Octobre 2010

DOSSIER DE PRESSE

Construire le projet régional de santé :
Une conférence de territoire pour favoriser la concertation avec les acteurs de santé des Hautes-Pyrénées

> **Partie 1**
La construction du projet régional de santé
Les objectifs, la démarche de concertation,
Les prochaines étapes…

> **Partie 2**
La santé en Midi-Pyrénées
Un diagnostic centré sur les besoins de santé,
l'organisation des soins et la prise en charge
des personnes âgées et des handicapés.

> **Partie 3**
Focus sur votre département
Premiers éléments de diagnostic territorial
et calendrier des travaux à venir…

> **Partie 4**
En savoir plus sur l'Agence Régionale de Santé
Sa mission, ses premières orientations,
ses interlocuteurs de proximité…

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Octobre 2010

Construire le projet régional de santé : 8 conférences de territoires pour une étape de concertation avec les acteurs locaux

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
Midi-Pyrénées

> La construction du Projet Régional de Santé :

L'**Agence Régionale de Santé** prépare actuellement le Projet Régional de Santé de la région Midi-Pyrénées.

Les objectifs du Projet Régional de Santé :

- améliorer **l'articulation entre la prévention, la médecine de ville, les établissements de santé et les structures médico-sociales**
- améliorer **l'accès aux soins** dans ses dimensions sociales et géographiques
- garantir **la qualité et la pertinence des soins**
- optimiser **l'utilisation des ressources**

La démarche de construction du Projet Régional de Santé :

- une **démarche participative** qui s'appuie sur les nouvelles instances de concertation et donne une place importante aux avis des acteurs du système de santé : professionnels, usagers, élus…
  → Pour toute la région : une Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.
  → Pour chaque département : une Conférence de Territoire
  (8 départements = 8 conférences de territoires en Midi-Pyrénées)
- une **démarche prospective** pour anticiper les évolutions démographiques, médicales et techniques.

Le Projet Régional de Santé prendra appui sur les propositions des territoires.

> Le rôle des Conférences de territoire :

Un organe essentiel de la nouvelle gouvernance du système de santé en Région :

- dans chaque territoire de santé, la conférence de territoire rassemble l'expression de la communauté des **acteurs en santé de proximité**.
- elle contribue à l'élaboration du projet régional de santé puis des programmes territoriaux de santé. Elle assure un suivi de proximité de la mise en œuvre des projets.
- l'Assemblée plénière se réunit au moins 2 fois par an

Chaque conférence de territoire rassemble environ **50 membres représentant les différents acteurs locaux impliqués par les questions de santé**. Ces représentants sont répartis par collèges : établissements de santé, gestionnaires des services et établissements médico-sociaux, organismes de prévention, environnement, lutte contre la précarité, professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, pôles de santé, réseaux, établissements assurant des activités de soins à domicile, services de santé au travail, usagers, collectivités locales, Ordre des médecins et personnes qualifiées.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

La première réunion de chacune des 8 Conférences de Territoire est centrée sur **l'étape de diagnostic** sur les questions de santé, au plan régional et avec un focus départemental.

Animés par la Délégation territoriale de l'ARS, les débats sont organisés dans chaque département autour de **4 grands thèmes** :

- **les besoins de santé et parcours de santé.**
- **l'offre de soins de premier recours.**
- **l'offre de soins spécialisés.**
- **la santé des personnes âgées et handicapées.**

Les échanges entre acteurs locaux se poursuivront jusqu'en fin d'année, avant validation d'un diagnostic partagé au plan régional en janvier 2011.

> L'agenda du Projet Régional de Santé

ETAPE 1 : DIAGNOSTIC

Diagnostic régional : mai-août 2010

Échanges puis avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
→ Lancement le 12/10 à TOULOUSE

Diagnostics territoriaux et propositions des Conférences de Territoire : octobre à décembre 2010
→ Lancement le 19/10 à MONTAUBAN
→ Lancement le 20/10 à AUCH
→ Lancement le 21/10 à FOIX
→ Lancement le 25/10 à RODEZ
→ Lancement le 26/10 à ALBI
→ Lancement le 27/10 à CAHORS
→ Lancement le 05/11 à TARBES
→ Lancement le 09/11 à TOULOUSE

Finalisation du diagnostic régional : février 2011

ETAPE 2 : ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Élaboration du plan stratégique : avril-mai 2011

ETAPE 3 : PLAN D'ACTIONS

Élaboration des schémas régionaux : septembre 2011

Élaboration des programmes territoriaux : fin 2011

Octobre 2010

La santé en Midi-Pyrénées :
Premiers éléments de diagnostic sur les besoins de santé, l'organisation des soins, la prise en charge des personnes âgées et des handicapés

> La situation sanitaire en Midi-Pyrénées :

Des **indicateurs de santé globalement favorables**, mais des **disparités départementales** importantes, en lien avec les **inégalités sociales de santé** et leurs multiples déterminants (socio-économiques, comportemental mais aussi liés au système de soins..).

Des situations et évolutions préoccupantes en terme de mortalité prématurée « évitable » dans certains départements, qui traduisent des **besoins de prévention** importants.

