

© ARS Midi-Pyrénées 07/2012 • Service communication • www.midi-pyrenees.fr • Création graphique : www.manucabecq.fr • Photos : © Fotolia / Lily - Yuri Acuras - Eleonora H. - Clive Lougassi - Vladimir Voronin - Alexander Raiba...
... Ian Smith - Pavel Losevsky - Luzile - Aureana - Chloé Phyllis - Prador - Bonastave



Les orientations du Plan Stratégique Régional de Santé en Midi-Pyrénées

2012 / 2017





Avant-propos



Xavier CHASTEL

Directeur Général

Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées

Après plus de deux années de travaux et d'échanges avec tous les acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé, l'Agence régionale de santé a fixé les grandes orientations de la politique de santé que nous allons mener au service de tous en Midi-Pyrénées au cours de la période 2012-2017. Et ce en adéquation totale avec les priorités nationales.

En cette période difficile que nous connaissons, et au regard de l'exception Midi-Pyrénéenne en terme de diversité des territoires, nous avons tenu à prendre en compte les particularités de chacun des départements pour définir un maillage de l'offre de soins au plus près des besoins de tous. Nous savons que les départements ne sont pas tous touchés de la même façon par l'accroissement démographique, le vieillissement de la population, la désertification médicale ou la pauvreté. C'est pourquoi nos propositions sont systématiquement analysées en recherchant l'adéquation entre l'échelon territorial le plus pertinent et l'assurance de la qualité des soins que chacun est en droit d'attendre.

Nous avons aussi beaucoup travaillé au renforcement de la prévention, au rôle de la médecine de ville et à la coopération entre professionnels de santé. Quant à l'offre hospitalière, elle a été au cœur de nos préoccupations avec un juste compromis entre le développement de l'offre, la qualité des prises en charge et la sécurité des soins tout en essayant de résoudre le difficile problème qui s'impose à nous de la démographie médicale hors Toulouse.

Nos travaux préparatoires ont laissé toute sa place à une indispensable concertation. C'est ainsi qu'un diagnostic préalable a été élaboré. Nous avons été à l'écoute des professionnels de santé et des usagers, des différentes instances de démocratie sanitaire, des élus locaux et des services de l'État. Les échanges avec tous ces acteurs régionaux se sont prolongés pour définir nos priorités stratégiques. La déclinaison des objectifs, que nous avons voulu les plus opérationnels possibles, se fera avec eux dans le maintien d'un partenariat fort.

Le Projet régional de santé reflète ainsi notre ambition commune d'améliorer l'organisation de notre système de santé, de la prévention jusqu'aux soins et l'accompagnement médico-social.

Nous sommes désormais tous mobilisés pour relever trois grands défis de santé en Midi-Pyrénées :

- Le défi des inégalités sociales qui pèsent sur l'état de santé et l'accès aux soins des plus démunis.
- Le défi du parcours de santé afin de mieux l'organiser et ainsi prendre en charge les mères, les jeunes, les personnes âgées et les personnes handicapées sans oublier les patients atteints de maladies chroniques.
- Le défi de l'évolution de notre système de santé pour qu'il réponde au mieux aux besoins de nos concitoyens.

A partir de ces trois priorités, les actions que nous allons mener ensemble sont déclinées dans trois schémas régionaux : un schéma de prévention, un schéma organisant l'offre de soins et un schéma organisant l'offre médico-sociale. Ce dispositif est complété par des programmes spécifiques portant sur l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, mais aussi sur la gestion du risque, la télémédecine, l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

La préoccupation première de l'Agence Régionale de Santé, tout au long de ces deux années de travail, a été de donner à chaque patient le droit à une santé de qualité et à la sécurité des soins. Je pense que nous avons pratiquement atteint ce but avec notre Projet régional de santé.

A nous tous d'impulser une dynamique, de fédérer les compétences, de nous adapter aux évolutions, au service de la santé de chacun.

Ensemble, nous pourrons faire de Midi-Pyrénées une région pilote pour son savoir-faire dans le domaine de la santé. C'est de cela dont il s'agit. Vous pourrez compter sur mon entière détermination pour y parvenir. Avec vous tous.



Partie

1.

Les modalités d'élaboration du Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées

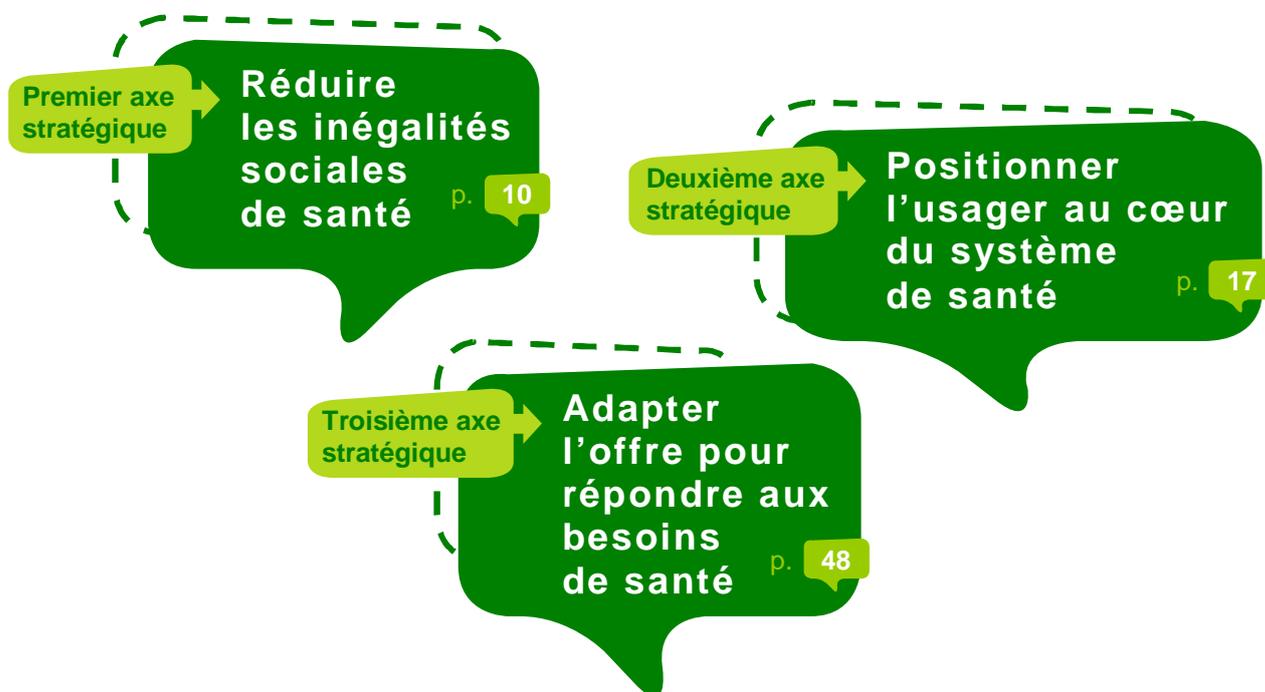
p. 4

Partie

2.

Trois défis à relever pour le Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées :

p. 9



Partie

3.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Projet régional de santé en Midi-Pyrénées

p. 76

Les orientations du
**Plan stratégique
régional de santé
en Midi-Pyrénées**



**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**
Midi-Pyrénées

Projet régional de santé

Partie

1.

Les modalités d'élaboration du Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées

1.1 Construire une politique régionale de santé répondant aux besoins de santé identifiés en Midi-Pyrénées

En application de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, issu de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de juillet 2009 et du décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé (PSRS) comporte une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Ce plan stratégique comporte en outre, des mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Il a fait l'objet d'une discussion en commissions de coordination des politiques publiques afin de s'inscrire en cohérence et en complémentarité avec les programmes et les plans développés par les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. C'est ainsi que les actions de l'agence en matière de santé environnementale sont dans le Plan régional santé environnement 2 (2011-2013), traduisant le caractère interministériel et partenarial des engagements de l'ARS sur le sujet.

Les actions concernant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ont été limitées aux champs sanitaire et médico-social. Dans le domaine médico-social qui est une compétence partagée entre l'Etat et les conseils généraux, des discussions approfondies ont été menées avec chacun des huit conseils généraux, pour accorder les priorités. Les actions dans le domaine social relèvent de la compétence des conseils généraux.

Les objectifs fixés par le plan stratégique ainsi que les conditions de son évaluation qui sont détaillés dans les trois schémas régionaux (schéma régional de prévention, schéma d'organisation de l'offre médico-sociale et schéma d'organisation des soins), et les différents programmes d'application ou de financement de ces schémas, le placent au cœur du projet régional de santé (PRS), qui est révisé au moins tous les cinq ans.

Des objectifs stratégiques déclinés jusqu'aux actions concrètes :



1.2 Une méthodologie qui permettra de garantir la mise en œuvre opérationnelle des grandes orientations stratégiques

La nécessaire implication de tous les acteurs dans la construction du plan stratégique a amené l'agence régionale de santé (ARS) à proposer, dès l'élaboration du diagnostic sur l'état de santé et l'offre de santé en Midi-Pyrénées, des orientations régionales très concrètes et opérationnelles, ouvrant d'entrée de jeu la discussion sur la feuille de route de la politique régionale de santé.

Des expérimentations menées depuis la création de l'ARS de Midi-Pyrénées, concernant notamment des dispositifs de coordination des acteurs de santé, à la fois dans les domaines sanitaires et médico-sociaux, ont permis d'initier une politique innovante construite autour de projets émanant des professionnels de terrain.

C'est pourquoi, le PSRS a été élaboré sans perdre de vue tout au long de sa construction, le chaînage conduisant à la mise en pratique de ses objectifs dans les trois schémas régionaux. Cette méthode a permis d'anticiper les collaborations nécessaires avec les partenaires institutionnels et les professionnels, d'estimer le coût des actions, de définir les indicateurs de suivi de leur efficacité, et de s'assurer de la disponibilité du financement et des moyens humains.

Au cours du travail de construction du PRS, près de 500 actions ont été comptabilisées incluant celles qui seront déclinées de manière très opérationnelle, dans les schémas d'organisation et les programmes. La moitié de ces actions ne nécessite pas un financement particulier car un grand nombre d'entre elles relèvent de modes d'organisation coordonnés et du respect et/ou de la mise en place de bonnes pratiques professionnelles. Pour l'autre moitié, le besoin de financement a fait l'objet d'une première estimation d'un montant de 135 millions d'euros.

1.3 Une démarche de concertation avec tous les acteurs et au plus près des réalités territoriales

1.3.1 Le découpage régional en territoires et bassins de santé

En Midi-Pyrénées, **chacun des huit départements de la région a été défini comme territoire de santé**. Cette échelle départementale est celle de la concertation sanitaire, notamment dans le cadre des Conférences de territoire.

En matière d'organisation des soins, chaque département est aussi le périmètre dans lequel s'organise le recours aux soins spécialisés. Ces soins doivent présenter les mêmes garanties de qualité et de sécurité dans chaque département de la région, en permettant une prise en charge rapide des patients et en évitant tout déplacement inutile vers la métropole toulousaine.

A l'échelle de chaque département, un établissement de recours territorial de qualité doit répondre à la plupart des besoins en soins et services spécialisés : médecine, chirurgie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie, urgences, équipements lourds, services de biologie et d'anatomopathologie... Dans chaque territoire de santé, ce pôle hospitalier peut être porté par plusieurs établissements publics et privés. Le recours à un niveau interdépartemental, régional voire interrégional est possible pour des activités hautement spécialisées.

Dans tous les cas où c'est possible, chacun doit bénéficier d'une prise en charge par des professionnels de santé proches de son domicile. C'est une attente légitime, partagée par tous, et parfois un véritable enjeu d'accès aux soins dans certaines zones rurales de la région. En concertation avec les élus et les professionnels de santé, l'ARS a défini **33 bassins de santé en Midi-Pyrénées**. C'est à cet échelon territorial qu'elle souhaite garantir à tous l'accès aux soins et services de santé les plus fréquemment utilisés dans la vie quotidienne.

Le bassin de santé est l'espace d'organisation et de coordination des soins du premier recours. Ils s'articulent autour du médecin traitant, de l'accès à une pharmacie, de professionnels de santé paramédicaux, d'un laboratoire de biologie, d'un cabinet de radiologie et des services d'un hôpital, a minima pour les urgences, la médecine polyvalente, la médecine gériatrique et des consultations avancées pour des spécialités médicales, chirurgicales et obstétricales.

Le bassin de santé est aussi le lieu d'organisation des parcours de santé tels que la filière gériatrique ou la prise en charge des maladies chroniques et le niveau d'organisation des structures médico-sociales de proximité.

1.3.2 Plus de 2000 personnes engagées dans la co-construction du PRS par l'agence

Une large concertation a été engagée avec l'ensemble des acteurs de Midi-Pyrénées impliqués dans le domaine de la santé. Les huit conférences de territoires ont été installées dès le mois d'octobre 2010 et sollicitées pour donner un avis sur le diagnostic territorial et faire des propositions pour l'élaboration du PRS.

La commission permanente de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ainsi que ses commissions spécialisées ont également enrichi le diagnostic initial et attiré l'attention de l'ARS sur certaines problématiques.

L'état d'avancement des projets en cours et les objectifs proposés ont été suivis au fil des travaux rédactionnels par les deux Commissions de coordination des politiques publiques (CCPP), l'une dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, ; l'autre dans le domaine des prises en charges et des accompagnements médico-sociaux.

Outre la concertation avec la CRSA et les huit conférences de territoire, 17 Comités techniques régionaux (COTER) ont été mis en place. Ils sont constitués de professionnels de santé médicaux et paramédicaux volontaires, tenus de s'exprimer en tant qu'experts, et de gestionnaires d'établissements, pour élaborer des recommandations qui constituent des aides à la décision autant auprès de l'ARS que des professionnels de santé eux-mêmes.

Chaque président de COTER a reçu une lettre de mission de l'ARS qui reprend les notions fondamentales introduites dans la loi HPST :

- Une approche territoriale avec une prise en charge graduée et coordonnée ;
- Une approche globale incluant la prévention, le sanitaire et le médico-social ;
- Un décloisonnement ville / hôpital et une meilleure coopération entre professionnels ;
- Une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

C'est sur la base des rapports rendus en juin 2011 par l'ensemble des COTER que le PSRS a été finalisé.

Les COTER accompagneront l'ARS dans la déclinaison opérationnelle de leurs propositions qui auront été retenues, afin que les professionnels de santé soient les acteurs engagés des modifications de l'organisation du système de santé.

