins jeune, sont un des éléments majeur de la construction des schémas et de la réflexion sur l'organisation solidaire qui doit en découler. Le cas du département de la Lozère doit être regardé avec une attention particulière avec une exigence permanente de qualité.

***Préconisation N°20 :** L'ARS favorisera une gestion solidaire des territoires*

Mise en dynamique : Parce que tout n'est pas possible partout, il est nécessaire que des dynamiques fortes viennent compenser les zones les plus défavorisées des territoires (transports, télésanté)

Préconisation N°21 : L'ARS favorisera le désenclavement de certains territoires en développant des politiques ambitieuses et innovantes, notamment en matière de transports et de télésanté

3.7. Formation, information, animation :

L'ampleur de la réforme en cours, le champ couvert rend nécessaire que soit adoptée une logique de conduite du changement dans laquelle la pédagogie, la formation et l'information des acteurs doit occuper une place de choix

Faire vivre la démocratie sanitaire : La loi HPST a clairement souhaité que la démocratie sanitaire trouve une place plus importante en France, à l'instar de nombreux pays et dans une réflexion davantage centrée sur l'utilisateur et le patient. Les instances sont en place, tant CRSA que conférences de territoires. Il importe d'en assurer l'animation

Préconisation N°22 : L'ARS, avec l'appui des DT et en liaison avec ses partenaires, conduira une politique active d'animation des territoires sur les projets de santé et pouvant notamment aboutir à des contrats locaux de santé.

Formation, information : Il n'est pas de capacité de développer ce changement de paradigme sans un effort majeur de formation et d'information

Préconisation N°23 : L'ARS s'attachera à proposer des actions de formation et d'information sur ses projets à destination des acteurs concernés (usagers, patients, élus, professionnels de santé). Elle mettra à disposition sur son site internet les documents s'y rapportant.

3.8. Performance :

Suivi médico-économique : La contrainte médico-économique justifie un suivi rigoureux des dépenses et de leur pertinence.

Préconisation N°24 : L'ARS proposera des tableaux de bord permettant un suivi rigoureux des dépenses engagées dans le souci d'une transparence de ses décisions. Elle accompagnera les établissements dans leur démarche de performance dans laquelle elle souhaite qu'ils s'engagent

Coopérations : La loi HPST a beaucoup développé les logiques de coopérations dans un souci de meilleure efficacité des acteurs

Préconisation N°25 : L'ARS favorisera le développement des logiques de coopérations des acteurs en s'appuyant notamment sur les outils juridiques et financiers nouveaux instaurés par la loi HPST

04

Méthodologie d'évaluation du PRS
et facteurs clés de succès

4. Méthodologie d'évaluation du PRS et facteurs clés de succès

4.1. Modalités d'évaluation et de suivi

Le décret du 18 mai 2010 prévoit que le plan stratégique régional de santé comporte des éléments relatifs à l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé.

Au-delà même de l'obligation réglementaire, l'enjeu d'un tel dispositif est

- de permettre, sur la base de données factuelles, l'adaptation de la stratégie régionale qui ne saurait être figée dans le marbre.
- d'instaurer un véritable débat permettant de prendre en compte, dans la mise en œuvre opérationnelle du projet régional de santé, des évolutions qui apparaîtraient nécessaires au regard de la concertation.

Le suivi du PRS fera l'objet d'un bilan annuel. Ce suivi pourra donner lieu le cas échéant à des réorientations qui seront concertées avec la CRSA.

Une évaluation globale au terme des quatre ans sera également réalisée.

Des modalités d'évaluation factuelles

Dès l'étape de conception du projet stratégique, des schémas ou programmes, les objectifs

trouveront leur déclinaison dans des plans d'actions concrets et opérationnels intégrant des modalités d'évaluation et des indicateurs de suivi (indicateurs de déploiement, de résultat, d'alerte). Ces indicateurs feront l'objet d'un suivi périodique dans le cadre du tableau de bord de l'Agence Régionale.

En complément, l'Agence pourra lancer des enquêtes de terrain ponctuelles pour réaliser des mesures d'impact des actions menées dans les territoires.

Les résultats des plans d'actions, des enquêtes ainsi que des indicateurs seront, en toute transparence, portés à la connaissance des différentes instances de concertation, selon un rythme annuel.

Une démarche participative

La participation au suivi et à l'évaluation sera également sollicitée pour éventuellement adapter les plans d'actions :

- dans le cadre de la démocratie sanitaire (CRSA et conférences de territoires).
- Une attention particulière sera portée au rapport annuel élaboré par la CRSA sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués le droit des malades et usagers, l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité de la prise en charge.
- au sein des deux commissions de coordination des politiques publiques, les échanges porteront sur la politique de prévention et de promotion de la santé et sur l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie. Ce point annuel permettra d'ajuster les contributions et les convergences des différents acteurs aux politiques œuvrant dans le champ de la santé.
- Le conseil de surveillance dans lequel sont représentés les usagers et les représentants syndicaux au travers de l'assurance Maladie, sera également sollicité puisqu'il émet un avis sur les résultats de l'ARS

L'opportunité d'interpeler directement les usagers ou le grand public, selon divers moyens (sondages ponctuels, blogs) sera envisagée en concertation avec la CRSA (commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers). Les professionnels de santé pourront également être sollicités, en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé et les instances ordinaires.

4.2. Trois facteurs clés de succès à l'action de l'ARS

Edicter des priorités n'a de sens que si celles-ci sont réellement mises en œuvre.

Trois facteurs de succès apparaissent déjà conditionner cette réussite.

Développer une pédagogie forte et accessible aux différents acteurs

- Le champ d'action élargi de l'ARS, les nécessaires transversalités à instaurer, les coordinations à développer amènent un degré inévitable de complexité qu'il importe d'éclairer et de rendre accessible à tous
- Formation, information, communication, débats publics, affirmation du sens doivent conduire à une meilleure compréhension des

enjeux, à diminuer les résistances et à faciliter l'adhésion et l'appropriation.

Animer les projets au plus près des acteurs

- La volonté de réalisations concrètes suppose une ingénierie de projets qui n'est pas nécessairement disponible en tous points du territoire régional
- L'ARS doit pouvoir s'impliquer activement dans cette animation notamment via ses délégations territoriales et avec la participation des conférences de territoires nouvellement installées

Garantir le financement de ces priorités

- Le contexte de rigueur budgétaire implique de faire des choix. L'objectif de l'ARS consiste à ce que ces choix soient partagés par le plus grand nombre d'acteurs et d'usagers.
- Les incidences de ces choix en terme de financement n'en seront que mieux acceptés, d'autant qu'il s'agit d'être en capacité de les garantir sur la durée pour assurer la réussite des objectifs fixés.

Annexes

Résultats de la concertation et éléments de diagnostic pour une territorialisation du PSRS

Annexe 1 : Synthèse des avis et contributions issues de la concertation

Annexe 2 : Diagnostics territoriaux

Annexe 3 : Grille d'analyse comparative des indicateurs de santé dans les territoires du Languedoc Roussillon

Annexe 4 : Avis

Annexe 1 : Synthèse des avis et contributions issues de la concertation

Une concertation institutionnelle et grand public :



Le résultat de la concertation :

Le PSRS : méthode d'élaboration et éléments généraux.

Le diagnostic posé par l'Agence Régionale de Santé est globalement partagé par l'ensemble des acteurs.

D'une manière générale, les acteurs regrettent que le calendrier de la concertation soit resserré, ne permettant pas à la démocratie sanitaire de s'exercer pleinement.

Plusieurs contributeurs, dont certains sont institutionnels, demandent à être rassurés sur le fait que les focus n'occultent pas la poursuite des axes de travail entrepris depuis plusieurs années.

Dans un souci de clarté, il est demandé que soient expliquées la déclinaison et l'articulation à venir du PSRS avec les schémas et les programmes.

Le PSRS : les exigences opérationnelles.