En matière de **cancers** :
- Situation régionale relativement favorable (niveaux de mortalité significativement plus faibles que la moyenne nationale) et assez homogène dans les 8 départements mais l'incidence augmente.
- Évolution particulièrement défavorable pour le cancer du poumon chez la femme et dans certains départements (09, 31, 65).
- Première cause de mortalité prématurée.
- 2ème rang parmi les risques et maladies les plus redoutés des Français.

En matière de **maladies cardiovasculaires** :
- Des pathologies prépondérantes en termes de morbidité et de besoins de soins... même si la situation semble relativement stable et contrôlée (baisse de la mortalité, incidence stable).
- Des disparités interdépartementales importantes.

En ce qui concerne les **autres maladies chroniques** :
- Un poids important des maladies chroniques (lié notamment au vieillissement démographique).
- Le diabète : un marqueur d'inégalités sociales de santé.
- L'importance et l'impact social des troubles mentaux.

Les situations de **handicap** et de **dépendance** :
- Le vieillissement de la population régionale et l'augmentation des besoins de prise en charge des maladies chroniques et des handicaps.
- Une question centrale : le vieillissement en « bonne santé », la prévention de la perte d'autonomie.

Les comportements de santé et les **conduites à risque** :
- La prévention du surpoids et de l'obésité.
- La prise en compte des « conduites à risque » chez les jeunes (tabac, alcool…).

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Pistes de réflexion sur les priorités de santé en Midi-Pyrénées :

- La réduction du surpoids et de l'**obésité** et la lutte contre la sédentarité **chez les enfants et les adolescents** : un déterminant de santé qui intervient notamment dans la survenue de plusieurs cancers et de multiples pathologies cardiovasculaires.
- La prévention de la « **dépendance** ».
- La **promotion de la santé** des jeunes générations... (enfant et adolescents)
- La compréhension et la réduction des **inégalités sociales et territoriales de santé** dans une approche globale de santé.

> L'organisation des soins en Midi-Pyrénées :

L'offre de soins de premier recours :

La région n'est pas confrontée à un manque de professionnels, mais :

- La coordination des soins autour du patient est perfectible.
- La permanence des soins n'est pas optimisée sur un plan territorial et fonctionnel.
- Des conditions de travail difficiles.
- De nombreux départs à la retraite dans les 10 prochaines années.
- Des points forts relevés : un maillage des services d'urgence efficace et une forte mobilisation potentielle des professionnels.

Pistes de réflexion : organiser les soins de premier recours dans le bassin de santé, espace fonctionnel de coordination :

- Définir le panier de soins et de services nécessaire : articulation autour d'un « plateau technique généraliste » (accueil des urgences, laboratoire, imagerie médicale, spécialités le plus souvent sollicitées…).
- Elaborer un projet médical permettant une utilisation optimale des ressources.
- Identifier des zones « fragiles » et accompagner les projets d'installation et d'exercice regroupé.

L'offre de soins spécialisés :

Démographie médicale et offre de soins spécialisés sont inégales selon les territoires de santé :

- Le diagnostic régional confirme de fortes disparités de densités médicales entre les territoires. Les taux de renouvellement à 5 ans sont compris entre 30% (ophtalmologie, ORL) et 100% (néphrologie, pneumologie).

Analyse de l'activité hospitalière de court séjour :

- Dans certains territoires, l'attractivité des établissements de santé s'avère relativement faible : la proportion des patients hospitalisé dans leur territoire évolue de 50% à 80%, (hors urgences, hors activité de référence et hors Haute-Garonne)
- Ces disparités varient selon les spécialités médicales et chirurgicales.

Les taux de recours à l'offre de soins spécialisés présentent aussi des disparités qui ne s'expliquent pas par des facteurs épidémiologiques. Ils sont :

- Proches de la médiane nationale en médecine chirurgie obstétrique (MCO).
- Élevés pour le diabète, la chirurgie de l'appareil locomoteur, la chirurgie ophtalmologique (cataracte), les endoscopies (notamment digestives), la rhumatologie et la neurologie médicale.
- Faible pour le traitement des pathologies cancéreuses.

Trois pistes de réflexion sont à l'étude :

- Optimiser la répartition de la ressource médicale sur le territoire.
- Favoriser l'accès à des soins de qualité dans les territoires en confortant l'offre de soins dans les territoires situés hors de la Haute-Garonne.
- Promouvoir le juste soin au meilleur coût en développant les modes de prise en charge les plus efficients (par exemple la chirurgie ambulatoire).