Les 17 COTER mis en place par l'ARS Midi-Pyrénées :

- Premier recours et soins à domicile
- Périnatalité, santé de la femme et de l'enfant
- Urgences
- Risques Vasculaires
- Santé Mentale et handicap psychique
- Chirurgie, anesthésie réanimation et réanimation médicale
- Maladies chroniques, systémiques et infectieuses
- Nutrition et santé, pathologies endocriniennes et métaboliques
- Fonctions supports diagnostiques et thérapeutiques / Imagerie
- Santé au travail et Santé environnementale
- Médecine pénitentiaire
- Cancérologie, douleur et soins palliatifs
- Vieillesse et dépendance
- Santé des jeunes
- Rééducation, réadaptation et réhabilitation et handicap physique
- Addictologie
- Biologie et anatomopathologie

Pour prolonger les travaux et les échanges avec l'ensemble de ces partenaires, l'ARS Midi-Pyrénées a étendu son calendrier de concertation autour du Projet régional de santé jusqu'à l'automne 2012.

Aux côtés de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et du Conseil Régional, l'ARS a contribué en octobre 2011 à l'animation d'un débat public consacré au thème de l'offre de soins et de l'aménagement du territoire en Midi-Pyrénées.

Jusqu'à Juin 2012, de nombreuses rencontres ont été organisées sur le terrain, avec des acteurs du monde de la santé, des élus et décideurs impliqués sur ces questions en Midi-Pyrénées.

Cette étape de préparation et d'échange a été suivie d'une phase de consultation réglementaire sur le Projet régional de santé, organisée en Midi-Pyrénées jusqu'à fin septembre 2012.



Trois défis à relever pour le Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées

L'ARS Midi-Pyrénées inscrit son action dans une véritable stratégie d'amélioration de l'état de santé de la population et de meilleure efficacité du système de santé. Sa stratégie s'articule autour de trois grands défis :

Réduire les inégalités sociales de santé

L'offre de soins et les indicateurs de santé sont plutôt favorables en Midi-Pyrénées. Pour autant, les inégalités sociales impactent l'état de santé des plus vulnérables et leur accès à l'offre de santé, aux soins ou aux services médico-sociaux. La réduction de ces inégalités est une priorité pour l'ARS Midi-Pyrénées, même si la réalisation de cet objectif ne peut dépendre de la seule politique de santé. L'Agence souhaite agir dans ce sens avec l'ensemble des partenaires concernés, à travers des politiques territoriales ciblées au plus près des besoins locaux. Le choix de faire de la réduction des inégalités sociales de santé le premier axe du plan stratégique traduit la politique très volontariste de l'agence dans ce domaine.

Positionner l'usager au cœur du système de santé

On soigne de mieux en mieux des maladies hier incurables. On vit de plus en plus vieux. Les progrès des techniques médicales sont emblématiques des défis que relève le secteur de la santé. Il faut s'en réjouir. Mais la qualité de la prise en charge des patients doit rester au cœur de nos préoccupations. Cette question est cruciale en particulier pour les patients au long cours, qu'ils soient atteints de maladies chroniques ou qu'il s'agisse de personnes âgées ou handicapées. L'ARS Midi-Pyrénées ambitionne de faciliter les parcours de ces usagers dans le système de santé, sans rupture de prise en charge de la prévention aux soins, du suivi en médecine de ville, en établissement de santé, ou dans le cadre d'un accompagnement médico-social.

Adapter le système de santé pour répondre à l'évolution des besoins

L'organisation et le fonctionnement du système de santé de demain ne seront plus ceux que nous avons connus hier. Pour garantir l'accès aux soins, pour améliorer le service rendu à la population, pour en assurer l'efficacité et la qualité, notre système de santé doit sans cesse s'adapter et évoluer. Cette réorganisation de l'offre de santé relève de la responsabilité de l'ARS. C'est une mission d'intérêt général pour l'ensemble des habitants de Midi-Pyrénées, qu'ils résident en montagne, dans un territoire rural ou en périphérie de Toulouse. Les recompositions de cette offre n'ont pas pour but de « faire des économies ». Elles s'imposent afin de rendre l'offre de santé plus efficace, pour pouvoir financer des services innovants ou assurer leurs développements là où ils sont encore insuffisants.

Pour réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé, pour garantir la qualité du service rendu à la population, pour accompagner l'adaptation de notre système régional de santé à l'évolution des besoins, ce plan stratégique précise dans les pages suivantes nos objectifs d'action.

**Premier axe
stratégique**

Réduire les inégalités sociales de santé



Le défi de l'égalité de tous devant la santé

L'objectif est ambitieux : il s'agit de réduire les écarts d'espérance de vie entre catégories sociales. Entre ouvriers et cadres supérieurs, cet écart d'espérance de vie est actuellement de 7 ans en France. C'est le plus élevé des pays développés. C'est une réalité qui n'est pas acceptable et qui doit mobiliser tous les acteurs de la santé.

Notre état de santé dépend aussi de notre appartenance sociale et de notre lieu de vie. Ce constat des enquêtes nationales est confirmé par nos indicateurs régionaux. L'ARS Midi-Pyrénées fait de la réduction des inégalités sociales de santé le premier défi du projet régional de santé.

Ce défi de l'égalité de tous devant la santé doit être désormais relevé de manière concrète. Il sera décliné autour de quelques projets opérationnels sur lesquels l'ARS s'engage à obtenir des résultats dans les cinq ans. Dans le cadre de cet objectif, elle mènera un travail en partenariat avec les collectivités territoriales, les opérateurs de prévention, l'Assurance Maladie, les professionnels de santé et des partenaires actifs dans d'autres domaines que celui de la politique de santé. Au plus près du terrain, cet objectif de réduction des inégalités de santé sera en particulier décliné dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS).

Face à cet enjeu de l'égalité de tous devant la santé, l'agence a bien conscience que ses modes d'intervention nécessitent un appui méthodologique. Cette démarche sera menée en partenariat avec des équipes de recherche, pour les étapes d'observation, d'analyse, de ciblage de territoires prioritaires et d'évaluation des actions menées.

L'engagement de l'ARS

L'ARS s'engage à :

- > Définir en partenariat avec des équipes de recherche des modes d'intervention efficaces sur la réduction des inégalités sociales de santé.
- > Mettre en œuvre un programme régional de prévention de l'obésité contribuant à réduire les inégalités sociales de santé.
- > Améliorer l'accès aux soins et aux services des personnes les plus vulnérables.
- > Favoriser la signature de Contrats locaux de Santé (CLS) pour agir au plus près des besoins prioritaires.

Partie

2.

Trois défis à relever pour le Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées

Premier axe stratégique

Réduire les inégalités sociales de santé

1 > Définir des modes d'intervention efficaces sur la réduction des inégalités sociales de santé dans le cadre d'un partenariat avec des équipes de recherche

p. 12

2 > Mettre en œuvre un programme régional de prévention de l'obésité contribuant à réduire les inégalités sociales de santé

p. 12

3 > Améliorer l'accès aux soins et aux services des personnes les plus vulnérables

p. 13

4 > Répondre aux besoins de santé au plus près des lieux de vie, dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS)

p. 15

5 > Agir sur les principaux déterminants environnementaux en lien avec la santé

p. 16

1 >

Définir des modes d'intervention efficaces sur la réduction des inégalités sociales de santé dans le cadre d'un partenariat avec des équipes de recherche

Tirant le parti de la présence d'équipes de recherche spécialisées dans ce domaine en Midi-Pyrénées, l'ARS a engagé un partenariat avec l'institut fédératif de recherche interdisciplinaire santé société (Iferiss) de la faculté de médecine de Toulouse avec l'ambition de développer de nouvelles méthodes d'observation et d'analyse pour évaluer l'impact des actions menées au regard de l'objectif de réduction des inégalités sociales en santé .

Un travail collaboratif sera mené pour élaborer un indicateur permettant de cibler des territoires caractérisés par une surreprésentation de populations en situation de désavantage social et prenant en compte d'autres critères que celui de la précarité.

2 >

Mettre en œuvre un programme régional de prévention de l'obésité contribuant à réduire les inégalités sociales de santé

Des études épidémiologiques ont mis en évidence une prévalence plus élevée de l'obésité chez les populations à niveau socio-économique modeste, avec les conséquences néfastes bien connues sur l'état de santé (diabète, cancers, maladies cardiovasculaires...).

On constate que la préconisation de consommation de cinq fruits et légumes par jour a été perçue comme un objectif quasi-inatteignable par les plus démunis.

La diminution de la prévalence de l'obésité observée ces dernières années masque en fait une augmentation des inégalités sociales de santé, dans la mesure où elle n'a diminué que parmi les populations favorisées alors qu'elle restait stable parmi les populations défavorisées.

Le programme régional de prévention de l'obésité que l'ARS met en place vise à développer une méthodologie efficace pour que les populations socialement les plus vulnérables comprennent mieux les messages et suivent les préconisations.

Par ailleurs, les actions menées par l'ARS s'inscriront dans une dynamique territoriale de parcours de santé, allant de la prévention à la prise en charge et au suivi personnalisé.

2.1

Fournir un cadre de référence régional pour harmoniser, coordonner les pratiques et mettre en lien les partenaires institutionnels

Un guide de référence régional cadrant les définitions, les référentiels existants, les principes d'organisation proposée de la prévention à la prise en charge (choix de publics, outils et lieux d'intervention les plus pertinents) est en cours d'élaboration.

L'observation épidémiologique sera développée en finalisant le partenariat avec l'Education nationale pour un recueil pérenne de données en classe de grande section de maternelle et en sixième.

L'ARS mobilisera ses partenaires institutionnels pour agir sur l'environnement nutritionnel :

- En favorisant l'adhésion des collectivités territoriales et entreprises à la charte du Programme national nutrition santé (PNNS), qui porte entre autre sur la mobilisation au niveau de la restauration collective et la promotion de l'éducation physique,
- En participant à la formation des personnels d'encadrement de l'Éducation nationale,
- En sensibilisant les futures mères à leur propre équilibre nutritionnel ainsi qu'à celui de leur futur enfant notamment lors des examens de suivi de grossesse, lors du séjour à la maternité et lors du suivi de l'enfant en service de protection maternelle infantile (PMI), le cas échéant,
- En agissant auprès des jeunes (adolescents, étudiants) pour les sensibiliser à être acteurs de leur santé particulièrement sur la qualité nutritionnelle de leur alimentation, sur leur exercice physique et sur leur hygiène relative au sommeil.

2.2 Coordonner un parcours de santé autour de la personne obèse ou à risque dans une logique de dynamique territoriale

Il est important de s'assurer que nos concitoyens disposeront de professionnels informés et formés sur les référentiels validés. Le repérage des personnes en surpoids par le médecin traitant, le pharmacien, l'infirmier ou le kinésithérapeute dans leur exercice quotidien sera suivi d'une orientation adaptée.

La prévention et la prise en charge seront organisées dans le cadre d'une offre graduée pour assurer la diffusion des outils et des bonnes pratiques :

- Dans les bassins de santé, autour d'une équipe d'animation et de prise en charge pluridisciplinaire : personnel médical, paramédical, actiphysicien, diététicien
- Dans les territoires, autour d'une équipe médicale et d'un plateau technique spécialisés en nutrition-endocrinologie (notamment l'éducation thérapeutique)
- Au niveau régional, dans un centre de référence, adossé à un plateau technique (notamment Soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés).

3 Améliorer l'accès aux soins et aux services des personnes les plus vulnérables

3.1 Promouvoir l'accessibilité financière aux soins pour tous les publics

L'ARS et l'Assurance Maladie ont choisi d'intégrer l'accessibilité financière aux soins dans les actions régionales du Plan pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR). Ce partenariat institutionnel permettra à partir d'un diagnostic régional, de diffuser et de mutualiser les dispositifs ou actions que les caisses ont déjà mises en place sur cette thématique.

L'Assurance Maladie, l'ARS et la Mutualité développeront l'accès à l'aide à la complémentaire santé (ACS), notamment par des informations ciblées auprès des professionnels de santé pour que les personnes se situant à la limite supérieure des plafonds de ressources pour l'attribution de la CMU complémentaire, aient connaissance de ce dispositif et puissent effectivement l'utiliser, notamment en remédiant au problème du reste à charge. Dans un premier temps, le tiers payant « intégral » (part obligatoire et part complémentaire) sera déployé pour tous les assurés dans les maisons médicales de garde. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles constitueront une deuxième étape, avant d'envisager, dans le respect de la convention médicale nationale, un déploiement régional sur l'ensemble des médecins généralistes.

L'agence engagera une réflexion avec le Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes et l'Assurance maladie pour étudier comment favoriser l'accès des personnes en situation de précarité aux soins dentaires.

Concernant l'accès aux tarifs conventionnés et les dépassements d'honoraires, l'ARS réalisera un état des lieux, en lien avec l'Assurance maladie et les représentants des usagers, sur quelques spécialités pour évaluer l'application de la notion de tact et mesure et le respect de la réglementation sur l'activité libérale en établissement de santé et en médecine de ville.

Une attention particulière devra notamment être portée sur le cas des patients qui se trouvent juste au dessus du seuil ouvrant droit à la CMU, et qui peuvent être confrontés à des dépassements d'honoraires liés à certaines conditions d'exercice ou à certaines charges assurantielles. Ces situations de difficultés d'accès aux soins devront être examinées avec les représentants des professionnels de santé, pour aboutir à un engagement significatif de ces derniers dans cette démarche.

3.2 Contribuer à la lutte contre l'exclusion pour les personnes en situation de vulnérabilité

Si les inégalités sociales de santé se manifestent dans l'ensemble de la population, il n'en demeure pas moins que les plus démunis sont les plus touchés par ces questions, puisqu'il est constaté que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure.

Par cet objectif stratégique de lutte contre l'exclusion, l'agence vise à améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de grande précarité. Un premier champ d'actions s'articulera autour des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), avec la mise en place d'une coordination régionale pour échanger autour des pratiques professionnelles. L'ARS soutiendra le développement de prestations complémentaires, notamment dentaires et psychiatriques dans les PASS et leur demandera de développer les interventions extrahospitalières.

Les PASS pourront accueillir, sur la base du volontariat, des médecins libéraux.

Par ailleurs, la question prédominante de la souffrance psycho-sociale parmi ces populations, sera également prise en compte, par le repérage et l'accompagnement médical et social.

3.3 Prendre appui sur les services de santé au travail pour insérer les plus vulnérables dans un parcours de santé

Le recueil des données et le partage des connaissances en santé au travail est une volonté commune à l'ARS et aux services de santé au travail, en particulier concernant les travailleurs vulnérables qui doivent être repérés et suivis afin de leur favoriser l'accès aux soins.