Les remarques concernent principalement deux des cinq exigences opérationnelles : l'accessibilité et « l'évitabilité ».

Accessibilité : la correction des inégalités de santé est posée comme un objectif central compte tenu du niveau de précarité régional.

L'accessibilité pour les personnes handicapées à l'ensemble des services mérite d'être davantage développée.

Les enjeux liés à l'accessibilité sont perçus différemment selon le positionnement des acteurs dans le système de santé :

Les professionnels (URPS médecins libéraux mais aussi au sein des conférences de territoires) s'inquiètent d'une prise en compte insuffisante des risques liés à la baisse tendancielle de la démographie médicale. Les infirmiers libéraux évoquent la question des possibles transferts de compétences. L'Assurance Maladie souhaite que s'engage une réelle réflexion sur la question de la démographie des professionnels de santé.

Sur le site internet, trois axes de réflexions ont été soulignés :

- Conserver la proximité des soins, des médecins, des spécialistes, des maternités ;
- Diminuer les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez les spécialistes ;

La question de l'accessibilité – notamment financière - est une préoccupation constante des internautes qui ont participé au questionnaire.

Verbatim : « En tant qu' insuffisant rénal, je constate malheureusement que des patients partent de chez eux 2 heures avant la dialyse, pour y revenir 2 heures après, soit 9 heures en moyenne d'absence ; ce qui n'est pas le plus grave ; Par contre le centre hospitalier qui les accueille a décidé de ne plus servir de repas en hémodialyse depuis près de trois ans. Nous le dénonçons depuis avec les médecins, mais l'importance semble être ailleurs. Voici un exemple qui aujourd'hui est le plus important pour les insuffisants rénaux de mon département. »

Évitabilité : Bien que ce terme n'ait pas fait l'unanimité, il a bien été compris de tous comme comportant deux enjeux : celui de la prévention et plus largement de la promotion de la santé d'une part, celui de l'adéquation des parcours d'autre part. Pour éviter un recours inadéquat aux établissements, de l'avis de tous, une réflexion doit s'engager sur une meilleure organisation et coordination des intervenants (soins de ville, secteur social,...). Sur le site, les usagers accompagnent largement l'orientation proposée dans le PSRS de placer l'axe de la prévention et de la promotion de la santé au centre des priorités.

Verbatim : « L'évitabilité pourrait être considérée comme la priorité des priorités. »

Le PSRS : les focus.

Maladies chroniques :

Certains contributeurs ont regretté que le diabète n'ait pas été retenu dans les pathologies chroniques alors même qu'il présente une prévalence importante dans la région et constitue un facteur de risque pour certaines maladies identifiées (AVC, IRC). Au regard de leurs rôles dans la prise en charge des maladies chroniques et de la dépendance, les infirmiers libéraux proposent de contribuer aux enjeux définis par l'ARS.

Dans le questionnaire mis en ligne sur le site de l'ARS, trois propositions visent à améliorer le parcours de santé des malades :

- La prévention et la promotion de la santé, insuffisamment visible dans la déclinaison des objectifs proposés par l'ARS sur le focus des maladies chroniques
- Le développement de l'éducation thérapeutique,
- La qualité de vie des malades et leur insertion professionnelle ce qui aurait pour incidence de diminuer le coût social de la maladie.

Verbatim : « Je pense qu'il y a TROP de plans d'action... et pas assez d'actions de la part de l'Etat lorsque l'on a vraiment besoin de soins... en cas de cancer du sein, par exemple, la prothèse amovible ainsi que les soutien-gorge permettant de la mettre en place ne sont pas remboursés et ceci est un "mini-exemple ; lorsque l'on souffre d'une ALD TOUS soins y afférant DOIVENT être pris en charge à 100 %. »

« Afficher la prévention comme un axe de travail pour les maladies chroniques est une évidence qu'il est bienvenue de rappeler. Par contre les mesures et modalités décrites sont très en deçà de celles nécessaires L'approche affichée délibérément médicalisée ne peut pas permettre une démarche de prévention notamment sur l'ensemble des facteurs non médicaux qui déterminent les maladies chroniques et qui sont pourtant largement prépondérants »

Dépendance et handicap :

La prise en compte du handicap physique ou mental est insuffisante. Dans ce domaine, le déficit de coordination médicale et paramédicale entre les intervenants à domicile et entre le domicile et l'hôpital est souligné. L'accès à la prévention et aux soins et la diversification des modes de prises en charge ont été relevés.

Par ailleurs, se pose la question de l'accès pour les familles à des structures d'hébergement pour handicapés à proximité du domicile.

De nombreux contributeurs ont regretté que ne soit pas abordée la question de la santé mentale des personnes âgées.

Les familles sont en attente d'actions fortes dans l'accompagnement des aidants.

Verbatim : « L'accessibilité aux soins des personnes âgées notamment dépendantes est fondamentale. Leur transport vers un service d'urgence devrait être l'exception et considéré comme un échec de parcours de soins que l'on pourrait parfois même considérer comme de la maltraitance passive. »

Comportements favorables à la santé :

La population retenue dans les focus (enfants et adolescents) est apparue à certains comme étant trop ciblée.

Le sujet de la vaccination a été fortement mobilisateur des contributions reçues sur le site Internet et fait l'objet d'avis partagés, aussi bien des professionnels que des usagers.

L'implication des professionnels de santé pourrait être renforcée afin de modifier le comportement des assurés qui adhèrent en Languedoc-Roussillon moins qu'ailleurs aux actions de santé.

La santé au travail peu développée dans le PSRS est un thème sur lequel plusieurs partenaires sont prêts à s'engager.

Verbatim : « En Languedoc-Roussillon, ces comportements favorables ne sont pas toujours appliqués en raison de la précarité de certains milieux socioculturels pour lesquels l'accès à l'éducation et à la prévention reste difficile. »

Santé mentale :

Sur ce focus, nombreux sont les usagers qui attirent l'attention sur les problématiques que rencontrent d'autres populations que les adolescents (personnes âgées notamment).

La question de l'environnement familial est évoquée de manière récurrente, tout autant que celle de la prévention et de l'accompagnement. Cette thématique plus qu'une autre engage à la mise en coordination des acteurs du champ sanitaire et social (accès au logement, réinsertion professionnelle,...).

L'organisation et la qualité de la prise en charge des soins sans consentement sont posées par les familles en cas de crise.

Verbatim : « Vision trop restrictive du problème. Il fait insister sur la prévention. Si ce n'est pas l'ARS et les autorités de santé qui le disent, rien n'évoluera pour améliorer l'environnement des adolescents (scolaire notamment, mais aussi quartier...) souvent source de souffrance psychique. »

Sécurité et prévention des risques :

Le thème de la sécurité et de la prévention des risques a été davantage investi par les internautes que par les membres des différentes instances de la démocratie sanitaire.

De nombreux acteurs ont souligné que ces sujets sont d'une grande sensibilité médiatique, les préoccupent en tant que citoyen (environnement qualité de l'eau, habitat insalubre) ou usagers (infections nosocomiales, médicaments). De nombreuses interrogations portent sur le volume et le bon usage du médicament.

Verbatim : « L'habitat insalubre concerne les plus pauvres ; c'est une source d'inégalités. C'est une priorité. Infections et médicaments sont aussi très importants mais sont d'un autre ordre et passent par des pratiques professionnelles. »

La performance :

La lecture des différentes contributions fait apparaître une tension entre les enjeux de qualité et ceux relatifs au financement.

Pour autant, l'ensemble des acteurs plaident pour un développement des alternatives à l'hospitalisation.

La coordination entre les acteurs, condition sine qua non d'une amélioration du parcours de santé, est posée comme devant faire l'objet d'une orientation stratégique à part entière.