> La prise en charge des personnes âgées et des handicapés :

La prise en charge des personnes âgées

- Parmi les problématiques identifiées, la dépendance impacte de plus en plus les services de prise en charge des personnes âgées, à domicile ou en établissements. Des hospitalisations fréquentes et répétées sont notées. Le recours aux urgences est parfois inapproprié pour des personnes âgées fragiles.
- Des pistes de travail sont envisagées pour développer la qualité de la prise en charge des personnes âgées : professionnalisation des soignants, évaluation et amélioration de la qualité de la prise en charge médicale…
- En ce qui concerne l'adaptation de l'offre aux besoins, le diagnostic fait ressortir des projections démographiques 2010/2020 contrastées pour les plus de 75 ans, des inégalités territoriales en équipement et des écarts de taux de remplissage annuels entre établissement. Par ailleurs, le coût du reste à charge des résidents en EHPAD s'avère de plus en plus élevé. En collaboration étroite avec les Conseils Généraux les pistes de travail envisagées viseront à poursuivre le développement de l'offre des structures de prise en charge à domicile en s'attachant à réduire les inégalités territoriales et à privilégier l'adaptation des EHPAD à la dépendance lourde et aux troubles du comportement.

La prise en charge des personnes handicapées

- Pour les enfants : les besoins exprimés concernent le développement des services à domicile et l'augmentation de la scolarisation, la diminution de l'accueil institutionnel et l'aggravation des problématiques en établissements.
- Pour les adultes : les besoins sont liés au vieillissement des personnes handicapées, à la difficulté de prise charge des « cas difficiles » (maladies mentales…) et à l'augmentation du handicap psychique.
- Pour la prise en charge des personnes handicapées, la région Midi-Pyrénées est globalement bien équipée… mais cette offre médico-sociale présente des inégalités dans sa répartition ou son activité. Son coût moyen par habitant est élevé par rapport à la moyenne nationale.

Octobre 2010

Eléments de diagnostic territorial dans les HAUTES-PYRÉNÉES

> L'état de santé de la population dans les Hautes Pyrénées :

Une évolution démographique stable : après un déclin démographique d'une vingtaine d'années, la population augmente à nouveau grâce à l'excédent migratoire. Cependant, la perspective d'évolution de la population présente le taux de croissance le plus faible de la région.

La situation sanitaire est globalement comparable à celle de la région MP mais un taux de mortalité générale et de mortalité prématurée supérieur à ceux de la région pour les hommes et les femmes.

Chez les hommes, la mortalité par **maladies cardiovasculaires** est supérieure à la moyenne nationale et régionale et plus particulièrement pour la mortalité par cardiopathie ischémique et dans une moindre mesure pour les AVC.

Chez les femmes, il faut noter l'importante surmortalité par AVC.

Pour les **cancers** :
Chez les femmes, on note une augmentation de la mortalité par cancer du poumon.

Pour le **diabète**, le département présente un taux de prévalence supérieur à celui de la région.

S'agissant de la mortalité liée à **des comportements à risque**, est à noter une mortalité par suicide avant 65 ans relativement élevée chez les hommes et chez les femmes.

Par contre, on observe le plus faible taux de gravité de l'accidentologie de la région

Santé des personnes âgées :

- Un vieillissement de la population des Hautes Pyrénées qui va s'accentuer d'ici à 2030 : passage de 11.8 (recensement 2006) à 16.1 (projection 2030) de la population de 75 ans et plus.
- La proportion de personnes bénéficiaires de l'APA est de 256 pour 1000 (région : 250 pour 1000)
- 4600 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentées dont 1100 hébergées en établissement.

Personnes en situation de handicap :

Les données disponibles concernent le nombre d'allocataires AEEH et AAH et l'état de l'offre médico-sociale.
Le département présente un taux d'allocataires d'AEEH le plus bas de la région alors que le taux d'AAH est le plus élevé.
En matière d'offre médico-sociale, le département se positionne en ce qui concerne les taux d'équipement, au 2ème rang régional pour le secteur enfants et au 1er rang régional pour le secteur adultes.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

> L'offre de soins de premier recours et l'offre de soins spécialisés :

Offre de soins et professionnels de santé :
En médecine générale, le département se situe au second rang en densité médicale après la Haute Garonne mais connait un fort taux de médecins généralistes de plus de 55 ans (55.1%)

Les spécialités médicales et chirurgicales sont présentes sur le territoire mais des fragilités sur les spécialités suivantes sont observées :

- En gynécologie et obstétrique
- En pédiatrie
- En psychiatrie
- En ORL et ophtalmologie

Recours aux services d'urgence :
Avec 88 129 passages en 2009, le département se situe au 2ème rang après la Haute Garonne**.**
L'activité pré-hospitalière se partage entre le SAMU SMUR de Tarbes et les SMUR de Lourdes, Lannemezan et Bagnères. 3 685 missions primaires ont été réalisées (+ 7.8% par rapport à 2008) et 840 missions secondaires réalisées par le SMUR de Tarbes (rapport annuel ORUMIP 2009).

Activité hospitalière de court séjour :

- Très bonne attractivité des établissements de santé du territoire : 82% des patients du 65, et 14.8% de patients hors 65 sont hospitalisés dans le territoire de santé positionnant le département au 2nd rang après la Haute Garonne sur ces deux indicateurs d'activité.
- Les taux de fuite concernent des sur-spécialités notamment la chirurgie du rachis et neuro-chirurgie ainsi que la chirurgie cardio-thoracique.