Le champ des actions collaboratives que mènera l'ARS avec la DIRECCTE et les professionnels de santé portera essentiellement sur l'influence du travail sur les principales pathologies chroniques (troubles musculo-squelettiques, pathologies cancéreuses, métaboliques, cardiovasculaires) et sur le risque psycho-social.

L'objectif prioritaire sera de favoriser les relations entre la médecine du travail et la médecine de ville et ainsi assurer la continuité des prises en charge, pour un retour rapide au travail, de manière à réduire les inaptitudes au travail voire les invalidités.

Les procédures de repérage des personnes vulnérables et les protocoles de suivi entre la médecine du travail et la médecine de ville seront élaborés à partir des recommandations émises par les COTER « Santé au travail » et « Premier recours » et testés auprès de services de santé au travail volontaires.

La précarité professionnelle aggrave les facteurs de risques sanitaires : travailleurs intérimaires ou saisonniers, travail à temps partiel avec faible niveau de revenus, chômage et surtout chômage de longue durée...

La médecine de « main d'œuvre » est la seule activité médicale tournée spécifiquement vers les questions médicales des chômeurs. Cependant son action se limite à donner les raisons médicales qui s'opposent au projet professionnel proposé par un conseiller de Pôle Emploi. Cette médecine de main d'œuvre réalisée classiquement par des médecins généralistes, est assez peu attractive sur le plan de la rémunération, ce qui ne permet pas à Pôle Emploi d'avoir un réseau régional de praticiens disponibles.

Le champ des actions de l'ARS menées en partenariat avec la DIRECCTE, portera d'une part sur le développement avec Pôle Emploi, d'un réseau de médecins généralistes assurant la mission de médecine de « main d'œuvre », et d'autre part sur l'identification de médecins du travail référents pour améliorer la qualité de l'orientation professionnelle. Il s'agira d'étendre ce réseau dans toute la région et ainsi favoriser l'accès à la prévention des personnes dépitées lors de ces consultations, et/ou les faire rentrer dans un parcours de soins.

4 >

Répondre aux besoins de santé au plus près des lieux de vie, dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS)

Nouvel outil issu de la loi HPST, **le contrat local de santé vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.**

L'ARS Midi-Pyrénées souhaite en faire un des instruments majeurs de sa politique de réduction des inégalités sociales de santé en prévoyant d'en signer huit d'ici la fin de l'année 2013, dans les zones défavorisées. D'ores et déjà, deux chantiers expérimentaux, ont été initiés dans la région, l'un dans le département de l'Ariège, concerne le Pays des Pyrénées Cathares (deux cantons en zone rurale) et l'autre à Toulouse, en ciblant dans un premier temps les quartiers du Grand Mirail et du centre ville.

Le contrat local de santé constitue un instrument de dynamisation et de consolidation du partenariat local sur les questions de santé, puisque l'agence doit s'attacher à travers l'élaboration de ces contrats à rechercher l'adhésion des collectivités locales, mais aussi des autres partenaires institutionnels que sont notamment les services de l'État et de l'Assurance maladie.

Les contrats portent sur des zones de proximité, urbaines ou rurales, présentant une vulnérabilité particulière. La démarche s'appuie sur un diagnostic territorial partagé, regroupant des éléments quantitatifs mais aussi qualitatifs analysant les forces et les faiblesses du territoire.

Les enjeux prioritaires sont définis de manière conjointe entre l'ARS et les partenaires potentiels et sont déclinés dans un programme pluriannuel d'actions, avec des objectifs précis et évaluables. Tous les champs de compétence de l'agence peuvent être concernés y compris en matière de santé environnementale.

Agir sur les principaux déterminants environnementaux en lien avec la santé

Pour répondre aux principaux enjeux en lien avec la santé environnementale, tels que définis dans le Plan régional santé-environnement 2 (PRSE2), il convient de coordonner les actions des différents opérateurs, d'améliorer les connaissances et échanges d'information afin de renforcer les démarches de communication et de pédagogie auprès du grand public, d'anticiper les risques et les mesures de prévention à mettre en place.

L'ARS Midi-Pyrénées interviendra particulièrement sur deux champs majeurs, à savoir, la surveillance et la préservation de la qualité des eaux potables d'une part, le repérage et le traitement des situations d'habitat insalubre d'autre part.

**Deuxième axe
stratégique**

Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé



Pourquoi parler de « parcours de santé » ?

Chaque usager du système de santé souhaite bénéficier d'une prise en charge coordonnée entre des interlocuteurs qui lui parlent et qui se parlent. Les usagers expriment aussi un besoin de lisibilité de ces parcours de santé à suivre.

La qualité de la prise en charge ne dépend pas seulement de la compétence technique des soignants. Elle repose aussi sur la capacité des différents intervenants à travailler ensemble. Il n'est plus acceptable qu'un patient subisse un cheminement chaotique entre des interlocuteurs multiples et mal coordonnés.

Cette exigence est accentuée pour certaines populations, soit parce que l'action auprès d'elles est déterminante pour l'avenir (la petite enfance, les jeunes...), soit parce que leur prise en charge s'inscrit souvent dans la durée (les patients atteints de maladies chroniques, de troubles mentaux...), soit parce qu'elles sont plus fragiles (personnes âgées, personnes handicapées...). Ce sont les parcours de santé dont l'ARS fait sa priorité.

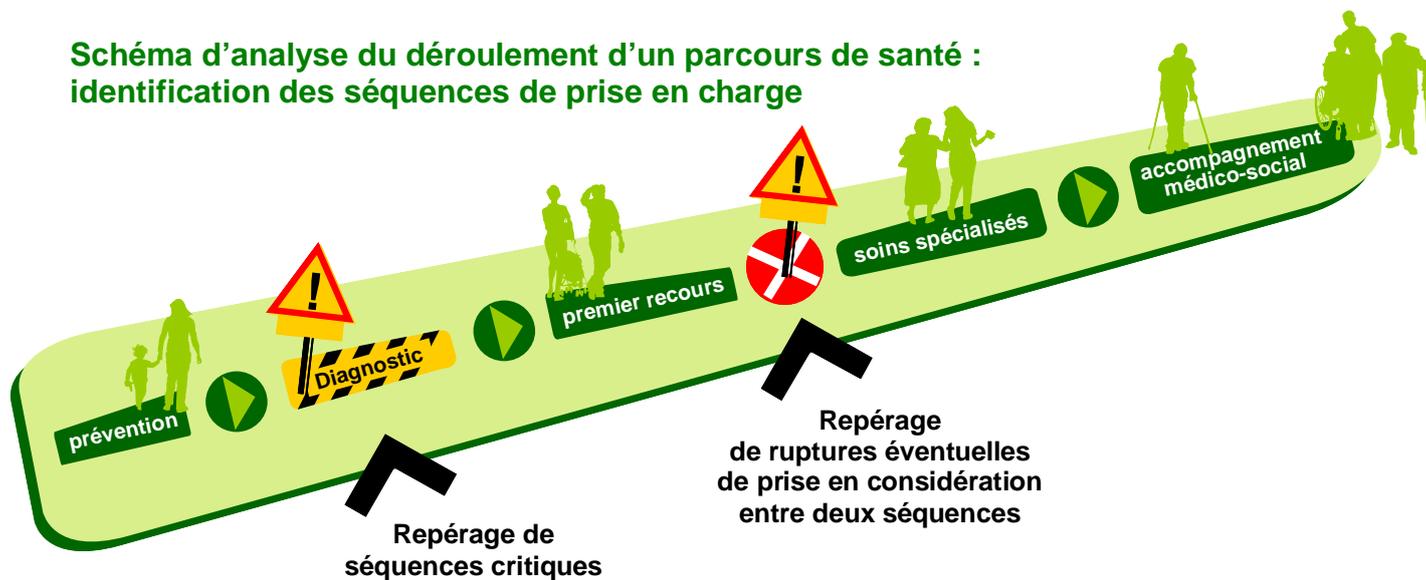
Comment améliorer les parcours de santé ?

Pour l'ARS Midi-Pyrénées, c'est l'organisation du système de santé qui doit s'adapter aux parcours de chacun, et non l'inverse. L'utilisateur doit être positionné au cœur du système de santé. C'est la seconde priorité de notre Projet régional de santé.

L'amélioration des parcours de santé commence par la prévention. Nous devons tout faire pour éviter qu'apparaisse la maladie. Rester en bonne santé, c'est le début d'un bon parcours de santé et cela passe par le suivi de conseils de prévention ciblés. Ces actions doivent être revalorisées dans les parcours de santé, pour accentuer leur efficacité.

Un parcours de santé est fait d'étapes successives, entre la prévention, le dépistage, les soins de ville, la prise en charge hospitalière voire l'accompagnement médico-social. Chaque rupture dans ces parcours nuit à une prise en charge de qualité pour l'utilisateur. Nous devons donc garantir autour du patient la meilleure synergie entre les interlocuteurs successifs de son parcours de santé. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre acteurs, dans le cadre de parcours de santé facilités et coordonnés.

Schéma d'analyse du déroulement d'un parcours de santé : identification des séquences de prise en charge



L'objectif est aussi de faciliter l'orientation de l'utilisateur dans son parcours de santé. Chacun doit avoir accès à l'information nécessaire pour être correctement orienté dans le système de soins et trouver un acteur de santé qui assure sa prise en charge. Cette lisibilité du parcours de santé concourt à l'accès aux soins.

L'engagement de l'ARS

L'ARS s'engage à améliorer en priorité 8 parcours de santé en Midi-Pyrénées. Ces parcours ont été déterminés à la suite du recueil épidémiologique recensé en phase de diagnostic.

Quatre parcours visent des populations qui présentent des besoins de prise en charge spécifiques :

- > Les mères et enfants : c'est pendant la grossesse et la petite enfance que se jouent les enjeux les plus importants de prévention et de prise en charge de la future santé de chacun.
- > Les jeunes : une véritable politique de santé est à construire vers cette population spécifique.
- > Les personnes âgées : Midi-Pyrénées peut s'appuyer sur les travaux du Gérontopôle de Toulouse, pour mener dans la région des actions ambitieuses en matière de prévention, d'accompagnement de la préservation de l'autonomie et de structuration de la filière gériatrique.
- > Les personnes en situation de handicap : les capacités de dépistage précoce, d'accompagnement et d'accueil demeurent nettement insuffisantes dans certains territoires.

Quatre autres parcours de santé concernent des patients atteints de certaines pathologies particulièrement prégnantes en Midi-Pyrénées, et donc à forts enjeux en termes de santé publique :

- > Les cancers : leur importance et leur incidence croissante en font un des problèmes majeurs de santé publique.
- > Le diabète : c'est la principale maladie chronique dont les conséquences sont handicapantes sur la vie quotidienne et qui entraîne souvent d'autres.
- > Les troubles mentaux : il s'agit de favoriser le bien-être psychique des populations, car ils sont sources d'hospitalisations fréquentes.
- > Les accidents vasculaires cérébraux : la prévention et une prise en charge adaptée en urgence peuvent réduire des séquelles souvent invalidantes.

Partie

2.

Trois défis à relever pour le Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées

Deuxième axe stratégique

Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé

1 > Le parcours mère-nourrisson

p. 20

2 > Le parcours de santé des jeunes

p. 23

3 > Le parcours de la personne âgée

p. 26

4 > Le parcours de la personne en situation de handicap

p. 31

5 > Le parcours de santé du patient atteint d'un cancer

p. 35

6 > Le parcours de santé des patients diabétiques

p. 40

7 > Le parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux

p. 43

8 > Le parcours de la personne victime d'un accident vasculaire cérébral

p. 46

La mise en place d'un parcours de santé gradué, décloisonné et coordonné dès le début de la grossesse permettra de prévenir les comportements à risques aux moments clés de la vie de la femme et de l'enfant.

1.1 Améliorer la qualité du suivi et des prises en charge

Les deux réseaux régionaux existants - MATERMIP et P'titMIP - seront chargés de diffuser auprès des professionnels et des structures liées à la maternité et à l'enfance leur savoir faire afin d'organiser leurs coopérations, promouvoir les bonnes pratiques dans le domaine en validant des procédures ou protocoles que les professionnels eux-mêmes auront formalisés.

L'ARS demandera ainsi, dans le champ de la périnatalité, à MATERMIP de poursuivre ses actions autour de la promotion de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des grossesses et des accouchements ; en aval, P'titMIP assurera l'orientation des nouveau-nés vulnérables et les jeunes enfants, en particulier ceux atteints de troubles de l'apprentissage.

1.1.1 Repérer et orienter les situations à risque psychosocial pendant la grossesse

MATERMIP sera chargé de former les sages-femmes à la conduite de l'entretien prénatal précoce du quatrième mois. Contrairement aux autres consultations prénatales, cet entretien n'est pas orienté sur le suivi médical mais sur le dépistage des risques psychosociaux (conduites addictives, précarité, pathologies psychiatriques...) et l'orientation des femmes concernées.

Pour évaluer le déploiement du dispositif, MATERMIP organisera la traçabilité de l'entretien.

1.1.2 Généraliser le dépistage des handicaps chez les nouveaux nés et les jeunes enfants

Le développement du dépistage et du diagnostic précoce chez les enfants atteints de déficiences sensorielles et de troubles spécifiques des apprentissages passe par l'amélioration de l'information et de l'accompagnement des familles, ce qui suppose de mettre en place une information prénatale, au cours de la grossesse et à la naissance.

MATERMIP proposera des actions permettant dans toutes les maternités de la région de mettre en œuvre les dépistages néonataux recommandés par les sociétés savantes.

Le repérage des nouveau-nés à risque de handicap, pour confirmation de diagnostic et une prise en charge précoce seront confiés à P'titMIP.

Par ailleurs, l'ARS s'assurera, en lien avec P'titMIP, que les professionnels intervenant auprès des nourrissons et des jeunes enfants, soient correctement formés sur le diagnostic précoce des troubles de l'apprentissage et sur les modalités d'accompagnement des enfants et des parents. En ambulatoire, elle sensibilisera plus particulièrement les médecins généralistes, les services de protection maternelle et infantile (PMI), les professionnels des crèches et de l'éducation nationale au repérage et à la prise en charge précoce.

A chaque niveau d'organisation, l'offre de santé doit répondre aux besoins en gynécologie, néonatalogie, pédiatrie, ou psychiatrie de la mère et de l'enfant. Les différents niveaux doivent se coordonner entre eux grâce aux réseaux cités précédemment d'une part mais aussi grâce à l'utilisation de nouvelles technologies.