Verbatim : « La vraie performance serait de diminuer le recours aux soins en agissant en prévention. Cela nécessite vraisemblablement d'investir plus en prévention, mais les coûts sont bien moindres que les coûts hospitaliers. Et il faudrait donc parler de la performance en matière de prévention ce qui n'est abordé nulle part, comme si c'était une question secondaire : coopérations entre professionnels, qualité des interventions, efficacité etc... »

Annexe 2 : Diagnostics territoriaux

Nos enseignements des conférences de territoires : l'Aude

Forces

- Une attractivité retrouvée (logique de départ)
- Des indicateurs de santé globale plutôt favorables (mortalité – espérance de vie)

Faiblesses

- Le taux de pauvreté le plus élevé de la région, avec une situation de l'emploi difficile
- Accidents de la route : « Record régional » des tués par accidents de la route 10,6 / 100 accidents en 2009 (LR: 8,2 France: 7,6)
- Surcharge pondérale : Surpoids chez les garçons ; Obésité chez les filles
- Un nombre d'IVG : (192/10.000 femmes de 15 à 49 ans) supérieur au LR (171) et supérieur à la France (137)
- De mauvais indicateurs en toxicomanie

Opportunités

- Une croissance démographique appelée à se maintenir
- Une zone carrefour interrégionale (desserrement résidentiel toulousain, zone intermédiaire Béziers, Perpignan)
- Des axes de communication faciles

Menaces

- Une bipolarité du territoire sur Narbonne et Carcassonne
- Une démographie des professionnels de santé fragile +++
- Un des plus forts indices de vieillissement de la région
- Des risques: inondations et sites et sols pollués

Nos enseignements des conférences de territoires : Le Gard

Forces

Un accroissement fort de la population

Un dynamisme dans les secteurs économiques, de la santé et des services à la personne

Un tissu sanitaire important,

Faiblesses

une agriculture de petites exploitations avec un fort taux d'embauche temporaire - La fin de l'activité minière

Les taux de pauvreté et de chômage (19% et 13%) sont largement supérieurs aux taux nationaux (13% et 9%)..

Des résidents qui vont souvent travailler hors du bassin

Une offre de soins libérale inégalement répartie

Accidents de la route : une mortalité importante

Surpoids chez les garçons et les filles de 11 ans

Des mauvais indicateurs pour les addictions

Opportunités

Un positionnement optimal dans le triangle de grande accessibilité rhodanien

Une organisation hospitalière grandement restructurée et s'inscrivant dans les nouveaux modes de prise en charge

Un CHU ouvert sur son environnement et initiateur de nombreuses coopérations

Une complémentarité qui progresse entre le secteur public et le secteur privé

Menaces

La concurrence Nîmes-Montpellier

Un accès aux soins de médecine générale difficile dans l'arrière pays

Le risque récurrent d'inondations – risques infectieux en Camargue

Nos enseignements des conférences de territoires : L'Hérault

Forces

Une forte attractivité : 4^{ème} taux annuel de croissance de population au niveau français

Une forte espérance de vie à la naissance et à 60 ans
Une offre de soin importante et de qualité

Des ressources dans les champs d'expertise en santé
Une recherche active et reconnue

Un CHU qui joue un rôle de recours et de référence pour la région

Faiblesses

Situation de l'emploi difficile
Les taux de pauvreté et de chômage (18% et 13,5%) sont largement supérieurs aux taux nationaux.
-Sur le champ des addictions, de mauvais indicateurs

Des troubles du comportement dans les populations jeunes
-Surcharge pondérale : Obésité majoritairement chez les garçons
Un taux de recours à l'IVG élevé

Démographie importante des professionnels de santé mais une accessibilité géographique fragile sur certaines zones et une accessibilité financière qui inquiète

Opportunités

Une croissance démographique à réguler

Un nombre élevé de Personnes âgées et de Personnes handicapées vieillissantes, source de création d'emploi dans le domaine de la santé et de la dépendance (réservoir d'actifs)

Menaces

Tissu industriel faible amenant des départs y compris des montpellierains

Les écarts entre les revenus sont les plus marqués, source de tension sociale et d'insécurité

Des difficultés sur l'accès aux soins de médecine générale dans l'arrière pays

Nos enseignements des conférences de territoires : La Lozère

Forces

La facilitation des déplacements amenée par l'ouverture de l'A75

Une Permanence des Soins bien organisée malgré une faible densité médicale

Faiblesses

Une géographie et un climat difficiles

Une économie qui repose essentiellement sur le secteur primaire (agriculture), sur l'activité touristique, un développement des PME sans compter le secteur sanitaire et surtout médico-social.

Une attraction faible pour certaines spécialités impliquant une organisation du recours

Opportunités

Un rôle de liaison vers le Massif Central

Une croissance démographique qui se maintiendra

Un nombre important de structures pour personnes handicapées, recelant de nombreuses compétences et moteur de l'économie locale

La volonté du désenclavement numérique de la Lozère, la nécessité de solutions innovantes

Menaces

De mauvais indicateurs concernant la consommation d'alcool - les maladies cardiovasculaires

Une attractivité d'exercice à préserver pour les professionnels de santé

Nos enseignements des conférences de territoires : Les Pyrénées Orientales

Forces

- Une position excentrée, une forte identité
- Une attractivité forte sur la zone littorale
- Une offre de soin importante et de qualité
- Des démarches partenariales qui s'amorcent dans différents champs de la santé (jeunes, psy, soins palliatifs...)

Opportunités

- Economie liée au tourisme et qui mobilise les services de santé en été et en hiver
- Le plus fort indice de vieillissement de la région, couplé au pari innovant du « vieillir à domicile »
- Les enjeux du transfrontalier (euro-district avec Gérone, ouverture à l'Euro-région au cœur de l'Arc Pyrénées-Méditerranée)

Faiblesses

- Une économie de faibles revenus (travail saisonnier)
- Le poids de la précarité
- Des problématiques fortes :
 - santé mentale et addictions,
 - Un taux d'IVG des plus élevés
 - Un taux d'AVC élevé
- Alors même que la densité des spécialistes est forte, l'accessibilité reste vécue, en terme géographique comme insuffisante

Menaces

- L'accroissement des inégalités sociales et leur conséquences sur la santé
- Une crise du logement liée à la forte immigration avec un parc privé potentiellement indigne important (22 000 logements)
- Désertification en professionnels de santé se majorant sur certains territoires et appelant à de nouvelles organisations

Annexe 3 : Grille d'analyse comparative des indicateurs de santé dans les territoires du Languedoc-Roussillon

Le **PSRS** (Plan Stratégique Régional de Santé) est la première composante du Projet Régional de Santé. Il doit notamment s'appuyer sur **une bonne connaissance des caractéristiques des populations et des problèmes de santé**.

Ainsi, il est apparu nécessaire à l'ARS Languedoc-Roussillon, qu'un travail soit élaboré sur la mise en perspective d'indicateurs de santé.

Cette analyse est orientée sur une double approche comparative :

- une approche régionale,
- une analyse départementale.

Ainsi, le Languedoc-Roussillon sera comparé aux 22 autres régions françaises, tandis que les 5 départements – ou territoires – seront analysés au regard des 96 départements de la métropole.

Ce document n'est pas **une analyse définitive, ou exhaustive mais seulement un élément contributif à la réflexion et au dialogue avec les acteurs locaux et régionaux**.

Les données régionales et territoriales présentées dans ce document forment un ensemble d'indicateurs transversaux (71 au total) venant éclairer les acteurs et la population du Languedoc-Roussillon au moment de la détermination des priorités de santé pour les cinq prochaines années.

La santé de la population ne peut faire abstraction de la réalité sociale, l'amélioration des indicateurs de santé passant au moins autant par celle des conditions de vie que par celle de l'offre de recours aux services appropriés.

Sont ainsi abordés les éléments démographiques, socio-économiques ainsi que les principaux indicateurs de santé : espérance de vie, grandes causes de mortalité, mortalité prématurée et principales causes de morbidité aux différents âges de la vie.