Les prochaines étapes du débat dans les HAUTES-PYRÉNÉES

5 novembre 2010 : Première réunion de la Conférence de territoire et présentation du diagnostic. puis constitution de 5 groupes de travail sur chacune des thématiques :

- besoins de santé - parcours de santé
- offre de soins de premier recours
- offre de soins spécialisés
- santé des personnes âgées
- santé des personnes handicapées

Novembre-Décembre 2010 : Chaque groupe se réunit pour valider le diagnostic et faire ses propositions.

Début janvier 2011 : finalisation des travaux des groupes.

Mi-janvier 2011 : Conférence plénière : avis sur le diagnostic et les propositions.
.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Octobre 2010

Les orientations de l'Agence Régionale de Santé en Midi-Pyrénées

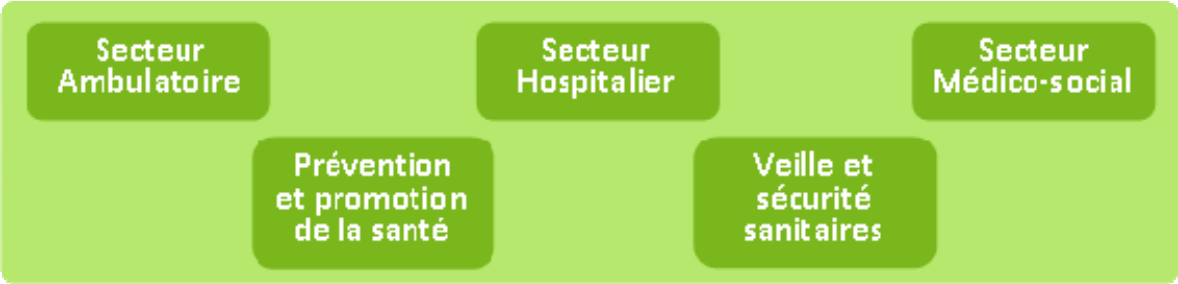
> Un décloisonnement des secteurs de la santé :

Installées en avril 2010, les Agences Régionales de Santé couvrent tous les secteurs de la santé, pour favoriser les décloisonnements et optimiser notre système de santé :

La prévention et la veille sanitaire
L'ARS définit, finance et évalue les actions en faveur de la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie. Elle organise la veille sanitaire et le suivi des éléments significatifs de la santé dans la région (notamment au travers du recueil et de tous les signalements d'évènements sanitaires) ainsi que la réponse aux alertes sanitaires, contribuant ainsi à la gestion des situations de crise en liaison avec le Préfet.

Les soins
L'ARS régule l'ensemble du champ des soins hospitaliers et des soins de ville. Elle assure le contrôle de gestion et le pilotage des ressources et de la performance de l'hôpital public.

L'accompagnement médico-social
L'ARS est en charge de la coopération entre professionnels de santé et établissements de santé. Elle facilite également la prise en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie.



> Un renforcement de la concertation de proximité :

Dans chaque région, l'ARS unifie le **pilotage territorial de la santé** en concertation avec l'ensemble des acteurs locaux. Elle est l'interlocuteur privilégié des Préfets, des professionnels de santé, des établissements de soins et médico-sociaux, des collectivités locales et des associations.

Au plus près du terrain, au plus près des besoins : dans chaque département, une **délégation territoriale** est chargée à la fois de mettre en œuvre les politiques régionales de l'ARS et d'accompagner les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets. Ces Délégations territoriales animent les Conférences de territoire.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées

Elle définit et met en œuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population, veille à la gestion efficiente du système de santé.

8 délégations territoriales départementales

Elles déclinent la politique régionale et accompagnent les acteurs locaux dans la mise en œuvre des projets.

2 instances de concertation

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Elle est chargée de participer par ses avis, à la définition de la politique régionale de santé.

8 Conférences de territoire

Elles réunissent dans chaque département tous les acteurs locaux de la santé : elles aident à identifier les besoins du territoire de santé et à déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre.

> Quatre premières orientations :

1. **Améliorer l'état de santé de la population et promouvoir l'égalité face à la santé**
2. **Prévenir et accompagner la perte d'autonomie**
3. **Optimiser les parcours de santé**
4. **Améliorer la performance des services de santé**

Cf Note « Premières orientations stratégiques » ci-après.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

NOTE : Premières orientations stratégiques
de l'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées

Date : 05/08/2010

Introduction

La région Midi-Pyrénées est la plus vaste des régions françaises métropolitaines. Elle est marquée par les contrastes importants entre ses huit départements, à la fois du point de vue de la topographie (reliefs variés de plaine, moyenne et haute montagne) et de la démographie, avec une opposition très forte entre l'agglomération toulousaine qui connaît une forte croissance de sa population et les zones rurales où elle est plus modérée. Les indicateurs de précarité traduisent toujours la relative fragilité de certaines zones plus particulièrement marquées par la pauvreté (quartiers urbains et certains cantons de l'Ariège) et de certaines populations (personnes âgées en milieu rural). L'état de santé en Midi-Pyrénées est dans l'ensemble favorable. L'offre de soins est relativement abondante mais inégalement répartie et très dispersée.