1.2.1 Garantir une offre du premier recours en pédiatrie et en gynécologie dans les bassins de santé

Les professionnels qui suivent les femmes et les enfants formeront une équipe pluriprofessionnelle (médecin généraliste, gynécologue, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices...), organisée autour d'une maternité, d'un centre périnatal de proximité, d'un pôle ou d'une maison de santé pluri-professionnelle. Ces professionnels organiseront dans chaque bassin de santé la prise en charge ambulatoire des femmes, notamment la promotion du dépistage organisé du cancer du sein et le dépistage du cancer du col de l'utérus, l'accès à la contraception et à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG), le suivi de grossesse et le suivi gynécologique. Ils travailleront en coopération avec le service de protection maternelle et infantile.

De plus, les conditions de transport ou de transfert des parturientes en situation pathologique et/ou urgente seront organisées pour garantir la sécurité de la mère et du nourrisson.

La prise en charge des grossesses pathologiques, des suites de couches compliquées et des nouveaux nés malades en hospitalisation à domicile sera favorisée.

Inversement, l'ARS incitera les sages-femmes libérales à se coordonner pour accompagner le retour à domicile en lien avec le médecin traitant de la mère, la maternité, les autres professionnels de proximité et la PMI.

1.2.2 Renforcer la prise en charge des situations à risque dans les territoires de santé

L'offre de soins spécialisés reposera sur la présence d'au moins une maternité de niveau 2 dans chaque territoire de santé, dotée des ressources médicales en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie nécessaires à leur fonctionnement.

Afin d'améliorer le repérage et les soins précoces des personnes présentant un risque psycho-social, une équipe de psychiatrie infanto-juvénile spécialisée dans la prise en charge des troubles de la relation mère-enfant travaillera dans chaque territoire de santé, en relation avec les services d'obstétrique et de pédiatrie et les services de protection maternelle et infantile. Les psychiatres et pédopsychiatres libéraux seront sollicités pour être associés à ces dispositifs.

La mise en place dans chaque maternité de niveau 2 de staffs périnataux et postnataux, pluridisciplinaires composés de psychiatre, gynécologues obstétriciens, pédiatres et pédopsychiatres facilitera l'interactivité entre professionnels. Par ailleurs, ces équipes interviendront dans les bassins de santé, en appui des professionnels du premier recours et des maternités de niveau 1.

Il sera demandé aux Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et aux équipes de psychiatrie infanto-juvénile de se coordonner pour des prises en charge au cours de la grossesse et dans la période post-partum (douzième jour après l'accouchement) de manière à apporter des soins précoces aux mères qui présentent un risque psycho-social et aux enfants repérés comme à risque autistique en particulier.

Chaque territoire sera pourvu à terme, d'un centre de bilan ou de compétence pour la prise en charge des enfants présentant un trouble de l'apprentissage, en lien avec les deux centres de référence régionaux (CHU et centre hospitalier de Tarbes) ou les ressources libérales disponibles.

1.2.3 Pérenniser l'offre de troisième recours

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal sera renforcé pour pouvoir apporter un avis technique aux situations complexes au niveau régional et développer la foetopathologie. Il travaillera avec les établissements de santé par télé-médecine notamment.

Dans le domaine de la procréation médicalement assistée, le don d'ovocytes doit être encouragé pour répondre aux indications pour les femmes de la région.

1.3 Renforcer la prévention des grossesses non désirées et la prise en charge des IVG

Une politique régionale de prévention des grossesses non désirées sera portée par l'agence, notamment par des campagnes de communication locales, en lien avec les autres services impliqués dans les actions d'information sur la contraception et l'accès à l'IVG (Education nationale, protection maternelle et infantile et centres de planification familiale...). Ces actions permettront notamment de promouvoir les services accessibles au grand public comme la permanence téléphonique régionale pour les demandes d'interruption de grossesses non désirées.

Les sources de données relatives aux IVG étant multiples, les informations disponibles seront consolidées par l'ARS afin de constituer des indicateurs robustes de suivi des actions entreprises.

En termes de prise en charge, la réalisation des IVG médicamenteuses hors des établissements sera promue. Pour cela, MATERMIP sensibilisera et coordonnera la formation des médecins de ville, en lien avec les structures de formation agréées.

Les établissements de santé seront incités à faciliter l'accès aux IVG dans les conditions prévues par la réglementation :

- En programmant des rendez vous rapides en particulier pendant les périodes « sensibles » au moment de Noël, et l'été pendant la période estivale,
- En prenant en charge les mineures, les patientes en situation de précarité ou sans couverture sociale,
- En réalisant des IVG tardives (entre la 12^{ème} et la 14^{ème} semaine d'aménorrhée).

MATERMIP sera chargé d'évaluer l'organisation de la réalisation des IVG et de coordonner l'action des équipes dans la région.

L'amélioration de la santé des jeunes nécessite un dispositif performant de prévention, associé à une amélioration du repérage des jeunes confrontés à un problème de santé ou à des facteurs de risques, ainsi qu'à une bonne orientation dans un parcours de santé adapté.

2.1 Cibler les populations nécessitant une attention particulière

Pour avoir une meilleure efficacité des actions de prévention, celles-ci doivent s'adresser à des populations définies comme prioritaires.

Dans le cadre de la prévention collective, une attention particulière sera portée aux jeunes :

- Qui sont dans une filière d'enseignement courte (en lycée professionnel) ou en insertion professionnelle (suivis par une mission locale),
- Qui vivent dans les territoires ruraux ou les quartiers urbains sensibles,
- Pris en charge dans un établissement médico-social ou en attente d'une place en établissement.

Les institutions concernées par ces jeunes seront sollicitées pour mettre en place des actions coordonnées dans leur établissement. Il s'agira notamment de demander aux établissements médico-sociaux de mettre en place des commissions santé en leur sein ou d'accompagner les établissements scolaires volontaires dans la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la prévention individuelle, les professionnels de santé au contact des jeunes (médecine scolaire et universitaire, médecins traitants, ...) porteront une attention particulière aux jeunes :

- Atteints de maladie chronique,
- Ayant présenté des conduites suicidaires,
- A risque de troubles nutritionnels,
- En questionnement quant à leur orientation sexuelle ou victimes d'homophobie.

Il faudra de plus favoriser les actions en direction des familles et plus spécifiquement des familles en situation de précarité ou de conflit. A ce titre les dispositifs de soutien à la parentalité et à la famille devront être encouragés et mis en place dans chaque territoire de santé. Les psychiatres libéraux seront sollicités pour s'inscrire dans des échanges collaboratifs avec ces dispositifs.

2.2 Mettre en place un cahier des charges des actions de prévention à destination des jeunes

Sur proposition du comité technique régional « Santé des jeunes », l'ARS définira un cahier des charges des actions de prévention. Celui-ci comprendra un socle commun et des thèmes prioritaires.

Dans le cadre des actions de prévention et de repérage auprès des jeunes, les thèmes suivants seront traités en priorité :

- La transition (passage à l'âge adulte),
- L'éducation à la sexualité,
- La nutrition (alimentation et activité physique),
- Les addictions,
- La dépression et le suicide.

Le choix des thèmes pourra être adapté dans chaque bassin de santé en fonction des besoins identifiés. Pour avoir un impact significatif, ceux-ci seront ensuite maintenus dans la durée.

Toutefois, quel que soit le thème principal de l'action, celle-ci s'inscrira dans une approche globale de la santé : prendre soin de soi, préserver la santé du corps et de l'esprit, avoir un médecin traitant, développer des compétences (autonomie, esprit critique, capacités à gérer les différents risques et à demander de l'aide...).

Le cahier des charges définira le socle commun de toute action de promotion de la santé à destination des jeunes.

2.3 Structurer le dispositif de prévention dans la région

2.3.1 Une professionnalisation des acteurs

Les acteurs proposant des interventions de prévention devront être formés afin d'assurer une réponse qualifiée. Ces formations seront portées par des équipes spécialisées identifiées.

Pour les professionnels assurant des actions de prévention individuelle et notamment les professionnels de santé, l'ARS travaillera avec l'Université, le Conseil régional et les URPS sur l'adaptation des formations initiales et continues des différentes professions mais aussi des dispositifs d'information afin de les sensibiliser sur les problématiques spécifiques des jeunes et ainsi encourager les changements de pratiques professionnelles pour qu'elles soient adaptées à ce public.

2.3.2 S'assurer de l'efficacité des actions mises en place

Chaque action devra démontrer qu'elle a un impact par rapport aux objectifs fixés : soit ce type d'action a déjà démontré son efficacité, soit le projet devra inclure une méthodologie permettant d'évaluer son efficacité.

2.3.3 Un système de financement sélectif

Seuls les projets répondant au cahier des charges pourront être financés par l'ARS.

L'ARS incitera les autres financeurs de projet de prévention à adhérer au cahier des charges en s'appuyant notamment sur la commission de coordination des politiques publiques de prévention.

2.3.4 Une coordination des structures de prévention

Les différents organismes œuvrant à destination des jeunes devront se coordonner au niveau régional en s'appuyant notamment sur le Comité technique régional « santé des jeunes ». Cette organisation devra se décliner dans chaque territoire et chaque bassin de santé.

Elle sera notamment en charge de :

- Développer des actions de formation et d'information auprès des acteurs de prévention et en particulier de diffuser les méthodologies d'actions ayant fait la preuve de leur efficacité,
- Accompagner les équipes mettant en œuvre des actions en leur communiquant un certain nombre d'outils et en les aidant à évaluer l'impact de leurs actions,
- Travailler avec les institutions recevant des jeunes.

Les structures de prévention seront chargées de créer et de mettre à jour un annuaire électronique « intelligent » de ressources pour les professionnels, les jeunes et leurs familles afin de faciliter l'accès aux différentes structures accueillant des adolescents.

2.4 Développer les structures d'accueil des jeunes

Les maisons des adolescents et les points d'accueil écoute jeunes sont également des espaces structurants dans le parcours de santé des jeunes. Ils doivent être pérennisés dans chaque territoire de santé et leurs actions évaluées. Dans certains territoires existent également des réseaux de prise en charge. Les missions respectives de ces différentes structures devront être analysées avant de conforter une organisation permettant d'optimiser la réponse aux besoins et l'utilisation des ressources.

Les établissements psychiatriques veilleront à ce que la prise en charge des jeunes dans les Centres médico-psychologiques (CMP) soit assurée par une équipe dédiée.

Pour les soins somatiques, les jeunes recourent au dispositif de droit commun.

2.5. Mettre en place une prise en charge concertée et personnalisée pour les jeunes en grande difficulté

On constate que les modalités de prise en charge habituelles ne permettent pas de répondre correctement aux besoins des jeunes en grande difficulté qui se situent à l'interface des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux..

L'ARS engagera en 2013 une concertation avec les institutions concernées pour que soient recherché davantage de cohérence et de complémentarités entre les interventions des différents acteurs. Ainsi la réponse apportée aux jeunes sera globale et s'inscrira dans une logique de parcours de santé.

L'objet de ces travaux est d'étudier la possibilité de mettre en place, au sein de chaque département, une instance de coordination autour des situations de jeunes en difficulté et de proposer une convention de partenariat type..

3 >

Le parcours de la personne âgée

La prise en charge de la santé des personnes âgées est un enjeu sociétal considérable, qui doit s'inscrire dans la perspective des évolutions démographiques à venir.

Comme le constate le Pr Bruno VELLAS, « *notre société subit les conséquences sanitaires du vieillissement plus qu'elle ne lutte contre les facteurs conduisant à la dépendance* ».

Dans la continuité des débats sur la dépendance, l'ARS se fixe comme objectif prioritaire de mettre en place un véritable programme régional de promotion de l'autonomie, en collaboration étroite avec le Gérotopôle et les conseils généraux.

Pour ce faire, la gériatrie, qui était jusqu'à présent principalement centrée sur le suivi du patient poly-pathologique ou dépendant, devra se moderniser pour intégrer la promotion de l'autonomie dans ses missions.

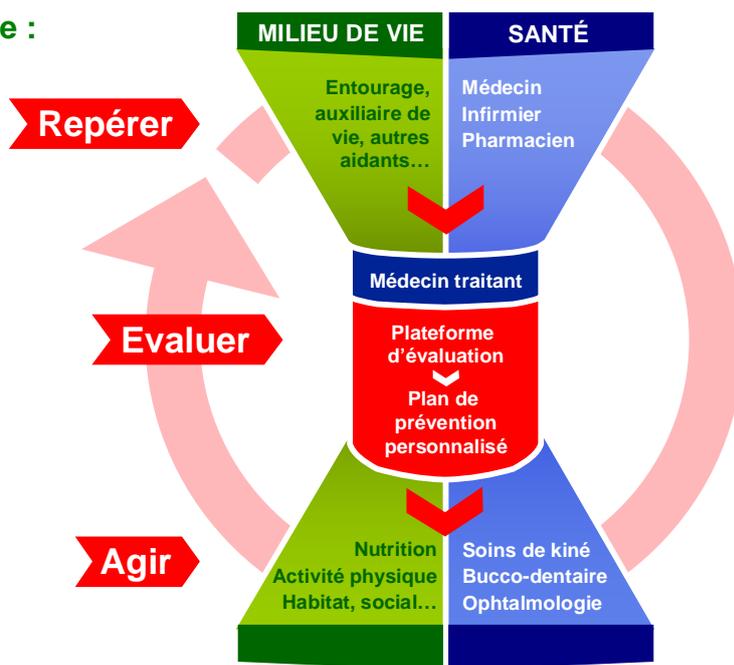
La prise en charge de la dépendance reste néanmoins nécessaire. Elle privilégiera l'accompagnement du maintien à domicile le plus longtemps possible pour répondre au souhait des personnes âgées.

3.1 Élaborer un programme régional de promotion de l'autonomie

Les personnes âgées fragiles ou pré-fragiles représentent environ 40 % des plus de 65 ans.

A partir de ce constat, le Gérotopôle, soutenu par l'ARS, va mener une expérimentation portant sur plusieurs programmes coordonnés de prévention personnalisée dans le but de repérer les personnes âgées pré-fragiles ou fragiles, d'évaluer précisément leur situation et d'agir pour préserver leur autonomie le plus longtemps possible.

Les trois étapes de la prévention de la dépendance :



1^{ère} étape : Repérer les personnes âgées pré-fragiles et fragiles

Les cinq critères de repérage de la fragilité sont l'augmentation de la sédentarité, la perte de poids involontaire, la fatigabilité excessive, la diminution de la force musculaire et le ralentissement de la vitesse de marche. Ce repérage doit s'appuyer sur des campagnes d'information auprès des professionnels, en premier lieu mais aussi des personnes et de leur entourage.

D'autres critères comme l'isolement social, la faiblesse des ressources pourront également être pris en compte en lien avec les services sociaux, et les caisses de retraite.