Le Languedoc-Roussillon s'apparente aux autres régions du Sud de la France dans la mesure où l'on relève une proportion plus importante de personnes de plus de 65 ans, un taux de natalité modéré, un taux de chômage élevé, une espérance de vie légèrement plus élevée, des admissions en affections de longue durée en nombre plus important que dans les autres régions françaises.

Au-delà des grandes tendances, cette analyse met en évidence le **classement défavorable du Languedoc-Roussillon** sur les variables suivantes :

- Nombre élevé de personnes en affections de longue durée pour troubles mentaux et du comportement ;
- Mortalité prématurée élevée (avant 65 ans) des hommes et des femmes ainsi que pour le cancer du poumon ;
- Addictions : consommation importantes pour l'alcoolisme, le tabagisme et l'usage des drogues ;
- Recours très fréquent aux Interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
- Surpoids et obésité importants pour les enfants ;
- Faible taux de vaccination du ROR (Rubéole, Oreillons et Rougeole) ;
- Morbidité élevée pour les maladies de l'appareil respiratoire (dont asthme) et les maladies infectieuses et parasitaires (dont VIH).

Le niveau de précarité élevé du Languedoc-Roussillon pèse sur son état de santé.

En effet, les revenus, les situations de chômage et le niveau de diplôme sont les déterminants majeurs de l'état de santé de la population en raison des disparités de comportements et de recours aux soins qui leurs sont associés.

Les catégories les plus modestes sont les plus exposées aux conduites à risque. Ce sont aussi celles dont le recours aux structures sanitaires et aux soins est le plus faible.

Ces inégalités de santé se retrouvent dans pratiquement tous les domaines : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les accidents, des problèmes dentaires ou de santé mentale.

De plus, ces inégalités ont un caractère particulièrement précoce : avec par exemple, dès l'âge de 6 ans, des différences sociales marquées en matière d'obésité, de retard de vaccination ou de caries mal soignées.

Territorialisation de l'analyse.

Le territoire est devenu avec la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) un axe majeur de la politique régionale de santé tout autant que la recherche et le traitement des inégalités de santé entre les populations.

Les problématiques régionales se retrouvent globalement dans tous les territoires de santé. Pour autant des **particularités** peuvent être repérées :

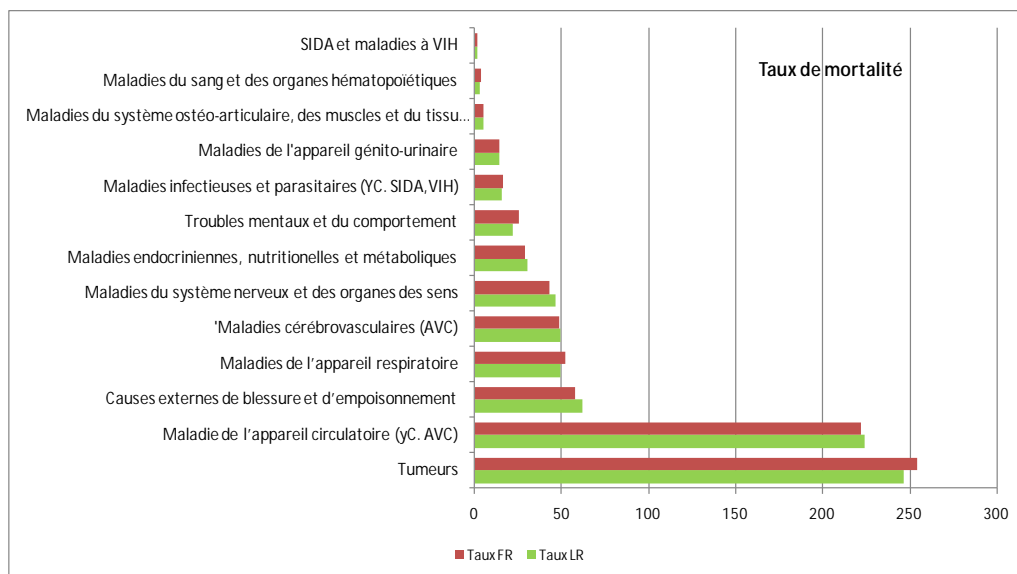
Particularités des territoires au regard du diagnostic régional				
Territoire de l'Aude / Région	Territoire du Gard / Région	Territoire de l'Hérault :	Territoire de la Lozère :	Territoire des Pyrénées Orientales : Situation préoccupante pour le cancer et les maladies cardio-vasculaires
Des territoires proches du diagnostic régional		une situation meilleure que celle de la région	un territoire à part	
Mortalité prématurée pour le cancer du poumon - comme en région – mais particularité de la mortalité prématurée pour le cancer du colon rectum. Taux élevé de mortalité après accident de la route	Mortalité avant 65 ans pour les AVC élevée Taux de mortalité après accidents de la route important	Des données de mortalité et mortalité prématurée meilleures que dans la région Des données de vaccination légèrement supérieures à la région Des données pour le dépistage du cancer du sein moins bonnes	Un contexte socio économique meilleur qu'en région Une mortalité et une mortalité prématurée plus dégradées ; Le meilleur taux régional de vaccination pour la grippe des personnes de plus de 65 ans Un faible taux d'IVG Peu de personnes sous traitement de méthadone Cancer : faible mortalité prématurée pour le cancer du poumon et le cancer du sein mais élevée pour les cancers du colon rectum Mortalité prématurée élevée pour les maladies cardio vasculaires Peu de suicides En revanches deuxième département de France pour le nombre de personnes de plus de 65 ans décédées suites à une chute Peu de maladies infectieuses et parasitaires (dont tuberculose et VIH) Peu de patients en ALD pour maladies endocriniennes (dont diabète)	Classement plus favorable que dans la région en matière d'ivresse régulière chez les jeunes âgés de 17 ans et de patients sous traitement de méthadone Bon taux de vaccination pour la grippe des personnes de plus de 65 ans Mortalité prématurée pour cancer et maladies cardio vasculaire et AVC préoccupante Mauvais classement pour le nombre de décès de personnes de plus de 65 ans suite à une chute

I – SANTE EN LANGUEDOC-ROUSSILLON

1- Mortalité.

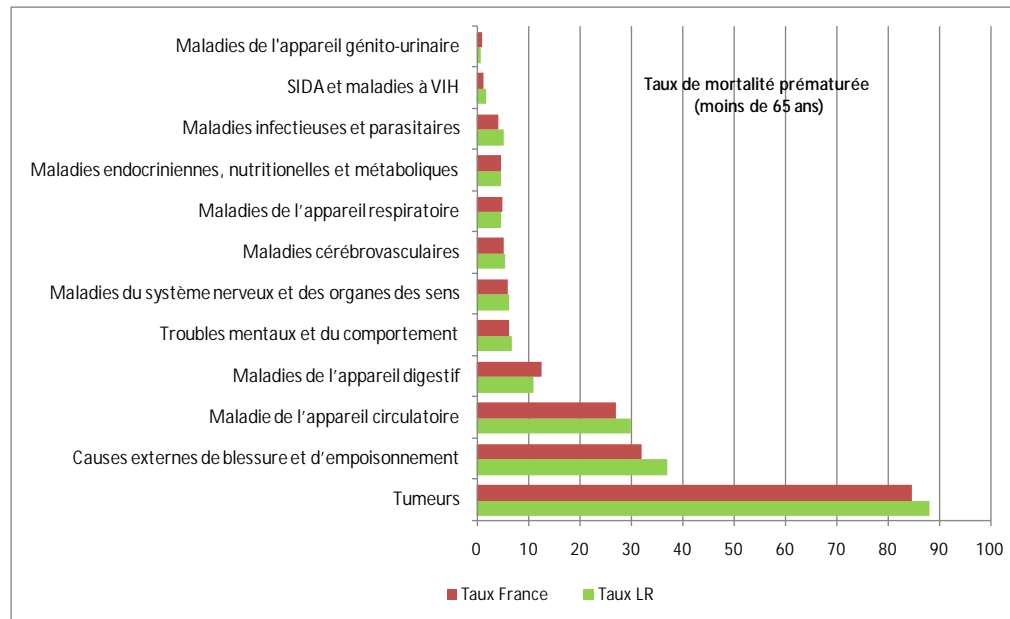
La **mortalité**, ou **taux de mortalité**, est le nombre de décès annuels rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné. La mortalité à travers ses différentes causes demeure l'indicateur exhaustif le plus accessible.