La grande hétérogénéité du territoire est donc une constante qui doit être prise en compte dans tous les domaines d'action de l'ARS.

La stratégie de l'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées est articulée autour de quatre grandes priorités : l'amélioration de l'état de santé de la population et la promotion de l'égalité face à la santé, la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie, l'optimisation des parcours de santé et l'amélioration de la performance des services de santé.

Pour chacune de ces priorités, les premiers éléments du diagnostic du projet régional de santé permettent d'esquisser les orientations pluriannuelles qui pourraient se dégager, en cohérence avec la politique nationale de santé. Parallèlement, l'ARS s'est fortement engagée dans l'action, initiant une quinzaine de « chantiers régionaux » qui ont pour objet de poursuivre la dynamique d'action antérieure à la création de l'ARS, de répondre sans délai à des besoins prioritaires et, dans un certain nombre de cas, d'expérimenter sur le terrain les propositions d'actions préconisées dans le cadre des travaux préparatoires au projet régional de santé. Chaque délégation territoriale est impliquée dans un ou plusieurs projets, ce qui permettra dans les prochains mois de fédérer l'ensemble du personnel autour d'objectifs clairement identifiés.

La présente note expose, pour chaque grande priorité, un rapide diagnostic de la situation régionale, les orientations pluriannuelles de l'ARS et les premiers chantiers régionaux.

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9
0 820 205 548 N°Indigo 0,09/mn TTC
www.ars.midipyrenees.sante.fr

1. Améliorer l'état de santé de la population et promouvoir l'égalité face à la santé

L'action de l'ARS devra être principalement centrée sur certains territoires et sur les populations les plus vulnérables

Les habitants de Midi-Pyrénées bénéficient d'une des plus longues espérances de vie de France (2ème rang). Si le taux de mortalité prématurée évitable reste inférieur à la moyenne nationale, il a néanmoins augmenté ces dernières années.

Au 31 décembre 2009, un Midi-Pyrénéen sur cinq est en affection de longue durée (soit 600 000 personnes), une sur trois étant liée à une maladie cardio-vasculaire.

L'analyse par territoire met en évidence une situation épidémiologique nettement plus défavorable pour les deux sexes en Ariège, pour les hommes dans les Hautes-Pyrénées et pour certaines pathologies dans le Tarn et Garonne (maladies cardiovasculaires et certains cancers, sein)

La prévalence de l'obésité et du surpoids a diminué chez les enfants ; elle continue à augmenter chez les adultes mais reste néanmoins inférieure à la moyenne nationale. L'usage régulier d'alcool est en diminution chez les jeunes mais les épisodes d'ivresse répétée atteignent un niveau élevé en Midi-Pyrénées. La consommation de tabac est en recul mais un quart des 15 - 75 ans fument quotidiennement. Si la région Midi-Pyrénées présente des indicateurs relativement favorables sur ces déterminants de santé, ils n'en représentent pas moins des priorités de santé publique en raison de leur impact sur la mortalité prématurée et sur les dépenses de santé.

Au-delà de l'état des lieux sur la prévalence de la précarité financière qui fait apparaître la situation défavorable de certains quartiers urbains et cantons ruraux, l'ARS ne dispose à ce jour que d'informations parcellaires sur les inégalités sociales de santé. Ainsi, à Toulouse, le pourcentage d'enfants obèses est plus élevé dans les quartiers où la précarité est la plus grande. Il en est de même pour le pourcentage d'enfants atteints de caries dentaires. La relation forte entre l'appartenance sociale et l'état de santé des populations, largement décrite par des enquêtes nationales et confirmée par certains indicateurs régionaux, conduit à **retenir la promotion de l'égalité face à la santé parmi les grandes priorités de l'ARS.**

L'amélioration de l'état de santé passe par une politique de prévention volontariste et efficace

Dans le cadre du projet régional de santé, l'ARS s'attachera à développer la politique de prévention, tout en la recentrant sur quelques priorités déterminées en fonction des gains attendus en matière d'amélioration d'état de santé, de l'efficacité des méthodes d'intervention et de la faisabilité en termes financier et humains. Dans la perspective de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, il s'agira pour chaque thème retenu de définir un programme régional identifiant les publics et les territoires prioritaires, les protocoles des actions, les intervenants et les besoins de financement. L'implication des professionnels de santé dans la promotion de la santé devra en particulier être renforcée.

Une telle démarche, qui doit être concertée avec les partenaires institutionnels de l'ARS, sera expérimentée dès 2010 **pour la promotion nutritionnelle et la lutte contre l'obésité**. L'objectif est d'élaborer un référentiel de prévention, de repérage précoce et de prise en charge de l'obésité aux différents âges de la vie, de la période périnatale jusqu'à l'âge adulte, en ciblant plus particulièrement sur les enfants de moins de 6 ans. Ce référentiel, qui servira de base aux décideurs pour offrir aux populations ciblées un programme minimum d'actions obligatoires, sera appliqué en premier lieu dans le Gers.