Le Gérontopôle mettra en place une animation régionale des gériatres et organisera des formations à destination des médecins généralistes pour les former à ce programme en s'appuyant notamment sur les organismes de formation existants.

Pour chaque programme territorial, une campagne d'information spécifique sera réalisée auprès des différents acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées pour informer et former sur le concept de fragilité et sur le dispositif de prévention.

2^{ème} étape : Évaluer le niveau de fragilité en milieu gérontologique

Le médecin traitant valide la première estimation du risque et adresse la personne à une « **plateforme d'évaluation et d'orientation gérontologique** » pour une évaluation médicale et sociale approfondie.

La plateforme est composée d'une équipe pluridisciplinaire, elle travaille en relation avec les médecins traitants et les services médicaux et sociaux du conseil général. Elle est organisée dans chaque territoire de santé.

3^{ème} étape : Agir pour promouvoir l'autonomie

A partir du bilan médico-social, l'équipe de la plateforme, en lien avec le médecin traitant, élabore un programme de prévention personnalisé avec la personne âgée et son entourage, en utilisant les ressources locales disponibles.

Le programme de prévention proposé à la personne âgée s'appuiera sur les prestations déjà proposées par les différents partenaires : les collectivités locales (en particulier le conseil général, les communes et groupements de communes), l'Assurance Maladie et les caisses de retraite, la mutualité, les services de l'Etat (logement – DREAL et cohésion sociale - DDCS(PP) - DRJSCS).

Deux types de services seront mobilisés (voire développés si nécessaire) :

- Une offre de type éducation à la santé, permettant, notamment dans le cadre d'ateliers collectifs, de proposer une activité physique à la personne âgée, des règles d'hygiène alimentaire (alimentation équilibrée et rythmée), un habitat adapté (domotique), un maintien des capacités cognitives,
- L'offre de soins courants : kinésithérapie, santé bucco-dentaire, ophtalmologie...

L'équipe chargée de la plateforme constituera un annuaire des prestations proposées par les différents partenaires dans la zone concernée.. Un référent sera identifié dans chaque canton.

3.2 Proposer une palette de services pour répondre à la diversité des situations et des attentes des personnes âgées

Afin de coordonner les prises en charge successives de la personne âgée, du domicile à l'institution, la diversification des services s'attachera à consolider une offre de proximité, à réduire les écarts entre les différents territoires de la région, à adapter les services aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et développer les alternatives à l'hébergement permanent.

3.2.1 Organiser la gradation de la prise en charge du sanitaire au médico-social

L'offre de soins et d'accompagnement médico-social pour les personnes âgées doit être accessible en proximité dans chaque bassin de santé :

- Consultation mémoire, hospitalisation de jour,
- Court séjour gériatrique ou lits identifiés de gériatrie dans les services de médecine,
- Service de soins de suite et de réadaptation à orientation personnes âgées polypathologiques,
- Service médico-social, SSIAD et structures d'hébergement diversifiées (accueil temporaire, EHPAD, pôles d'activités et de soins adaptés...),
- Intervention à domicile d'une équipe mobile de gériatrie,
- Intervention d'une équipe spécialisée Alzheimer,
- Coordination des MAIA pour rendre l'offre lisible, pour la prise en charge de cas complexes,
- Accès à la formation pour les aidants des patients de la maladie d'Alzheimer.

Toutefois, certains services spécialisés ne seront accessibles qu'au niveau du territoire de santé, afin que les différents dispositifs de la filière gériatrique complète soient présents :

- Plateforme d'accompagnement et de répit
- Plateforme d'évaluation et d'orientation gérontologique,
- Unité cognitivo-comportementale (UCC) au sein des SSR,
- Unité d'hébergement renforcée (UHR),
- Unités de soins de longue durée (USLD).

Les cahiers des charges des différents dispositifs constituant la filière seront formalisés, notamment en matière de formation des personnels en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'évaluation des pratiques professionnelles.

3.2.2 Optimiser et fluidifier la filière de soins

Le parcours de la personne âgée doit être organisé pour éviter les hospitalisations indues qui sont traumatisantes et entraînent souvent une aggravation de la dépendance. Il doit également garantir la continuité de la prise en charge entre les différents intervenants.

Le médecin traitant devra être systématiquement impliqué pour que la personne âgée soit correctement orientée en fonction du service ou du soin requis et afin d'éviter un transfert inutile ou inadapté.

Plusieurs champs d'action permettront d'optimiser le parcours de la personne âgée comme :

- Définir le contenu des conventions MCO / SSR / EHPAD et s'assurer de leur respect tout en impliquant le médecin traitant,
- Protocoliser la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé, notamment dans les services urgences (par exemple via la mise en place de lits de post-urgence) et en chirurgie pour prévenir la dépendance induite (dite iatrogène) lors d'un séjour hospitalier,
- Apporter dans chaque territoire, une expertise gériatrique aux médecins traitants par différents dispositifs : hotline, réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), télé-médecine, formation médicale continue,
- Développer l'intervention des équipes mobiles de gériatrie en EHPAD et à domicile et les doter de compétences en psychiatrie,
- Mutualiser les ressources entre les EHPAD proches pour assurer une possibilité d'intervention d'une infirmière (IDE) pendant la nuit et les week-ends.

3.2.3 Adapter l'offre médico-sociale aux attentes et aux besoins des personnes âgées

Sauf rare exception, les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile. La planification de l'offre prendra en compte cette tendance, tout en restant vigilante sur la diversité des situations, de manière à garantir la qualité de vie des personnes.

La création de nouvelles places médicalisées dans les EHPAD n'est dans un premier temps pas envisagée. Compte tenu des projets d'ores et déjà acceptés, l'offre de places médicalisées sera augmentée de 3% dans la région, sur la période 2012-2014. Un suivi en commun avec les Conseils généraux des listes d'attente pour une entrée en EHPAD, sera effectué en parallèle. Un bilan sera effectué en 2015 avant d'envisager la programmation éventuelle de nouvelles places.

L'ARS proposera aux conseils généraux le développement des services, des structures de répit, des accueils de jour, pour contribuer significativement au maintien à domicile notamment en apportant un répit aux aidants.

La même concertation portera sur la mise en place de logements intermédiaires situés à proximité et en lien avec des EHPAD, afin de pouvoir bénéficier éventuellement de prestations médicales ou paramédicales apportées par les professionnels intervenant dans les EHPAD, notamment par télémédecine.

En corollaire, les EHPAD seront amenés à centrer leurs prises en charge sur les personnes pour lesquelles le maintien à domicile ne peut être sauvegardé. Les EHPAD et les SSIAD seront amenés à prioriser l'admission des personnes âgées les plus dépendantes sans discrimination fondée sur le niveau de dépendance. En aucun cas, le niveau de dépendance lourde de la personne âgée ne sera un motif de refus d'admission ou de transfert contraint vers d'autres structures médico-sociales. Il en résultera des conséquences en termes d'effectif et de formation des personnels, de projet architectural et de financement dans le cadre des projets d'établissement et de la contractualisation.

L'ARS proposera aux conseils généraux de revoir les conventions tripartites de toutes les EHPAD dans un délai de quatre ans. Dans ce cadre, l'ARS mettra à niveau les dotations de l'Assurance maladie en fonction du niveau de dépendance et de la charge en soins.

Cette priorisation concernera dans un premier temps les EHPAD des hôpitaux publics, afin de les aider à fluidifier le parcours de leurs patients âgés, et les EHPAD volontaires. Après concertation avec les conseils généraux, l'ARS propose qu'un bilan de ces adaptations soit réalisé au 1er semestre 2015.

3.3 Garantir la qualité des soins et services

La qualité des soins et services est garantie par la présence de professionnels formés et qualifiés. Ce mouvement d'amélioration de la qualification devra être soutenu dans tous les secteurs d'intervention, à domicile et en institution.

3.3.1 Améliorer la qualité des prises en charge en EHPAD

L'ARS Midi-Pyrénées a engagé un vaste programme d'accompagnement des EHPAD vers l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale des résidents. Le projet repose sur une démarche d'évaluation partagée et d'amélioration des pratiques. Un diagnostic initial est réalisé par les établissements participants qui sont ensuite accompagnés individuellement et collectivement, en collaboration avec les professionnels du premier recours et établissements de santé du bassin de santé. 55% des EHPAD se sont portés volontaires pour participer à cette démarche dès 2011, qui fera l'objet d'une évaluation scientifique par le Gérontopôle.

3.3.2 Coordonner les gériatres

La répartition des gériatres hospitaliers sera adaptée pour que leur expertise soit apportée dans chaque bassin de santé ; il leur sera demandé de s'organiser localement avec les médecins coordonnateurs des établissements pour personnes âgées et les médecins traitants du secteur. Ainsi une véritable filière pourra être mise en place pour assurer le lien permanent entre le territoire de santé et le bassin de santé. Le Gérontopôle gardera toute sa place pour animer un groupe de gériatres de la région, représentant les différents territoires, et garantir l'homogénéité et la qualité des pratiques professionnelles.

3.3.3 Professionnaliser les personnels para-médicaux et les aidants

La stratégie d'amélioration de la qualité des prises en charge intégrera une démarche d'accompagnement des soignants et de promotion de l'accès à la profession d'infirmier ou d'aide soignant pour réduire le taux de « faisant fonction » via la validation des acquis de l'expérience (VAE) ou des contrats d'apprentissage en alternance sur deux ans par exemple.

Enfin, il est également indispensable d'apporter un soutien aux aidants à domicile. Des formations adaptées leur permettront d'être parties prenantes du programme d'accompagnement approprié à l'état de la personne. Ce type de formation pourra être mis en place avec les associations et les collectivités territoriales, en lien avec les services de gériatrie des hôpitaux.

En Midi-Pyrénées, les orientations stratégiques concernant la politique régionale du handicap s'adressent tant aux personnes vivant à leur domicile, qu'à celles prises en charge en institution médico-sociale. Les différents dispositifs de droit commun sont donc à privilégier pour favoriser l'épanouissement de ces personnes dans la cité conformément à leurs attentes.

La prise en charge en établissement médico-social doit ainsi être réservée aux personnes présentant les restrictions à l'autonomie les plus importantes et pour lesquelles le maintien à domicile n'est pas envisageable.

La coordination de la multiplicité des acteurs et des décideurs intervenant dans le parcours de la personne en situation de handicap en termes d'attributions de prestations, d'orientations scolaire, médico-sociale ou professionnelle tout au long de la vie, est le défi que doit relever l'ARS en partenariat étroit avec les Conseils généraux et l'Éducation nationale, afin que l'offre médico-sociale réponde au mieux aux besoins et aux attentes des personnes.

4.1 Promouvoir la santé et l'accès aux soins

4.1.1 Promouvoir l'accès aux dispositifs de droit commun

Des actions de prévention et de promotion de la santé seront conduites dans les domaines suivants :

- La lutte contre l'obésité dès le plus jeune âge,
- La prévention du diabète de type 2,
- L'éducation sexuelle en institution médico-sociale,
- La participation aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal.

Les actions seront développées par l'ARS, dans le cadre des appels à projets annuels au titre de la promotion de la santé et au moyen des projets d'établissements médico-sociaux et des projets individuels de soins.

4.1.2 Promouvoir la santé bucco-dentaire grâce à un réseau régional de professionnels organisé

La promotion de la santé bucco-dentaire nécessitera la création d'un réseau régional de professionnels coordonnés qui permettra :

- L'intégration dans la maquette de formation des chirurgiens dentistes de la problématique du handicap et des spécificités de prise en charge,
- La mise en place d'un examen de dépistage systématique de l'état de santé bucco-dentaire lors de l'admission d'un usager en établissement médico-social,
- Une diversification des modes d'accès aux soins bucco-dentaires : prise de rendez-vous adaptée avec plages horaires spécifiques en cabinet libéral ou en établissement de santé, consultations et soins au sein des établissements médico-sociaux, consultations itinérantes.

4.1.3 Optimiser la filière de soins et l'articulation entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux

L'amélioration des liens entre le médico-social et le sanitaire s'avère particulièrement nécessaire pour la prise en charge rééducative des enfants institutionnalisés.

- Pour faciliter l'accès aux services proposés par les établissements de santé, plusieurs axes sont retenus par l'ARS :
- Généraliser la désignation de « référents handicap » dans chaque établissement de santé qui auront notamment pour mission d'adapter les consultations et les examens médicaux et mettre en place une coordination régionale de ces référents pour mutualiser leurs pratiques,
 - Formaliser les circuits en amont et en aval des hospitalisations d'urgence entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé spécialisés publics ou privés,
 - Favoriser l'exercice partagé des praticiens hospitaliers (surtout les psychiatres) entre les établissements de santé et les structures médico-sociales.

4.2 Développer le repérage et le diagnostic précoces chez l'enfant

4.2.1 Structurer un dispositif régional de repérage et de diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement

Le repérage des troubles chez l'enfant mobilise différents acteurs au titre desquels les médecins généralistes, les pédiatres, les pédo-psychiatres et les services de la petite enfance (crèches, PMI).

L'organisation régionale du diagnostic est structurée en deux niveaux :

- Des équipes départementales ou bi-départementales chargées de réaliser les diagnostics dits de « premier niveau », dans le cadre d'une collaboration entre le Centre Ressources Autisme (CRA), les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) et les Centres médico-psychologiques (CMP) ;
- L'équipe hospitalière du CHU rattachée au CRA pour la réalisation des diagnostics dits de « second niveau », à savoir les cas les plus complexes.

Le Centre Ressources Autisme (CRA) formera ces professionnels au diagnostic précoce chez l'enfant. Il utilisera la téléformation et la téléconsultation pour diffuser son expertise dans l'ensemble des territoires de santé.

Le délai d'attente pour un diagnostic, actuellement de quatre mois à un an selon les territoires, devra être ramené à trois mois, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'ensemble des opérateurs intervenant dans le diagnostic conventionnera avec le CRA afin de diminuer le délai d'attente pour une consultation, d'harmoniser les pratiques et d'assurer une prise en charge adaptée.

4.2.2 Dépister précocement les déficiences sensorielles et les troubles spécifiques des apprentissages

Ce point est développé dans le parcours de santé « Mère-nourrisson ».

4.3 Privilégier l'accompagnement en milieu ordinaire de vie ou de travail

4.3.1 Favoriser la scolarisation des enfants et adolescents et l'insertion socioprofessionnelle

Une collaboration avec le Rectorat est nécessaire pour privilégier la scolarisation en milieu ordinaire et promouvoir l'intégration professionnelle des adolescents et des jeunes adultes.

Lorsque la lourdeur du handicap ne permet pas une scolarisation ordinaire, l'ARS s'assurera que les enfants en situation de handicap ont accès à une scolarisation au sein de leur institution d'accueil.