Les maladies circulatoires et les tumeurs représentent 6 décès sur 10 en France



Source : CEPIDC- 2008 - Direction de la Stratégie ARS LR 2011.- taux standardisé pour 100 000 habitants

2- Mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans).



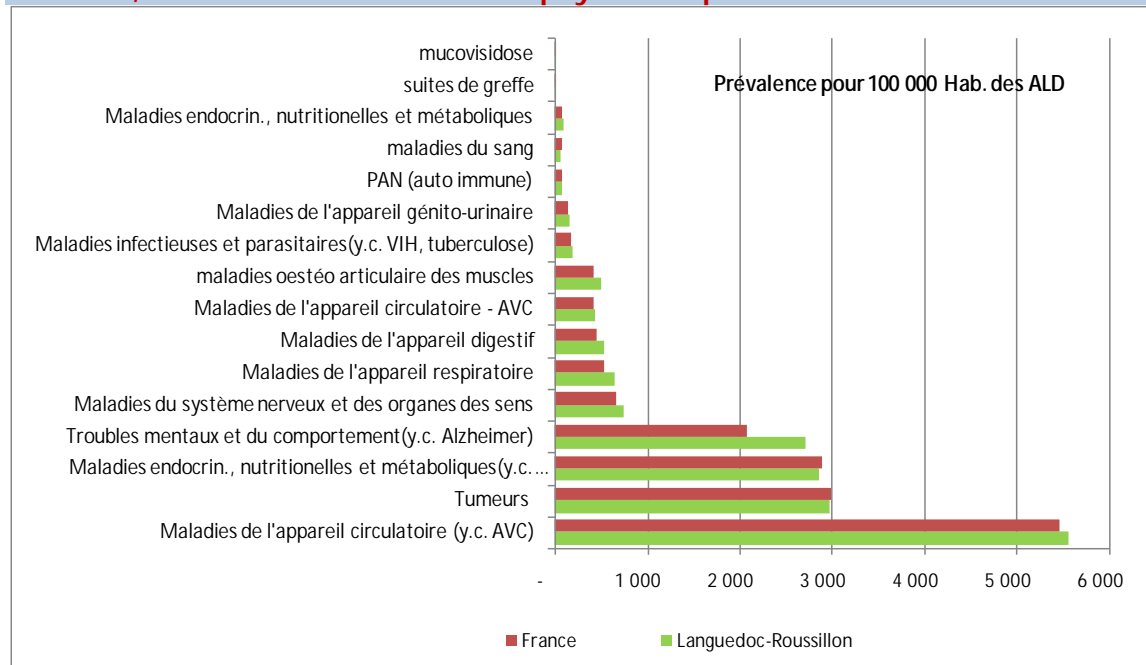
En 2006, en France, on comptait 107 753 décès prématurés (20% des décès). Un tiers de ces décès pourraient être «évités» par une réduction des comportements à risque (tabac, alcool, ...). La région présente des niveaux supérieurs pour les trois principales causes de mortalité prématurée.

Source : CEPIDC- 2008 - Direction de la Stratégie ARS LR 2011. - taux standardisé pour 100 000 habitants

3- Affections en longue maladie (ALD) ou une approche de la morbidité

Cette source (données de l'Assurance Maladie) permet d'approcher la morbidité en France.

4 pathologies rassemblent 78% des patients pris en charge en ALD en France : les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète et les troubles psychiatriques.

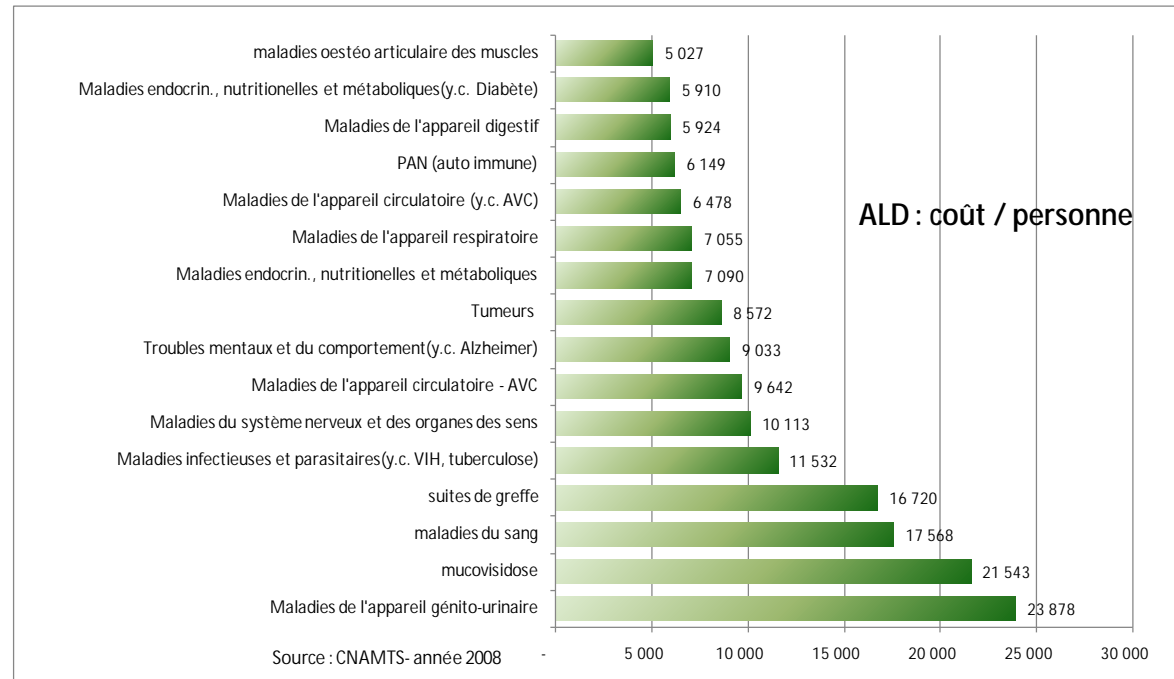


Source : CNAMTS- 2008 - Direction de la Stratégie ARS LR 2011.

La région se distingue par un nombre supérieur à la moyenne nationale pour les ALD touchant aux pathologies liées aux troubles mentaux et du comportement.

Le coût individuel annuel des ALD met en évidence certaines pathologies.

Quatre ALD se distinguent par des niveaux de coût supérieurs à la moyenne : maladies de l'appareil génito-urinaire (IRC), mucoviscidose, maladies du sang (hémophilie), suite de greffes.



II – ANALYSE COMPARATIVE DES TERRITOIRES DE SANTE DU LANGUEDOC-ROUSSILLON

1- Lecture des tableaux : Le choix a été pris de présenter les données par quartiles par ordre croissant (avec un code couleur correspondant), pour faciliter la lecture des niveaux de comparaison entre les 22 régions ou les 96 départements.

Classement de chaque <i>région</i> / 22 autres régions françaises	De 1 à 5	De 6 à 11	De 12 à 16	De 17 à 22
Classement de chaque <i>département</i> / 96 autres départements français	De 1 à 24	25 à 48	49 à 72	De 73 à 96
Lecture de l'indicateur* :	Très favorable	Favorable	Défavorable	Très défavorable

* Cette grille d'appréciation ne peut pas s'appliquer aux indicateurs démographiques : pour cette raison un code couleur différent y est appliqué.

2- Contexte démographique : une augmentation de population et un vieillissement marqué.