La promotion de l'égalité face à la santé sera prise en compte de manière transversale dans l'ensemble des politiques menées par l'ARS. Elle trouvera de surcroît une modalité d'expression privilégiée dans le cadre **des contrats locaux de santé** qui seront élaborés dans les territoires identifiés comme prioritaires. Une telle démarche a déjà été proposée en milieu urbain - à Toulouse - et en milieu rural dans le Pays d'Olmes en Ariège. L'égalité face à la santé suppose également de garantir l'accès aux soins en tout point du territoire, y compris dans les zones rurales, notamment par un maillage territorial des soins de premier recours, dont la prise en charge des urgences.

Dans le domaine de la **santé environnementale**, certaines communes proches des massifs montagneux sont alimentées par une eau présentant une contamination bactérienne fréquente ou chronique du fait de l'absence de traitement et de la vulnérabilité des captages. Bien que touchant peu de personnes, cette mauvaise qualité de l'eau concourt à accroître les inégalités de santé. En partenariat avec l'Agence de l'eau et le préfet de département, une action est engagée en Ariège, fondée en premier lieu sur une sensibilisation des élus des territoires concernés et la mise en place de mesures incitatives (notamment des aides financières).

Enfin, la préservation de santé des populations suppose une réponse optimale aux situations de crise sanitaire. Dans le cadre des protocoles de coopération avec les préfets de département, **la prévention et la gestion des alertes sanitaires** est réorganisée au niveau régional pour garantir la réactivité, la qualité de l'expertise et la pertinence des mesures de gestion.

2. Prévenir et accompagner la perte d'autonomie

La région Midi-Pyrénées est marquée par un vieillissement prononcé. Les indicateurs médico-sociaux font apparaître une situation plutôt favorable en termes de conditions de vie et d'état de santé des personnes âgées (précarité, isolement, mortalité) avec néanmoins un contraste important entre les départements ruraux et la Haute-Garonne. Pour les personnes handicapées, en l'absence de données régionales, les travaux de l'ARS sont construits sur l'hypothèse de prévalences égales à la moyenne nationale.

Tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées, l'offre médico-sociale est relativement développée mais ne répond pas pour autant à l'ensemble des besoins en raison d'une répartition inégale entre les territoires et d'une diversification insuffisante. En particulier, les capacités d'accueil pour adultes handicapés sont nettement insuffisantes dans certains territoires. Par ailleurs, les filières de soins doivent encore être optimisées pour prendre en compte les besoins spécifiques de ces personnes : prévention des hospitalisations en urgences, accès aux soins dentaires, ouverture des équipes mobiles gériatriques à l'activité extra-hospitalière...

La prise en compte de la souffrance que représente la perte d'autonomie pour les personnes concernées et leur entourage ainsi que la perspective de la poursuite du vieillissement de la population conduisent à placer cette problématique parmi les premières priorités de l'ARS.

Dans le cadre du projet régional de santé, les orientations pluriannuelles de l'ARS auront pour objectif d'organiser le parcours de santé en s'attachant à la prévention de la perte d'autonomie et en veillant à l'amélioration de la coordination au sein de l'ensemble de la filière de soins ; d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées et handicapées ; d'assurer l'adaptation qualitative et quantitative de l'offre médico-sociale aux besoins, en particulier aux besoins de certaines populations : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, malades psychiatriques vieillissants, autistes, personnes vulnérables vieillissantes… Outre la mise en œuvre du PRIAC, l'adaptation de l'offre sera réalisée par des redéploiements inter-départementaux et par des restructurations hospitalières. Par ailleurs, la contractualisation avec les établissements et structures médico-sociales sera centrée sur l'amélioration de la gestion de ces structures, le développement des mutualisations et l'incitation aux regroupements.

D'ores et déjà, l'ARS a engagé plusieurs chantiers :

- **L'accompagnement du projet expérimental de prévention de la dépendance des personnes âgées** initié par le Gérontopôle : partant du constat que 27% des personnes de plus de 80 ans sont en situation de fragilité, le projet a pour objet de mettre en place un dispositif de repérage de ces situations par les médecins généralistes, les autres intervenants à domicile et les services hospitaliers et d'organiser la prise en charge médicale de ces personnes afin de repousser l'âge d'entrée dans la dépendance
- **La promotion de la qualité de la prise en charge médicale en EHPAD** est fondée sur l'amélioration de la prescription de médicaments et sur les bonnes pratiques en nutrition. Ce projet, mis en œuvre avec le concours des organismes d'assurance maladie et réalisé avec les ARS du Limousin et de Languedoc Roussillon, repose sur une démarche d'évaluation partagée entre les EHPAD qui sera animée par les établissements de santé pivots des territoires.
- **L'amélioration de la qualification des soignants** : face à la pénurie de personnel, les établissements du secteur médico-social recourent fréquemment à du personnel non qualifié, en particulier pour les fonctions d'aide-soignante. La qualité de la prise en charge passe nécessairement par une professionnalisation des acteurs. En collaboration avec le Conseil Régional et les Conseils Généraux, la mise en adéquation des qualifications sera entreprise par tous les moyens mobilisables : formation initiale, valorisation des acquis, revalorisation des métiers soignants …
- **La généralisation du dépistage précoce de l'autisme** : la précocité du diagnostic de l'autisme permet d'initier une prise en charge éducative et médicale adaptée dont l'impact positif sur l'évolution des troubles et la perte d'autonomie a été démontrée. En Midi-Pyrénées, malgré une augmentation du nombre d'évaluations réalisées depuis 2006, le délai entre la demande de consultation et la réalisation du bilan est en moyenne de 18 mois. Pour réduire le délai de diagnostic, en particulier pour les enfants de moins de 6 ans, l'objectif est de développer des unités de proximité capables d'utiliser les référentiels diffusés par la Haute Autorité de Santé, avec l'appui technique du Centre de Ressources de l'Autisme.