Pour les adolescents, les formations professionnelles dispensées en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) et en institut médico-éducatif (IME), qui ont un impact fort sur la protection de l'enfance, devront être organisées en privilégiant une articulation de leurs actions avec celles des centres de pré-orientation et/ou de rééducation professionnelle.

4.3.2 Renforcer les actions d'intégration en milieu ordinaire, au domicile

Les actions d'intégration et de maintien en milieu ordinaire de vie ou de travail seront renforcées dans le cadre des interventions des services (SESSAD¹, SAMSAH², et SAVS³) ou des structures innovantes de type « hors les murs ». Des créations de places sont d'ores et déjà envisagées.

En effet, il s'agit de privilégier le parcours de droit commun (scolarité, soins, emploi) en développant des dispositifs « passerelles » comprenant des pairs aidants, des familles gouvernantes, en favorisant l'accès à des logements adaptés (résidences accueil par exemple, promotion de la domotique) et en développant l'accompagnement et la formation des aidants familiaux.

L'accompagnement des travailleurs handicapés du milieu protégé doit également évoluer en modernisant et en adaptant les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) à l'évolution de leur état de santé (aménagement du travail) et de leurs attentes (dynamisation des activités, mise à disposition ou détachement en entreprise).

4.4 Réorganiser l'offre médico-sociale institutionnelle

L'adaptation de l'offre dans le domaine du handicap nécessite une analyse fine des besoins sur chaque niveau territorial (bassin de santé, territoires, régions et inter-régions) en fonction du type de déficiences et des spécificités de prise en charge.

De plus, cette analyse doit être partagée avec l'ensemble des partenaires institutionnels, pour faire évoluer les politiques et limiter le recours à l'institutionnalisation, solution adoptée jusqu'à maintenant, par défaut d'alternative.

4.4.1 Poursuivre l'adaptation de l'offre aux besoins

Deux plans d'actions se dessinent pour l'ARS dans les années à venir :

Afin de préciser les besoins en institution, un travail partenarial sera mené en collaboration avec les conseils généraux, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les associations les plus représentatives dans une démarche d'adéquation de l'offre aux besoins. L'ARS veillera à ce que des protocoles de prise en charge en établissement soient élaborés. Un état des lieux a été mené en premier lieu, auprès des ITEP, pour déterminer les profils des jeunes accueillis. Dans l'attente des résultats de ces travaux, les créations de places seront limitées aux territoires dont le taux d'équipement est inférieur à la moyenne nationale (notamment dans le Tarn-et-Garonne pour les enfants).

Pour mieux répondre aux sollicitations des personnes en situation de handicap, le développement de l'alternative à l'hébergement permanent est retenu. L'accueil de jour dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les foyers d'accueil médicalisés (FAM) déjà existants, sera renforcé pour une réponse en proximité.

4.4.2 Prendre en compte les besoins spécifiques

Le renforcement de la prise en charge des personnes présentant des troubles envahissants du développement (TED) repose sur des dispositifs en cours comme la programmation de création des lits et places, autorisés et en voie d'installation sur la période 2011/2013, dans le cadre du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ainsi que la requalification des lits et places dans des unités spécialisées.

¹ SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

² SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

³ SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

Pour les personnes handicapées psychiques nécessitant un recours à l'institution, la prise en charge spécialisée dans le handicap psychique s'organisera autour d'unités dédiées au sein des établissements médico-sociaux. L'amélioration de la prise en charge doit intégrer un renforcement de l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social qui est développée dans le parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux.

L'adaptation de l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes passera par des unités dédiées en EHPAD ou en établissements pour personnes handicapées (FAM ou MAS), selon les cas, et nécessitera une formation spécifique des professionnels les prenant en charge. Le maintien à domicile de ces personnes se fera via les SSIAD et les SAMSAH, selon des organisations qui restent à définir et à évaluer.

Enfin, le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009/2013 qui prévoit des crédits dédiés, sera décliné en inter-régional (Midi-Pyrénées, Aquitaine, Limousin) en renforçant la structuration territoriale des expertises et des accompagnements médico-sociaux.

Les prises en charge des patients atteints d'un cancer et des patients en situation palliative ou douloureuse présentent des points communs : elles peuvent concerner les mêmes publics, elles reposent sur des pratiques pluridisciplinaires concertées et elles bénéficient d'un soutien continu et renouvelé de plans de santé publique.

Le travail accompli depuis plusieurs années avec les professionnels a produit ses effets. Les organisations et le maillage des différentes modalités de traitement du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), de la douleur (comités de lutte contre la douleur, structures de prise en charge de la douleur chronique, réseaux) et de dispensation des soins palliatifs (équipes mobiles, lits identifiés et réseaux) sont opérationnels. Cependant des attentes en termes de qualité et de sécurité des soins persistent.

Outre le renforcement des actions de prévention, les trois priorités de l'ARS dans le domaine de la cancérologie seront :

- De favoriser les liens entre les soins hospitaliers et les soins de ville,
- De renforcer le rôle du réseau de santé ONCOMIP, dans des actions d'évaluation des structures et des pratiques, en complément de celles diligentées par l'agence,
- D'accompagner les établissements de santé autorisés et les sites associés dans leur démarche de respect des critères de qualité de prise en charge édictés par l'Institut national du cancer (INCa).

5.1 Garantir l'accès à la prévention

5.1.1 Développer la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool

Tabac et alcool sont les deux grands déterminants de santé responsables des décès prématurés évitables, notamment liés aux cancers. Ces décès sont, certes, la conséquence de comportements anciens qui ne reflètent pas forcément les consommations actuelles. Il n'en reste pas moins que la baisse de la consommation de l'alcool et l'arrêt du tabac sont des enjeux majeurs de santé publique, en particulier chez les jeunes.

L'ARS développera, avec ses partenaires, la prévention auprès de populations ciblées :

- Les jeunes : actions sur les lieux festifs et campagnes de prévention des accidents de la route liés à la consommation d'alcool et de cannabis,
- Les femmes enceintes,
- Les jeunes retraités,
- Les adultes dans les lieux de travail.

De plus, elle poursuivra la promotion de la méthode du « Repérage Précoce et de l'Intervention Brève » (RPIB) chez les médecins généralistes et confortera le dispositif d'accompagnement médical et psychologique pour l'aide au sevrage tabagique.

5.1.2 Garantir à toute la population l'accès aux dépistages du cancer du sein et du cancer colo-rectal

Même gratuite, la participation de la population de Midi-Pyrénées aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal reste insuffisante. Cette participation est de 47,4% en Midi-Pyrénées (contre 52,1% France entière) pour le dépistage du cancer du sein⁴. Elle est de 27,4% en Midi-Pyrénées (contre 34% France entière) pour le cancer colorectal. Il y a donc une impérieuse nécessité pour notre région de progresser sur ces deux dépistages pour améliorer le taux de couverture de la population.

⁴ Les taux de participation sont basés sur la population INSEE et lissés sur deux années (2009 – 2010).

Dans le cadre d'une politique conjointe entre l'ARS et l'Assurance maladie, le plan d'action comprendra les actions suivantes :

- Identifier les inégalités territoriales et sociales de recours au dépistage organisé des cancers en développant une cartographie régionale par canton, commune ou par quartier dans les grandes agglomérations et en analysant les taux de participation en fonction de l'origine sociale. Bien que le dépistage organisé soit gratuit, tout indique que les catégories socio-professionnelles les plus modestes ont moins recours au dépistage organisé que les autres. Il s'agit de mieux identifier les obstacles et d'adapter les messages à ces populations.
- Repérer les zones où le dépistage individuel est important pour inciter au dépistage les femmes qui ne le font pas encore.
- Structurer le dispositif régional : en fusionnant les structures de dépistage organisé des cancers en une seule entité régionale disposant d'antennes départementales. Cette rationalisation des moyens permettra des économies de gestion et dégagera du temps dédié à la mission de dépistage.
- Améliorer l'adhésion des professionnels de santé (gynécologues, gastro-entérologues, médecins généralistes, paramédicaux) pour inciter leur patientèle à s'orienter vers le dépistage organisé. Ce travail devant être fait conjointement par les structures de gestion, l'ARS (via les bassins de santé) et l'Assurance maladie.
- Développer le retour d'information des résultats des campagnes de dépistage vers les professionnels en leur donnant accès aux données globales dans le département et la région, mais aussi en les informant plus précisément sur l'adhésion ou non de leur patientèle au dépistage.
- Améliorer l'information du grand public en développant une communication régionale en relais de la communication nationale.

5.2 Optimiser l'organisation de la prise en charge sur tous les territoires

5.2.1 Garantir l'accessibilité à la prise en charge de qualité pour chaque patient

L'ARS chargera ONCOMIP d'animer un centre de coordination en cancérologie (3C) dans une zone géographique donnée et d'assurer la coordination de ces centres.

Concernant la radiothérapie, des équipements sont implantés dans cinq villes (Toulouse, Tarbes, Albi, Rodez, Montauban) et permettent de répondre aux besoins régionaux.

Outre le respect des seuils d'activité, l'attribution des autorisations en cancérologie sera conditionnée au respect des critères de qualité définis en lien avec l'INCa, notamment la participation de tous les praticiens aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), la participation à un centre de coordination en cancérologie (3C) et l'offre de soins de support (a minima, prise en charge psycho-sociale). L'ARS s'assurera que la remise du projet personnalisé de soins (PPS) devienne systématique et que l'accès au recours régional soit protocolisé pour les situations complexes.

L'Institut universitaire du cancer (IUC) offrira la possibilité à toute personne habitant en Midi-Pyrénées d'avoir accès, dans un délai court, à une consultation de spécialiste organisée par l'établissement. Un protocole sera défini entre l'IUC et les établissements de santé autorisés en cancérologie pour que le traitement puisse être réalisé à proximité du domicile.

Afin de garantir une prise en charge optimale et équitable en soins palliatifs sur toute la région, il est nécessaire de procéder à l'évaluation de l'ensemble des dispositifs existants (réseaux, équipes mobiles de soins palliatifs, lits identifiés et unités) et si besoin à des ajustements. Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) devront être accessibles dans chaque bassin de santé ainsi qu'une unité de soins palliatifs (USP) dans chaque territoire de santé.

Le maillage minimum d'une consultation « douleur chronique » par territoire sera conforté. Des lits à orientation « douleur » compléteront le dispositif. Par ailleurs, les actions menées au sein des établissements, notamment par les Comités de lutte contre la douleur (CLUDs), seront opportunément ouverts aux professionnels du premier recours et du secteur médico-social.

5.2.2 Explorer les possibilités de développement de la chimiothérapie au plus près du lieu de vie

Pour répondre aux attentes des familles, la chimiothérapie intraveineuse (IV) à domicile sera confortée dans le cadre de l'HAD pour les enfants, dans le respect du cahier des charges élaboré en lien avec le COTER. Sa mise en œuvre sera assortie d'une évaluation qualitative du suivi des patients. Pour les adultes, une étude médico-économique sera réalisée pour en évaluer les bénéfices.

Pour réduire les temps de déplacement et le surcoût lié aux transports, notamment pour les personnes âgées, l'administration des traitements anticancéreux pourra se faire dans les établissements de proximité (sites associés), à condition que la sécurité du traitement soit garantie (notamment les conditions de préparation des anticancéreux) et que l'oncologue continue à suivre le patient.

5.2.3 Améliorer l'identification et la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle

Pour améliorer l'accès aux droits des salariés, la prévention dans les entreprises et la connaissance épidémiologique sur les cancers d'origine professionnelle, des actions seront menées pour reconstituer les expositions professionnelles sur certaines formes de cancers. Des enquêteurs formés par le centre de ressource maladies professionnelles recueilleront les « curriculum laboris » suite aux sollicitations des oncologues et des médecins généralistes sensibilisés par le centre. Ces données seront analysées en partenariat avec ONCOMIP, la DIRECCTE et la CARSAT.

Si une origine professionnelle du cancer est mise en évidence, le centre aidera le patient et son médecin traitant pour la déclaration auprès de l'Assurance maladie afin qu'ils bénéficient des droits inhérents à la reconnaissance de maladie professionnelle.

Ces données seront de plus utilisées au travers du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) pour améliorer la connaissance dans ce domaine et mettre en place des actions de prévention dans les entreprises concernées si des facteurs de risque sont identifiés.

Enfin, la mobilisation par ce dispositif de médecins traitants et/ou spécialistes va contribuer à améliorer l'exhaustivité du recueil des données dans le cadre de l'enquête « Maladies à Caractère Professionnel » menée par la DIRECCTE et l'Institut national de veille sanitaire (InVS), sur le versant du cancer.

5.3 Renforcer la qualité de vie pendant et après le cancer

5.3.1 Développer les soins de support

La qualité de vie des patients atteints de cancer est intrinsèquement liée au soutien qui peut être apporté, que ce soit au niveau psychologique ou social, en termes de prise en charge des symptômes de la maladie ou de prise en charge des effets secondaires des traitements. Ainsi les soins de support regroupent, entre autres : la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, le soutien psychologique, l'accompagnement social, le support diététique et nutritionnel, la prise en charge corporelle (kinésithérapie, sophrologie...), l'esthétique...A l'heure actuelle, cette dimension de l'accompagnement des patients n'est pas toujours prise en compte spécifiquement, du fait de l'intégration du coût de ces soins dans le forfait global de prise en charge ; l'ARS exigera l'application des dispositions prévues dans ce sens.

L'accès à l'ensemble des soins de support devra être garanti au sein de chaque territoire de santé. Pour cela il est nécessaire de porter à la connaissance des professionnels, des patients et de leur entourage l'intérêt des soins de support et l'offre disponible. Dans le cadre d'ONCOMIP, les établissements disposant de l'autorisation en cancérologie réaliseront un annuaire de l'offre disponible et le diffuseront à leurs patients.

5.3.2 Développer l'accompagnement des patients dans l'après-cancer

Une fois la phase de traitement achevée, et dans le cadre du PPS, il est nécessaire de continuer à suivre les patients sur un plan social. Les établissements autorisés devront organiser le soutien social des patients qu'ils prennent en charge, en s'appuyant sur l'assistante sociale qui intervient dans leur structure.

L'ARS proposera dans le cadre de la coordination des politiques publiques, que des actions de sensibilisation et de formations à destination des travailleurs sociaux des collectivités, soient initiées sur le thème de l'accompagnement dans l'après-cancer. Ainsi le relais aux actions des assistantes sociales des établissements sera assuré.