Démographie :	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Population RP 2007	2 565 000	345 000	691 000	1 015 000	77 000	437 000
Augmentation de la pop. 1999/2009 en %	22	85	82	91	36	86
Densité de population (2007)	11	31	64	75	1	62
Part des Jeunes de moins de 25 ans (2007)	13	72	48	12	1	62
Part des Personnes de 75 ans et plus (2007)	16	81	45	42	75	79
Indice de vieillissement (rapport entre personnes de moins de 20 ans et ceux de plus de 75 ans)- 2007	15	77	48	47	76	78

Handicap et dépendance :	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Nombre bénéficiaires adultes bénéficiant de l'AAH	44 302	6 531	10 078	17 339	2 299	8 055
Taux allocation AAH adultes- (2009)	17	72	49	65	96	71
Nombre de bénéficiaires AEEH Enfants	7015	854	1 727	3 029	176	1 229
Taux allocation AEEH enfants (0 à 19 ans)- (2009)	16	49	40	75	52	74
Nombre d'allocataires APA	58 498	7 646	14 939	24 744	2 104	9 065
Nombre de bénéf. APA /1000 pers. 75 ans et plus – (2009)	18	29	66	87	73	17

Source : INSEE- 2007 à 2010- Nombre d'AEEH par catégorie au 31/12/2009 Données CNAF + MSA

3- Contexte socio-économique : une forte précarité, excepté en Lozère.

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Héroult/96	Lozère /96	PO /96
% Chômage des 15 -64 ans (2010)	21	91	92	94	1	93
CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) (2009)	21	89	94	90	15	95
CSP : poids dans la population de 15 ans ou plus des ouvriers et employés (2008)	2	13	8	4	24	10

Le faible taux de représentation des ouvriers et employés est une caractéristique régionale liée au faible niveau du tissu industriel.

4- Indicateurs de santé généraux.

- Pour l'ensemble des départements de la région, l'**espérance de vie** se situe autour de la médiane des départements français. En région, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 77,6 et 84,5 pour les femmes :

Espérance de vie	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Espérance de vie à la naissance Hommes	15	47	48	63	39	44
Espérance de vie à la naissance Femmes	13	41	49	57	15	54

- Les taux de **mortalité prématurée**, c'est-à-dire la mortalité avant 65 ans, affichent des résultats dégradés en Languedoc-Roussillon, qu'il s'agisse de la population masculine comme de la population féminine :

Mortalité prématurée (avant 65 ans)	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Taux de mortalité prématurée (avant 65 ans)	ND	71	68	50	91	58
Mortalité prématurée Hommes (2005)	18	51	47	49	76	77
Mortalité prématurée Femmes (2005)	17	80	56	33	88	63

- S'agissant de la **mortalité infantile**, les territoires se situent dans une position relativement médiane :

Mortalité infantile et périnatale (2005-2007)	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Taux de mortalité infantile (Avant l'âge de un an)	12	32	50	43	70	69
Taux de mortalité périnatale (Moins d'une semaine)	1	10	22	30	23	11

- **Le taux de mortalité pour les femmes de 15 à 64 ans** situe la région au 19^{ème} rang sur 22 régions en France. Cette situation concerne notamment 3 départements : l'Aude, le Gard et la Lozère. **Pour les personnes âgées de 65 ans et plus**, les indicateurs de mortalité sont favorables excepté pour la Lozère :

Taux de mortalité / tranche d'âge et sexe	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Taux de mortalité 2007	15	79	40	35	92	72
Taux de mortalité des 15 à 34 ans (2005)*						
Hommes	15	21	84	40	84	28
Femmes	19	95	73	29	96	40
Taux de mortalité 35-64 ans (2005)*						
Hommes	13	57	48	61	85	78
Femmes	18	89	83	48	72	6
Taux de mortalité 65 ans ou plus (2005)*						
Hommes	6	41	37	16	85	46
Femmes	8	65	37	23	84	36

* : La validité des données de mortalité par tranche d'âge manque de robustesse compte tenu d'effectifs réduits, surtout sur la Lozère.

4- Les comportements défavorables à la santé en Languedoc-Roussillon.

Le comportement influe sur l'état d'un individu soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs.

Addictions : alcool, tabac, drogues :

La région se situe pour l'alcool, pour le tabac et l'usage régulier du cannabis respectivement aux 17^{ème}, 20^{ème} et 21^{ème} rangs français.

L'alcool :	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Ivresse régulière chez les jeunes âgés de 17 ans - source OFDT 2009- rang sur 51 dép.	17	ND	41/51	41/51	ND	25/51
Tabac :						
Tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans (rang sur 51 dép.)	20	ND	46/51	40/51	ND	51/51
Consommation de substances illicites :						
Proportion de jeunes de 17 ans déclarant un usage régulier de cannabis en en 2009 (rang sur 51 dép)	21	ND	48/51	47/51	ND	51/51
Nombre de patients sous traitement de substitution méthadone	14	57	61	78	7	21

Surpoids et obésité pour les enfants :

	LR /22
Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section maternelle	18
Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section maternelle	19

La région se caractérise par des taux importants de prévalence de l'obésité chez les enfants en grande section de maternelle (19^{ème} et 18^{ème} rang sur les deux indicateurs retenus).

Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Nombre d'IVG	9 760	1 322	2 032	4 417	136	1 853
Taux d'IVG	21	89	76	90	13	93

4 régions (Corse, Languedoc-Roussillon, PACA et l'île de France) demeurent celles où les IVG sont les plus fréquentes, avec des recours supérieurs à 17 IVG pour 1000 femmes.

La couverture vaccinale:

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Taux de vaccination ROR enfants de 2 ans (taux décroissant) –						ND
Taux de non vaccination de la grippe adultes de plus de 65 ans	ND	71	59	47	32	35

On remarque que la région et les différents départements :

- se situent dans une position médiane pour la vaccination de la grippe chez les adultes ciblés par l'Assurance Maladie.
- ont une position plutôt défavorable concernant la vaccination ROR des enfants de moins de deux ans.

5- Les pathologies les plus fréquentes.

Les cancers :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
ALD : Nombre de personnes	69 894	9 103	18198	27610	1798	13185
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	7	26	41	25	51	50
Mortalité Cancers	7	16	42	32	66	55
Mortalité prématurée (avant 65 ans)	13	59	51	52	71	84
- Mortalité prématurée par cancer de la trachée, des bronches et du poumon	17	73	63	62	44	93
- Mortalité prématurée par cancer du côlon-rectum	12	88	46	58	87	35
- Mortalité prématurée par cancer du sein	11	55	66	50	5	54
Dépistage cancer du sein (INVS- 2007-2008)	16	69	67	80	64	69

Globalement, les indicateurs relatifs à la morbidité, la mortalité et la mortalité prématurée concernant le cancer sont inférieurs en Languedoc-Roussillon par rapport à la médiane française.

La lecture des données sur le **cancer de la trachée, des bronches et du poumon** fait apparaître une surmortalité prématurée. La région occupe le 17^{ème} rang sur 22.

Maladies de l'appareil circulatoire (y compris les Accidents Vasculaires Cérébraux – AVC) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Mortalité maladies cardio vasculaires (y.c AVC)	8	44	38	19	90	57
Mortalité prématurée cardio vasculaires (y .c. AVC)	14	69	65	42	81	84
ALD : Nombre de personnes	130 811	16756	34270	50142	3680	25963
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	15	55	52	56	91	43

La situation est plutôt préoccupante si l'on considère l'indicateur relatif à la mortalité prématurée puisque 4 départements sur 5 se situent dans le 3^{ème} ou 4^{ème} quartile.