Tirant l'expérience de la structure créée dans l'Aveyron en 2009, les autres unités seront déployées en 2010 dans le Tarn et en Haute-Garonne-Ariège puis en 2011 dans les autres départements.

3. Optimiser les parcours de santé

Les trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire ont permis depuis une vingtaine d'années d'instaurer une organisation graduée des soins hospitaliers dans un nombre croissant de spécialités (19 volets du SROS à ce jour) et d'améliorer considérablement le parcours hospitalier des patients. Malgré le souci d'établir des passerelles en amont et en aval, l'articulation avec les autres instruments de programmation (prévention, PRIAC, conditions d'installation des professionnels de santé libéraux) est restée limitée. Ces cloisonnements se traduisaient pour les patients par des ruptures de prise en charge pouvant se traduire par des pertes de chances.

Il convient à présent d'élaborer une méthodologie pour **organiser le parcours de santé** sur l'ensemble du champ de l'ARS, tout au long du processus de prévention et de soins, jusqu'à l'accompagnement médico-social et en lien avec les acteurs du domicile. Une telle démarche sera expérimentée dans le cadre des travaux du projet régional de santé pour trois pathologies - le cancer, la maladie mentale et le diabète - qui présentent le point commun d'être accessibles à la prévention et au dépistage et de justifier la formalisation d'un parcours de santé décloisonné. Elle pourra ensuite être appliquée à d'autres pathologies.

Le second défi à relever concerne **l'organisation des soins de premier recours,** en lien avec les réseaux de santé et les urgences hospitalières et incluant la permanence des soins. Cette organisation doit anticiper l'évolution prévisible de la démographie des professionnels de santé, problématique particulièrement prégnante dans une région à forte composante rurale comme Midi-Pyrénées, même si la démographie médicale et paramédicale y est encore élevée.

De manière générale, le projet régional de santé devra promouvoir l'approche globale du patient pour une prise en charge de meilleure qualité et plus efficiente, ce qui sous-entend de soutenir l'approche sociale et le soutien psychologique et de promouvoir la définition d'un plan personnalisé de santé pour chaque patient atteint de maladie chronique. Il conviendra également de favoriser le « brassage » entre les acteurs de la médecine de ville et ceux de la médecine hospitalière en particulier par le biais du développement professionnel continu et l'ouverture des établissements de santé aux médecins de ville. Par ailleurs, une collaboration étroite avec l'Université est d'ores et déjà initiée afin d'adapter quantitativement et qualitativement les formations aux besoins futurs et aux aspirations des nouvelles générations de médecins.

L'ARS s'est déjà fortement mobilisée autour de ces problématiques pour engager les premières actions :

- L'**anticipation de l'évolution de la démographie médicale** en particulier en zone rurale et/ou montagnarde : après identification des zones à risque de désertification, les délégations territoriales de l'ARS iront sur le terrain à la rencontre des acteurs locaux pour affiner le diagnostic et étudier au cas par cas les dispositifs à même d'attirer de jeunes professionnels : exercice regroupé ou mobile, maison de santé pluri-professionnelle, pôles de santé, qualité de vie et conditions d'exercice professionnel…

Un suivi permanent des départs et installations sera organisé sur ces territoires et un comité de pilotage régional sera mis en place pour accompagner les projets de création de maisons de santé pluri-professionnelles. Ce mode d'intervention sera testé en premier lieu par les délégations territoriales du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Tarn.

- L'**expérimentation des nouveaux dispositifs** contribuant à la modernisation des pratiques : protocoles de coopération et transfert de tâches entre les professionnels de santé, nouveaux modes de rémunération (coordination des professionnels, nouveaux services aux patients, éducation thérapeutique), professionnels de niveaux intermédiaires.
- Le **développement des systèmes d'information partagés de santé** pour améliorer la qualité et la coordination des soins : sous l'impulsion active de l'ARS, la structuration de l'ENRS est prévue pour l'automne 2010 avec la création du premier groupement de coopération sanitaire qui réunira tous les acteurs du système de santé ; parallèlement, l'ARS accompagne des projets concrets : déploiement de la téléradiologie, soutien à l'innovation (en particulier pour l'assistance à domicile), suivi de la montée en charge du dossier médical personnel.