5.4 Améliorer la continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital

La continuité de la prise en charge du patient est axée sur le médecin traitant. Afin que sa place soit et reste centrale, il est nécessaire de favoriser le développement de toutes les actions qui lui permettront de rester le premier recours pour chacun de ses patients.

5.4.1 Développer la communication entre les professionnels d'établissement et de ville

Au delà des outils, c'est le principe de l'information systématique et réciproque des différents professionnels intervenant dans une prise en charge qui est posé. Les éléments pertinents relatifs au traitement du patient (diagnostic, projets de soins/santé, examens, hospitalisation, effets secondaires des traitements) doivent désormais pouvoir être échangés et partagés. Le médecin traitant sera invité à participer aux réunions de RCP qui concernent ses patients.

Le déploiement du Dossier commun de cancérologie (DCC) comme service du Dossier médical personnel (DMP), pour lequel Midi-Pyrénées est une des régions expérimentatrices, favorisera les échanges d'information entre ces professionnels.

Les actions de prise en charge du type surveillance alternée méritent également d'être développées, sous l'égide d'ONCOMIP, à l'instar de l'expérimentation pour le cancer du sein en cours.

5.4.2 Favoriser la diffusion des soins palliatifs et la lutte contre la douleur

L'ensemble des professionnels de santé doit bénéficier d'actions de formation (initiale ou continue), de sensibilisation et de compagnonnage afin que les cultures « Soins Palliatifs » et « Prise en charge de la Douleur » soient ancrées dans leur pratique quotidienne. Toutes ces actions seront menées dans l'inter-professionnalité, aussi bien auprès des acteurs des établissements sanitaires et médico-sociaux que des libéraux, contribuant ainsi au décloisonnement et à la fluidité des parcours des patients. Ces formations d'expertise et de coordination seront assurées par les unités de soins palliatifs (USP), les réseaux de santé ou les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

5.4.3 Conforter le rôle de professionnels formés à la coordination du parcours de soins

Le rôle de l'infirmière coordonnatrice des soins devra être renforcé en établissement de santé, en particulier pour que les patients entrent suffisamment tôt dans une démarche palliative. Elle assurera ainsi le lien avec les équipes de proximité du secteur libéral dans le souci d'une information partagée par l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

A l'instar de l'expérimentation menée par l'Institut national du cancer (INCa) dans d'autres régions, le développement de postes de coordonnateurs de parcours de soins sera favorisé en Midi-Pyrénées à partir d'un modèle médico-économique qui reste à construire. L'Université Paul Sabatier de Toulouse s'est inscrite dans cette démarche en créant, dès la rentrée 2011/2012, un diplôme de coordonnateur de parcours de soins (Master 2).

5.5.1 Soutenir les interactions entre oncologie et gériatrie

La personne âgée atteinte d'un cancer est un patient spécifique, car à la fois plus vulnérable au niveau social et devant au cas par cas, bénéficier de traitements modulés/adaptés à son état général.

A la suite des programmes pilotes UPCOG (Unité pilote de coordination d'oncogériatrie), le décroisement oncologie/gériatrie sera poursuivi en promouvant l'évaluation gériatrique et si nécessaire, l'accès à une RCP d'onco-gériatrie quel que soit le niveau de recours, en fonction des ressources. Il sera soutenu par des actions de sensibilisation/formation des professionnels de santé aux spécificités des personnes âgées atteintes d'un cancer, et par l'intensification des interactions entre gériatres et oncologues, en lien avec ONCOMIP et le Gérontopôle.

5.5.2 Garantir aux personnes âgées en situation palliative une prise en charge de qualité

Des recommandations spécifiques sur la prise en charge des personnes âgées relevant de soins palliatifs seront proposées par les COTER « Cancérologie-soins palliatifs » et « Vieillesse » et le réseau ONCOMIP. Leur appropriation par les équipes soignantes des EHPAD sera en particulier accompagnée et encouragée par la création de liens entre les EHPAD et les dispositifs existants (réseaux, équipes mobiles).

Le diabète est une pathologie très fréquente (environ 5% de la population et 95 000 personnes en affection de longue durée en Midi-Pyrénées) et en augmentation constante. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risques majeurs. S'il n'est pas correctement traité, il génère des complications diverses : rénales (allant jusqu'à l'insuffisance rénale), cardiovasculaires (coronariennes et périphériques pouvant entraîner des amputations), ophtalmique (rétinopathie et cécité). La prise en charge de cette pathologie a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le programme régional de lutte contre le surpoids et l'obésité destiné à éviter l'apparition de la maladie, est la première étape de ce parcours de santé des personnes diabétiques (cf. axe n°1 du PSRS supra). Il est complété par trois autres étapes : le dépistage précoce, l'éducation du patient et le suivi médical.

6.1 Intégrer le dépistage précoce du diabète de type 2 dans une stratégie de dépistage des maladies chroniques

Le COTER « maladies chroniques » proposera un socle de dépistage commun des maladies chroniques basé sur un recueil de données cliniques et d'examen complémentaires. Ce dépistage sera proposé en priorité à des populations cibles à haut risque cardiovasculaire. La réalisation de cet objectif passe par une triple action.

6.1.1 Créer un outil d'auto-repérage pour le grand public

Un auto-questionnaire destiné au grand public sera élaboré, qui indique à la personne si un dépistage des maladies chroniques, dont le diabète, est justifié au regard de ses facteurs de risques. Il fera l'objet d'une large diffusion dans divers lieux ou par des professionnels en contact avec le public : pharmacies, lieux de soins, médecine du travail, mutuelles, Assurance maladie, associations...

6.1.2 Organiser le dépistage

Le dépistage des maladies chroniques pourra être réalisé par le médecin traitant (prescriptions des examens complémentaires nécessaires) ou dans un lieu identifié (établissement de santé, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé...) par un infirmier susceptible de prescrire, dans le cadre d'un protocole de coopération, un examen biologique et d'effectuer un ensemble d'examen confirmant le diagnostic.

Une campagne d'information et de dépistage régionale sera déployée chaque année, qui aura un double objectif :

- Informer la population sur les caractéristiques du diabète et des autres maladies chroniques, la sensibiliser à l'importance du diagnostic précoce et présenter l'outil d'auto-repérage, en prenant notamment appui sur le réseau des pharmacies d'officine qui assure un maillage territorial de proximité.
- Inciter les professionnels de santé à proposer le dépistage pendant une période donnée, en particulier pour leurs patients qui présentent des facteurs de risques.

Les équipes d'animation des bassins de santé travailleront sur l'identification et la coordination des acteurs les plus appropriés pour orienter les personnes les plus vulnérables vers les professionnels et structures réalisant ce dépistage.

6.1.3 Élaborer des recommandations de prévention et de suivi pour les patients en « pré-diabète »

Le COTER contribuera à l'élaboration à destination des médecins traitants, d'un protocole de prévention et de suivi médical des patients qui présentent un niveau de glycémie juste inférieur au seuil de détection du diabète (entre 1,1 et 1,26 g/l).

6.2 Éduquer le patient pour le positionner comme acteur de sa prise en charge

Une fois son diabète diagnostiqué, il est indispensable que le malade s'approprie sur le long terme l'observance de son traitement et le respect du suivi médical qui lui est proposé. L'éducation thérapeutique et l'accompagnement au long court sont destinés à permettre au patient de devenir acteur de sa maladie pour éviter ou différer au maximum les complications médicales.

6.2.1 Développer les programmes d'éducation thérapeutique de proximité dans les bassins de santé

Pour augmenter l'accès à l'éducation thérapeutique, cette activité doit être proposée à terme dans chaque bassin de santé, soit par un établissement de santé, soit par la médecine de ville. Pour répondre à la croissance de cette activité, il faudra former des professionnels de santé (développement des modules de formation de 40 heures par les structures régionales de Développement professionnel continu (DPC) et/ou par l'Université). Des conventions entre les professionnels du premier recours et les établissements du bassin de santé permettront de s'appuyer sur les compétences actuellement présentes au sein des programmes autorisés dans les établissements ainsi que d'établir des relais entre les professionnels et les programmes d'éducation thérapeutique.

6.2.2 Développer les actions d'éducation et d'accompagnement

L'action des associations de malades doit être encouragée et soutenue, dans le cadre d'un programme de prévention, pour apporter un soutien aux patients et à leur entourage.

Les préconisations du Programme national nutrition santé (PNNS) qui s'articulent, entre autres, autour des recommandations de la pratique du sport, seront relayées en Midi-Pyrénées via le réseau de santé EFFORMIP, auquel il sera demandé d'augmenter la file active des patients qu'il prend en charge et de diffuser son savoir-faire au niveau de chaque territoire de santé.

6.3 Améliorer le suivi médical des personnes diabétiques, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Le suivi médical préconisé par la HAS comprend chaque année un examen ophtalmologique, un examen vasculaire, un examen dentaire et un bilan biologique dont l'analyse de l'équilibre glycémique à périodicité trimestrielle. La réalisation de ces examens contraignants (périodicité et multiplicité) nécessite un accompagnement du malade et l'accès facilité aux professionnels et laboratoires.

6.3.1 Définir des parcours permettant l'accessibilité et la réalisation des examens annuels

Le suivi médical des patients diabétiques fera partie des objectifs donnés aux équipes d'animation des bassins de santé. Les professionnels pourront proposer des modes de prise en charge innovants pour le suivi des patients diabétiques.

Les dispositifs d'accompagnement téléphonique personnalisés tel que « Sophia » doivent être intégrés dans le parcours de santé. L'augmentation du taux de participation, en particulier des populations défavorisées, devra être recherché en relation étroite avec les médecins traitants et les associations de patients.

L'accès à l'examen ophtalmologique annuel sera organisé : le nombre de professionnels formés (le cas échéant dans le cadre d'un protocole de coopération) devra être ajusté pour garantir un délai de rendez-vous inférieur à 2 mois.

6.3.2 Donner des outils de suivi au médecin traitant

Il sera pertinent de diffuser aux médecins traitants, les outils de suivi du patient diabétique : outil de programmation des examens, outil de relance...

6.3.3 Favoriser les protocoles de coopération entre professionnels de santé

Un protocole de coopération sera préparé par l'ARS avec les professionnels pour permettre à un infirmier de prendre en charge l'essentiel du parcours du patient diabétique : dépistage, éducation thérapeutique, suivi et accompagnement.

6.3.4 Organiser la gradation entre l'offre de proximité et le recours territorial

Compte tenu de la fréquence de cette pathologie et pour faciliter l'accès aux soins, le dépistage, l'éducation thérapeutique et le suivi médical des patients diabétiques doit s'organiser dans chaque bassin de santé.

Les professionnels du premier recours et les patients diabétiques doivent avoir accès, en tant que de besoin, à un avis de spécialiste (messagerie sécurisée, hotline, consultation avancée, réunion de concertation pluridisciplinaire, télémedecine) et à un plateau technique spécialisé dans leur territoire : spécialistes d'endocrinologie et de diabétologie, service de soins de suite spécialisés.

Le parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux

Les besoins de soins potentiels en psychiatrie concernent une population estimée à près de 165 000 personnes en Midi-Pyrénées. Ils doivent répondre à des situations très diversifiées, tant en terme d'âges et de symptômes (adolescents en crise, risque suicidaire chez les personnes âgées...) que de pathologies (dépression, schizophrénie, troubles bipolaires, autisme...). En mars 2010, 56 250 adultes relèvent d'une Affection de longue durée (ALD) au titre de la maladie mentale.

L'amélioration du parcours de santé nécessite de favoriser l'accès aux soins et de poursuivre le mouvement déjà engagé de coordination entre les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de ces personnes.

7.1 Dépister précocement les situations de souffrance psychique

L'ARS poursuivra, dans les bassins de santé, la formation des professionnels au repérage des troubles psychiques et à la prévention des crises suicidaires : actions en faveur des professionnels intervenant dans les champs sanitaire, médico-social, social, éducatif et judiciaire afin qu'ils développent ensuite un travail en réseau.

Elle renforcera la communication autour du suicide des personnes âgées, notamment par la diffusion d'une plaquette sur ce thème aux professionnels sociaux, paramédicaux et médicaux qui interviennent auprès des personnes âgées.

Elle développera avec la Mutualité sociale agricole (MSA) des actions de prévention du suicide en milieu agricole.

7.2 Faciliter l'accès aux soins psychiatriques dans les bassins de santé

7.2.1 Intégrer les soins psychiatriques dans l'organisation des soins du premier recours

Dans le cadre de l'animation des bassins de santé, un dialogue entre les professionnels du premier recours et les acteurs de la santé mentale s'engagera pour identifier les besoins liés à la coordination et à la qualité des soins. Il aura notamment pour objet d'améliorer le relais entre le médecin traitant et le psychiatre et de définir les modalités d'accès du médecin traitant à l'expertise psychiatrique, le cas échéant par télémédecine.

L'intervention de professionnels de la santé mentale dans les maisons de santé pluriprofessionnelles est hautement souhaitable.

7.2.2 Améliorer l'accès aux centres médico-psychologiques (CMP)

Cet objectif sera mis en œuvre dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé afin de diminuer les délais d'attente (qui sont actuellement de 1 à 3 mois avec un psychiatre), de répondre aux situations d'urgence et d'adapter les horaires aux contraintes d'organisation sociales de la population.

Les CMP pourront accueillir, sur la base du volontariat, des médecins libéraux.

7.2.3 Renforcer le suivi et la prise en charge à domicile

Ce suivi peut être réalisé sous deux formes :

- Par des infirmiers libéraux ou du secteur, en relation avec le médecin traitant. Un protocole expérimental de collaboration, structuré sur la qualité des soins, entre praticiens (médecin traitant, médecin psychiatre) et infirmiers libéraux est à l'étude,
- En intégrant une compétence psychiatrique dans les équipes mobiles de gériatrie et en développant les équipes mobiles de psychiatrie.

7.3 Améliorer la continuité des prises en charge en décloisonnant les dispositifs sanitaire, médico-social et social

7.3.1 Formaliser des conventions entre établissements médico-sociaux et sanitaires

Tout établissement médico-social qui accueille des personnes souffrant de troubles mentaux devra signer une convention avec un établissement de santé qui dispense des soins psychiatriques pour :

- Le cas échéant, s'il ne dispose pas ou peu des compétences médicales et paramédicales (psychiatre, infirmier), organiser les soins psychiatriques pour ses résidents,
- Développer les prises en charge séquentielles pour les adultes,
- Prévoir les modalités de prise en charge des situations de décompensation.

7.3.2 Développer des formations croisées des équipes sanitaires, sociales et médico-sociales

L'ARS demandera aux établissements concernés d'organiser des formations pluri-professionnelles conjointes visant à promouvoir les notions de projet de soins personnalisé et d'accompagnement des patients dans la durée.