Accident Vasculaires Cérébraux :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Mortalité maladies AVC	7	47	46	27	52	74
Mortalité avant 65 ans AVC	10	58	76	11	16	84
ALD : Nombre de personnes	10 144	1 328	2 597	4 105	306	1 808
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	14	44	62	40	81	71

La position comparative de la région sur les accidents vasculaires cérébraux montre une situation intermédiaire (10^{ème} rang français en mortalité prématurée), alors que deux départements (Gard et Pyrénées-Orientales) affichent des scores défavorables.

Troubles mentaux et du comportement (dont maladie d'Alzheimer) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
ALD : Nombre de personnes	59 766	7 264	15939	22988	2563	11012
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	20	70	85	66	96	89

La région occupe le 20^{ème} rang français par le nombre de personnes prises en charge : 3 départements (Gard, Lozère, Pyrénées-Orientales) sont dans le 4^{ème} quartile et les deux autres sont dans le 3^{ème} quartile.

Alzheimer (ALD 15) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
ALD : Nombre de personnes	11 631	1 561	2 827	4 824	323	2 096
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	ND	91	86	95	96	79

Selon les données fournies par l'Assurance Maladie sur les affections de longue durée, la maladie d'Alzheimer occupe en Languedoc-Roussillon une place comparativement élevée par rapport aux autres régions.

Maladies de l'appareil génito-urinaire (dont maladies rénales) :

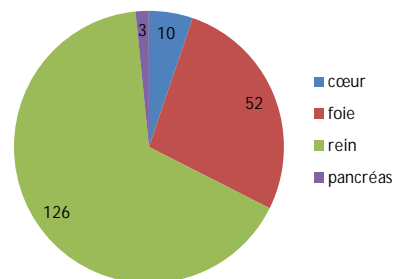
	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Mortalité	14	80	75	63	43	41
Mortalité avant 65 ans	5	6	63	29	45	2
ALD : nombre de personnes	3 635	436	917	1 618	71	593
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	17	50	59	85	13	49

En ALD, 17^{ème} rang de la région et 85^{ème} rang du département de l'Hérault. Les autres départements sont dans une situation moyenne.

Toutes Greffes :

	LR /21	Aude /94	Gard /94	Hérault /94	Lozère /94	PO /94
% (Nombre de greffés /nombre de personnes en liste d'attente) (21 régions)	16	ND	ND	ND	ND	ND
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab. (suites de greffe)	14	80	44	77	10	24

Répartition des greffes selon les organes en Languedoc-Roussillon



L'indicateur retenu, nombre de greffés sur le nombre de personnes en liste d'attente, place la région en 16^{ème} position (sur 21 régions).

En 2009, le nombre de personnes sur liste d'attente pour greffe se situe à 354 personnes ; or, 197 greffes ont été réalisées. Les greffes les plus fréquentes réalisées en Languedoc-Roussillon sont le rein (66%) et le foie (27%).

Causes externes de blessures et empoisonnement (dont accidents de la route et suicides) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Mortalité	10	64	28	37	45	43
Mortalité avant 65 ans	12	74	35	48	20	45
- Taux de décès par suicides en population générale - pour 100 000 habitants	12	66	27	38	22	39
- Taux de mortalité après accidents de la route	16	93	88	67	44	18
- Taux de mortalité par chute chez les personnes de 65 ans ou plus	ND	67	65	34	95	81

La région se classe au 16^{ème} rang sur 22 concernant la mortalité liée aux accidents de la route (Aude et Gard sont classés respectivement au 93 et 88^{ème} rang en termes de mortalité). Il s'agit d'un problème récurrent en région.

Notons par ailleurs que les chutes des personnes âgées entraînant des décès sont plus élevées dans notre région et dans nos territoires que dans le reste du territoire français.

Maladies de l'appareil respiratoire (hors cancers ; dont pneumonie, bronchite chronique, asthme,...) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Mortalité	10	57	59	7	49	68
Mortalité avant 65 ans	10	79	35	19	1	77
ALD : Nombre de personnes	14 849	1 498	3 775	5 595	434	3 547
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	20	46	80	74	91	93

Maladies infectieuses et parasitaires (dont VIH et tuberculose) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
Mortalité	12	30	24	50	25	76
Mortalité avant 65 ans	19	66	76	88	31	91
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	20	75	78	84	10	85

Le Languedoc-Roussillon occupe le 19^{ème} rang pour ces pathologies en mortalité prématurée et le 20^{ème} pour ce qui concerne le nombre de patients pris en charge en ALD. Cet indicateur reflète de manière plus directe le poids des infections virales à VIH et tuberculose.

Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (dont diabète) :

	LR /22	Aude /96	Gard /96	Hérault /96	Lozère /96	PO /96
ALD : Nombre de personnes	66914	9396	17386	25473	1346	13313
ALD : Taux standardisé pour 100 000 hab.	13	66	56	44	10	69

Position médiane de la région sur les indicateurs concernant ces maladies. Elles représentent la troisième cause d'ALD en France et dans la région par le nombre de personnes concernées. Le diabète représente dans cette catégorie la première cause d'ALD.

Annexe 4 : Contribution de la CRSA

Le 28 mars 2011



Béziers, le 28 Mars 2011

AVIS

sur le projet de Plan Stratégique Régional de Santé.

A. Méthode de l'Avis

La CRSA a été réunie en formation plénière dans les locaux du Centre Hospitalier de Béziers le 28 mars 2011 à 14h30. La feuille de présence a été signée par 76 membres de la Conférence dont 64 votants. De nombreux échanges ont animé les travaux. A 17h, il a été proposé que l'ultime rédaction soit confiée aux 5 présidents de commission siégeant en tribune. Cette proposition a été soumise au vote à main levée. Il y a eu 4 abstentions et deux oppositions.

L'avis a donc été finalisé puis à nouveau soumis au vote des 18 personnes restées en séance et participant à la correction en temps réel sur l'écran. Sur ce deuxième vote concernant le document définitif, il n'y a pas eu de demande de vote à bulletin secret. Le résultat final a été de 17 votes favorables, 1 abstention et aucune opposition.

B- Contenu de l'Avis

Réunie en formation plénière le 28 Mars 2011, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de Languedoc-Roussillon donne un avis globalement favorable au projet de Plan Stratégique Régional de Santé présenté par le Directeur Général de l'ARS de Languedoc-Roussillon le 15 Février 2011.

Elle émet cependant des observations et recommandations qui lui paraissent indispensables.

1 – Appréciations d'ordre général

La Conférence salue la qualité du travail réalisé : du diagnostic à la production d'un document synthétique.

Elle regrette cependant le rythme de la concertation imposé par un calendrier trop serré potentiellement, générateur d'un risque d'essoufflement, voire de rejet des acteurs mobilisés. En effet, pour les nouvelles instances de démocratie sanitaire, les conditions dans lesquelles les acteurs sont invités à contribuer laissent trop peu de temps pour élaborer des propositions et contre-propositions.

Avis CRSA – PSRS Soumis à la Concertation le 15 février 2011

1

Elle retrouve dans les orientations du plan stratégique, les préconisations émises par les commissions spécialisées et la commission permanente lors des travaux préparatoires

- Les questions **d'organisation, de décloisonnement et d'accessibilité** : enjeux forts en région en privilégiant la formation et l'amélioration des systèmes d'information
- La grande **précarité** : objet de préoccupations convergentes car elle détermine et aggrave l'accès à la prévention aux soins et à l'accompagnement des populations. Sur ce champ, l'intersectorialité et la coordination des politiques publiques sont des voies nécessaires
- la **prévention** : retenue à la fois comme principe d'action essentiel dans la filière de prise en charge et comme exigence opérationnelle fortement affirmée
- Les **maladies chroniques** : qui touchent des populations de plus en plus nombreuses, qui sont emblématiques des cloisonnements qui entravent encore les parcours de santé ou de vie ont été identifiées comme majeures dans le choix des priorités, avec un enjeu fort de maintien à domicile choisi en articulant les prises en charge.