4. Améliorer la performance des services de santé

L'analyse globale de la performance du système de santé n'a jamais été réalisée à ce jour au niveau régional. En conséquence, le diagnostic est encore parcellaire ; il est plus détaillé pour les établissements de santé (en particulier sur la qualité des soins : vigilances et circuit du médicament) et quasi-inexistant pour la médecine de ville et le secteur médico-social.

Dans le domaine hospitalier, l'offre globalement excédentaire et très dispersée restreint la performance économique. Si les restructurations sont quasiment achevées pour les maternités, elles restent à accomplir pour la chirurgie voire même pour les soins de suite et de réadaptation (structures de petite taille). Par ailleurs, on observe une situation très concurrentielle entre les établissements publics et privés dans l'agglomération toulousaine ainsi qu'à Tarbes. Le montant des déficits hospitaliers atteignait 19 M€ en 2009 (contre 37 M€ en 2007) ; trois quart du déficit est concentré sur cinq établissements de santé.

Dans le cadre du projet régional de santé, les orientations pluriannuelles de l'ARS s'attacheront en premier lieu à définir une politique de qualité s'appliquant à l'ensemble des opérateurs de santé - professionnels de santé libéraux, établissements de santé et structures médico-sociales - et portant en priorité sur l'accessibilité, les relations avec les usagers et la sécurité des soins. Le deuxième objectif sera de garantir à toute personne une offre de soins de qualité, au meilleur niveau de proximité et au moindre coût ce qui nécessite d'atténuer les fuites vers l'agglomération toulousaine (hors activité hautement spécialisée relevant d'un recours régional) pour conforter l'offre de la médecine libérale et des soins hospitaliers dans les départements périphériques. L'amélioration de la performance économique portera également sur la politique d'investissements qui doit privilégier les opérations qui présentent un bon retour sur investissement et s'insérer dans le cadre d'un véritable projet médical.

L'ARS a engagé sans tarder plusieurs chantiers visant à améliorer la performance de l'offre de soins :

- Partant du constat que les déficits hospitaliers s'expliquent toujours par un problème de positionnement dans l'offre de soins, **les restructurations hospitalières sont abordées par le biais de la coopération.** Après entente avec les élus concernés, les communautés médicales sont invitées à élaborer, sous l'égide de l'ARS, un projet médical commun, destiné à mieux répondre aux besoins de santé et à répartir les activités entre les établissements, tout en garantissant le retour à l'équilibre financier.
- Dans le cadre de l'audit de performance réalisé par l'ANAP, l'ARS a engagé le CHU de Toulouse à poursuivre une démarche encore plus volontariste d'amélioration de la performance, notamment pour financer un programme d'investissement ambitieux. Par ailleurs, la politique de rééquilibrage entre l'agglomération de Toulouse et les territoires périphériques a été appliquée au CHU dès la campagne tarifaire de 2010 pour le financement des MIGAC et les hypothèses d'activité à inscrire dans l'EPRD et le PGFP.
- Une monographie est réalisée sur les relations entre les centres hospitaliers du Sud Aveyron, les médecins de ville et les usagers qui débouchera sur la définition de recommandations de bonnes pratiques destinées à **améliorer l'attractivité des établissements de santé des territoires périphériques**.
- Une analyse de la **pertinence des soins** est en cours de réalisation avec l 'Assurance maladie. A partir de l'étude des disparités de recours pour certains actes, le respect des référentiels de l'HAS sera contrôlé à partir des dossiers médicaux puis un accompagnement des professionnels de santé sera mis en place après analyse conjointe des résultats et au regard des recommandations médicales. Cette action sera expérimentée dans le Tarn et Garonne qui présente des taux de recours particulièrement élevés.

Les gains de performance attendus dans le domaine hospitalier présentent un double objectif de concourir à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et de dégager des marges de manœuvre pour financer le projet régional de santé, dans ses composantes de prévention et d'accompagnement médico-social.

Parallèlement, l'ARS initie des travaux pour définir une politique de performance pour les établissements et structures médico-sociales (à mettre en œuvre dans le cadre de la contractualisation), ainsi que pour les professionnels de santé libéraux (à intégrer dans le cadre du plan régional de gestion du risque) et les réseaux de santé.

En conclusion, il convient de souligner que l'ARS entend utiliser tous les leviers apportés par la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* pour améliorer la réponse aux besoins de santé et la performance du système de santé. Le projet du Pays d'Olmes en Ariège illustrera cette démarche : partant du double constat d'une situation épidémiologique défavorable et de la restructuration nécessaire du centre hospitalier de santé, l'ARS va élaborer un projet global de santé avec les acteurs locaux. Les actions inscrites dans ce projet pourront concerner, en fonction des besoins identifiés, la politique de prévention, l'offre sanitaire et médico-sociale, les réseaux de santé ou un appui à l'exercice de l'activité libérale et s'inscriront en complémentarité avec la réflexion sur le devenir du centre hospitalier du Pays d'Olmes.

C'est en apportant une réponse globale de santé aux citoyens et en assignant un même niveau d'exigence à chaque opérateur que l'ARS pourra répondre aux objectifs ambitieux fixés par la représentation nationale et le gouvernement.