Elle entend bien que, loin de vouloir abandonner les missions et activités réglementaires de l'Agence Régionale de Santé, le PSRS a l'ambition de

- ✓ partager une vision perceptible des acteurs, solidement étayée par des données objectives,
- ✓ positionner les enjeux de santé publique dans le champ des politiques publiques régionales
- ✓ être moteur d'innovation et d'expérimentation,
- ✓ prendre en compte la diversité des territoires de la région.

Cette ambition mériterait d'être explicitement mise en exergue en début de PSRS. En fixant des priorités forcément ciblées, celui-ci pourrait être ressenti comme frustrant vis-à-vis des préoccupations non citées, d'autant qu'il revêt une présentation technique qui le déshumanise.

De plus, certains points faibles vont aller en s'aggravant rapidement, points faibles qui ne sont pas suffisamment soulignés. La Conférence insiste donc sur quelques développements à inclure

2 – Observations

- La Conférence demande que soient rappelés quelques éléments de méthode sur l'intersectorialité : articulation nécessaire dans les schémas régionaux des champs de la prévention, du sanitaire (médecine de ville – ambulatoire - hospitalisation -), du médico-social et du social afin de garantir un parcours de santé et éviter sous couvert de libre choix du patient, d'ouvrir des services redondants. Cela sera facilité par une réelle fongibilité des financements. La constitution duale de la région (littoral et arrière-pays) doit tenir compte des axes de communication avec une révision régulière de l'impact.

Elle insiste sur la nécessité d'appréhender le patient dans sa globalité : l'insertion sociale des patients doit être une préoccupation permanente notamment pour les malades chroniques.

- De même, plusieurs concepts mériteraient d'être accompagnés d'une définition (évitabilité - focus - désinstitutionnalisation, ce dernier terme étant mal accepté et à éviter).
- Elle demande que soient inscrites les problématiques suivantes insuffisamment présentées, à son sens :
 - **Précarité – vulnérabilité** : c'est une problématique majeure largement partagée comme étant un facteur déterminant pour l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement, et comme facteur aggravant de problématiques de santé et sociales déjà présentes. Il convient de développer en LR une politique de santé solidaire et accessible à tous et les schémas devront tracer des pistes d'actions pour réduire les écarts. Sont concernées toutes les personnes vulnérables qu'elle que soit l'origine de cette vulnérabilité qui n'est pas seulement économique. Il s'agit de promouvoir l'égalité devant la santé (gradient social de santé). La nécessité de reconnaître et valoriser les partenariats doit être affirmée avec l'ensemble des points d'entrée potentiels : collectivités, mutuelles, associations... avec la mise en place de contractualisation ou conventionnement. Les indicateurs d'ordre social ne sont pas suffisamment pris en compte ; or, l'importance des déterminants sociaux est essentielle ; de même que les déterminants psycho-sociaux.
 - **Démographie – métiers – formations** : les données et tendances d'évolution de la démographie des professionnels de santé inquiètent profondément la Conférence. Les politiques régionales doivent agir sur tous les champs d'action impactant l'exercice professionnel :
 - plan quantitatif : nombre, schémas, numerus clausus ;
 - formation initiale et continue (compétences techniques, psycho-sociales notamment)
 - répartition des professionnels plus efficiente, par une meilleure organisation et coopération avec les professionnels de santé permettant d'assurer la continuité des soins, une permanence des soins optimale notamment dans le domaine de la réponse à l'urgence.
 - condition d'exercice : modèles d'organisation innovants. La coordination voire l'intégration des services est une condition sine qua non à la réussite des plans nationaux de santé publique.
 - nouveaux métiers : tout en continuant à s'appuyer sur les professionnels de santé libéraux ou non, s'ouvrir notamment aux métiers de la prise en charge de la dépendance ou des maladies chroniques.
 - En matière de **prévention**, la conférence souhaite qu'on évite les termes de « comportements peu vertueux » au profit de politiques publiques à mettre en place pour induire des comportements favorables à la santé. En effet, la prévention ne relève pas de la seule responsabilisation individuelle mais plutôt de politiques favorisantes qui s'adressent à l'ensemble de la population, à des citoyens. (§ 2.3.2)
 - Ainsi, en matière de vaccination, il appartient à l'ARS d'être moteur afin de remédier au manque flagrant de culture de santé publique dans ce domaine, tant chez les professionnels de santé que chez les citoyens. La rougeole qui connaît actuellement une croissance exponentielle en région, se caractérise par un taux de couverture vaccinale la plus faible de France, inversement proportionnelle au taux de démographie médicale. L'objectif est d'obtenir une couverture vaccinale efficace grâce à un travail sur la confiance, et à des outils modernes de suivi tout au long de la vie.
 - Dans le domaine n°2 des politiques favorables à la santé, devraient être ajoutées la périnatalité et la problématique des grossesses adolescentes.

- La santé au travail, dans un souci d'accessibilité à la prévention (y compris pour les demandeurs d'emploi) mérite une reconnaissance expressément soutenue, avec éventuellement l'élargissement du partenariat entre certains opérateurs (établissements et professionnels de santé libéraux) et la population locale (contrat local de santé)

- En matière de **handicap**, la Conférence s'étonne de l'absence de focus. Elle regrette que ce domaine soit peu développé, se réduisant à l'intégration en milieu ordinaire. Or, cette orientation ne saurait remettre en cause la pertinence du projet de vie qui doit être au cœur des dispositifs, quelle que soit leur nature. Elle insiste sur l'importance du diagnostic précoce et préconise que soit traité l'accompagnement de l'annonce du handicap tout au long de la vie.
- Le domaine de la **santé mentale**, devrait être étendu à la réussite éducative et à la socialisation. Au-delà des adolescents et jeunes adultes, la santé mentale concerne également les personnes handicapées adultes et notamment les personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles les maisons de retraite ne sont pas « armées ». L'adaptation des établissements à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques devrait également être abordée. La maladie mentale mérite d'être prise en compte au travers du décloisonnement des acteurs (Sanitaire / Médico-Social / Educatif), de sa chronicité d'une part, de l'accompagnement des personnes et de l'entourage (désocialisation, vie affective, etc), d'autre part.

3 – Recommandations

Au-delà des observations énoncées supra, la Conférence émet deux recommandations :

1. Reprenant le rapport 2009 de la Conférence Nationale de la Santé et parce que les inégalités de traitement ne sont pas acceptables, la Conférence demande que le PSRS retienne comme principe d'action la vigilance constante contre **les refus de soins**. Il est nécessaire d'entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance des acteurs (notamment à l'égard des bénéficiaires de la CMU), de même qu'il est souhaité que les acteurs explicitent aux patients leurs droits et les critères de qualité (lutte contre les infections nosocomiales...)
2. Un recueil de données homogènes sur le territoire est pour la conférence un impératif : elle préconise d'examiner la possibilité d'associer des organismes comme le CREA et l'ORS pour se doter d'un système d'information fiable et partagé.

En conclusion

Le retard de la participation aux travaux de la CRSA des représentants des conférences de territoire n'a pas permis de recueillir les avis des acteurs de terrain sur les spécificités territoriales. La valorisation de la santé et de la prévention par rapport aux actions curatives est un constat positif. La Conférence sera très vigilante lors de la déclinaison du PSRS en schémas et programmes territoriaux à la suite donnée au présent avis.

La Conférence estime que les priorités de santé en région Languedoc-Roussillon, telles que formalisées par le Plan Stratégique devront donner place à l'esprit d'initiative et à l'innovation (nouvelles technologies).

Elle souhaite que soient prévues dans les actions de l'ARS des formations permettant à ses membres, notamment aux représentants des usagers de faciliter leur participation à la concertation sur les schémas régionaux et les programmes.

Le Président de la Conférence de la Santé et de l'Autonomie



Professeur Henri PUJOL

ARS

DIRECTION DE LA STRATÉGIE ET DE LA PERFORMANCE

26-28 Parc Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel – CS 30001
34067 Montpellier Cedex 2
www.ars.languedocroussillon.sante.fr