7.3.3 Améliorer la continuité des soins en milieu ordinaire de vie

Consciente des difficultés de réinsertion que peuvent rencontrer les patients lorsqu'ils regagnent leur domicile, l'ARS facilitera l'accompagnement des familles ou des associations de malades, en impulsant une réflexion avec les différents partenaires concernés, sur un accès à un logement autonome ou adapté, une aide à la vie quotidienne comprenant par exemple l'éducation thérapeutique ou le suivi des soins somatiques. Ainsi, les services dispensés par les SAMSAH ou les SAVS ainsi que le soutien apporté par les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), en dehors des soins en psychiatrie assurés par les équipes extrahospitalières ou par les IDE libéraux, seront facilités.

Les opérateurs sociaux et médico-sociaux en lien avec les établissements de santé développeront des lieux d'écoute et organiseront des actions d'information pour les associations d'usagers et de malades. Ces dispositions visent à permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge et à apporter un soutien aux proches, et doivent bénéficier tout particulièrement aux personnes soumises à une obligation de soins.

7.3.4 Favoriser le retour et le maintien dans l'emploi des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique

Les pathologies psychiatriques sont parmi celles qui sont les plus handicapantes pour le maintien des salariés en milieu professionnel. Les spécialistes s'accordent à penser que le retour au travail est un facteur thérapeutique important. Cependant ces maladies s'adaptent souvent mal aux exigences du travail et aux équipes dans lesquelles les patients sont insérés. Les actions pourraient se centrer en priorité sur les patients bipolaires pour lesquels des progrès thérapeutiques significatifs ont été réalisés et chez lesquels une éducation thérapeutique favorable au maintien dans l'emploi a été démontrée.

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie prenant en charge des patients bipolaires seront incités à monter des partenariats avec les services de santé au travail de leur territoire et l'AGEFIPH⁵, ou le FIPHP⁶, sous l'égide de l'ARS et de la DIRECCTE, pour permettre la réalisation de cet objectif.

⁵ Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

⁶ Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique.

7.4.1 Répondre aux urgences et prévenir la récurrence des tentatives de suicide

Tout service d'accueil des urgences doit pouvoir répondre, par la présence de professionnels à compétence psychiatrique, aux urgences psychiatriques pour réaliser un diagnostic, adapter la prise en charge aux urgences et orienter ces patients.

Les COTER « Urgences » et « Psychiatrie » proposeront aux services d'urgence de la région un protocole de prise en charge des tentatives de suicide visant à prévenir la récurrence, en organisant le relais avec le médecin traitant ou le psychiatre.

7.4.2 Développer les prises en charge à temps partiel

La prise en charge à temps partiel (hôpital et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) doit permettre de diversifier les projets thérapeutiques en fonction des besoins des patients, afin de limiter l'hospitalisation complète aux patients les plus lourds.

7.4.3 Rapprocher les unités d'hospitalisation des populations

En Ariège, aucune capacité d'hospitalisation complète du secteur public n'est présente dans la principale agglomération du département. L'établissement de psychiatrie devra délocaliser au moins une unité au sein de l'hôpital territorial.

En Midi-Pyrénées, le nombre d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) pris en charge en court séjour pour les patients originaires de la région s'élevait à 5 765 en 2009, le nombre d'accidents ischémiques transitoires (AIT) à 2 221. Le nombre d'AVC et d'AIT a augmenté de 15 % en dix ans. Même si on ne peut éliminer la possibilité que ces pathologies soient mieux répertoriées dans le PMSI, cet accroissement s'inscrit en parallèle avec celui du vieillissement de la population.

Le maillage des services d'urgence et l'organisation des SMUR permettent une prise en charge rapide et de proximité. Cependant, le recours au SAMU-Centre 15 est encore insuffisant, avec des délais en amont de l'hospitalisation trop longs.

Un effort a été fait et un engagement des acteurs a été pris pour développer la structuration de la filière. Chaque département sauf l'Ariège bénéficie d'au moins une unité neuro-vasculaire (UNV) ou d'un projet de structure. Malgré cette dynamique, le nombre de patients pris en charge en dehors d'une UNV reste trop important (un patient sur deux).

En conséquence, plusieurs actions seront prioritairement menées tout au long de la filière.

8.1 Promouvoir des actions de prévention

L'AVC est accessible à des mesures de prévention. La politique régionale de prévention et de lutte contre les facteurs de risque (Hypertension artérielle, tabagisme, diabète, obésité, ...) contribuera à réduire la survenue des AVC.

8.2 Raccourcir le délai entre les symptômes et l'expertise neuro-vasculaire

8.2.1 Éduquer le grand public

Des journées « accident ischémique transitoire » (AIT) et « AVC » seront organisées dans chaque territoire de santé en relais des campagnes nationales à l'instar des actions menées pour la prise en charge du syndrome coronarien aigu, pour rappeler les symptômes et les consignes de recours aux soins en précisant que la prise en charge doit être la plus rapide possible afin d'instaurer un traitement d'urgence (thrombolyse) dans les 4 à 5 heures qui suivent l'alerte.

8.2.2 Organiser l'alerte et le parcours pré-hospitalier

Une sensibilisation sur la prise en charge initiale des AVC et une formation continue doivent être assurées au niveau régional pour les différents acteurs de la filière : pompiers, infirmières, généralistes, urgentistes, neurologues. La journée régionale de formation réalisée en 2010 par le collège Midi-Pyrénées de médecine d'urgence pour améliorer la reconnaissance téléphonique des AVC et l'utilisation de la filière doit être renouvelée.

Des procédures de régulation et d'orientation doivent être disponibles et utilisées dans tous les centres 15. Toute suspicion d'AVC doit être orientée prioritairement vers un établissement disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV).

Enfin, toutes les suspicions d'AIT doivent être régulées pour entrer dans la filière neurovasculaire selon des modalités analogues à celles de l'AVC (avis neurovasculaire, imagerie, ...).

8.3 Optimiser le parcours intra-hospitalier

8.3.1 Privilégier la rapidité d'accès à l'expertise neurovasculaire et à l'imagerie cérébrale

Les unités qui ne sont pas encore labellisées comme UNV tout en fonctionnant comme des UNV grâce à la mobilisation des professionnels, doivent être rapidement reconnues et dotées des moyens adéquats, en particulier en infirmières. Elles permettront de structurer la filière de prise en charge départementale par l'orientation systématique des patients vers l'UNV et non vers les structures départementales secondaires.

L'accès à l'imagerie en urgence est variable selon les sites mais dans tous les cas à optimiser. L'IRM en première intention, tel qu'il est préconisé dans le plan AVC 2010-2014 concerne une trop faible minorité de patients. De nouvelles organisations sont à promouvoir pour pallier le défaut d'accès aux machines, notamment la nuit et le week-end, et répondre aux problèmes de carence en radiologues, en particulier dans le secteur public.

8.3.2 Développer la télémédecine

Dans le sud de la Haute-Garonne et dans l'Ariège, la prise en charge des urgences neurovasculaires devra s'appuyer d'une part sur un lien plus formalisé entre le CHU de Toulouse et les établissements, et d'autre part sur la télémédecine pour les avis donnés à distance. Dans l'Ariège, une présence neurologique est cependant indispensable et le recrutement de plusieurs neurologues rapidement envisagé, avec le soutien du CHU, pour assurer la prise en charge de la pathologie neurologique, en intégrant les urgences neurovasculaires.

8.3.3 Promouvoir la pluridisciplinarité

La rééducation doit intervenir le plus précocement possible dans la prise en charge. L'intervention des professionnels, de la rééducation et de la réinsertion sociale est nécessaire dès l'hospitalisation. Des organisations conjointes entre les UNV et les SSR spécialisés sont préconisées afin de mieux coordonner la prise en charge des patients.

8.4 Optimiser le parcours post-hospitalier

8.4.1 Harmoniser les admissions en SSR

Les dispositifs de rééducation sont insuffisamment mobilisés précocement. La spécialisation de services de soins de suite doit apporter un gain qualitatif dans les prises en charge. La fluidité de la filière AVC passe aussi par l'organisation du secteur médico-social et des liens entre les structures sanitaires et médico-sociales.

8.4.2 Accompagner le patient lors de son retour à domicile

Il est indispensable de mieux coordonner les interfaces ville-hôpital pour améliorer le suivi du patient.

Un travail régional concerté entre les neurologues permettra de simplifier et de standardiser le document de sortie adressé au médecin traitant. Ce document insistera sur la nécessité de prévoir une consultation de bilan post AVC à 3 mois, associant le médecin traitant.

C'est lors du retour à domicile que le patient pourra bénéficier de séances d'éducation adaptées pour éviter la récurrence et, si des séquelles subsistent, vivre mieux avec son handicap. Le médecin traitant jouera alors à ce niveau un rôle clé.

Troisième axe
stratégique

Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé



Nos besoins de santé évoluent. Le système de santé doit s'y adapter en garantissant à tous l'accès aux soins. La santé doit rester un service de qualité, au plus près des besoins de la population. Pour l'ARS Midi-Pyrénées, l'objectif est de rééquilibrer l'organisation de l'offre en santé dans la région en lien avec les professionnels, en garantissant qualité et efficacité.

C'est la troisième priorité du Projet régional de santé en Midi-Pyrénées.

Garantir le bon soin au bon endroit avec le bon professionnel

Il s'agit d'abord pour l'ARS de renforcer les services de santé de proximité et d'organiser dans chaque département un pôle hospitalier pour les soins spécialisés. C'est un enjeu majeur d'aménagement du territoire, lié à la répartition des professionnels et des établissements de santé.

Dans chaque bassin de santé, et en particulier dans les zones rurales, l'objectif est d'attirer des professionnels du premier recours aux soins. La présence de ces professionnels de santé est indispensable à un suivi régulier de la population et en particulier des personnes âgées, des malades chroniques ou des personnes handicapées. La permanence des soins tant ambulatoires qu'hospitaliers doit être organisée de manière cohérente pour éviter des recours inappropriés aux services d'urgences.

Dans chaque département, l'ARS souhaite aussi garantir l'accès à un pôle hospitalier de qualité, en favorisant l'installation de médecins spécialistes et l'environnement technique nécessaire à leurs activités (équipes de taille suffisante, équipements spécialisés, activités de recherche...). Maintenir des soins de qualité au plus près des besoins, c'est aussi responsabiliser les médecins traitants et les usagers pour qu'ils aient en priorité recours à ces services de proximité, plutôt que de s'orienter vers la métropole toulousaine : c'est le bon usage de cette offre de proximité qui permettra de sauvegarder l'accès à des professionnels de santé et des pôles hospitaliers de qualité dans chaque territoire.

Garantir la qualité et l'efficacité du système de santé dans la région

L'ARS Midi-Pyrénées est attachée à la qualité et à l'efficacité de notre système de santé. Il ne s'agit pas de dépenser moins mais de dépenser mieux, en recherchant pour chaque usager le meilleur service rendu au meilleur coût.

L'amélioration de la qualité passe par la promotion des bonnes pratiques professionnelles, tant auprès des professionnels en ville, qu'au sein des établissements de santé ou des structures médico-sociales. Une culture commune de l'évaluation doit être le levier d'une amélioration de la qualité.

Cela se traduit aussi par une ambition plus large de réorganisation de l'offre de santé actuelle. Pour garantir la pérennité du système, nous devons sans cesse en améliorer l'efficacité. Il s'agit par exemple d'éviter les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale. L'organisation du secteur médico-social doit elle aussi garantir une mutualisation des compétences pour améliorer l'efficacité des structures. La réduction des déficits des établissements publics de santé répond également à cet objectif : un établissement déficitaire ne peut se projeter dans l'avenir et développer ses activités.

L'engagement de l'ARS

L'ARS s'engage à organiser en Midi-Pyrénées une gradation de l'offre de soins et services, pour permettre à l'utilisateur d'accéder à des services de qualité au meilleur niveau de proximité.

L'ARS incite les professionnels et la population à s'orienter vers trois niveaux d'accès aux services de santé :

- > Des services de santé de proximité dans chaque bassin de santé pour répondre aux besoins de la vie quotidienne.
- > Un pôle hospitalier pour bénéficier de soins spécialisés dans chaque département.
- > Une expertise interdépartementale ou régionale en cas de recours à des soins hautement spécialisés.

Pour faire face à l'évolution de la démographie médicale, garantir la présence d'une offre de soins sur l'ensemble des territoires et sécuriser la prise en charge des patients, l'ARS Midi-Pyrénées favorise l'installation de professionnels du premier recours dans les zones peu denses.

L'ARS veille à la modernisation des pratiques professionnelles en encourageant le développement des nouvelles technologies en santé, des modes d'exercice regroupés, des coopérations entre établissements de santé (public-public et public-privé).

L'ARS incite aussi les professionnels de santé à élaborer eux-mêmes un projet de santé dans chaque bassin de santé, à mettre en œuvre des projets innovants au plus près des territoires pour développer la prévention et améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

L'ARS sensibilise tous les acteurs de la santé à améliorer la qualité des soins et services à chaque niveau de prise en charge des usagers. Elle mobilise les professionnels des établissements de santé et les structures médico-sociales dans une recherche d'efficacité médico-économique. En termes d'allocation de ressources, ces gains en efficacité visent un double objectif : concourir à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et contribuer au financement du Projet régional de santé, notamment dans ses composantes de prévention, d'accompagnement médico-social ou de dynamisation du premier recours.

Partie

2.

Trois défis à relever pour le Plan stratégique régional de santé en Midi-Pyrénées

Troisième axe stratégique

Adapter l'offre pour répondre aux besoins de santé

1 >

Organiser la gradation de l'offre de soins et services pour permettre à l'utilisateur d'accéder à des services de qualité au meilleur niveau de proximité

p. 51

1.1 Centrer l'offre de santé sur les professionnels et les services du premier recours, au sein des bassins de santé

p. 52

1.2 Garantir l'accès aux soins et aux services spécialisés dans les territoires

p. 54

1.3 Promouvoir les pôles d'excellence régionaux

p. 59

1.4 Adapter les missions des réseaux

p. 59

1.5 Garantir la qualité des soins et des services

p. 62

2 >

Renforcer le pilotage régional

p. 65

2.1 Renforcer le pilotage régional de la démographie médicale

p. 65

2.2 Renforcer le pilotage régional de la démographie para-médicale

p. 68

2.3 Renforcer le pilotage régional des systèmes d'information en santé

p. 70

2.4 Renforcer le pilotage régional de la veille et de la sécurité sanitaire

p. 72

2.5 Renforcer le pilotage régional des ressources financières

p. 74

1 >

Organiser la gradation de l'offre de soins et services pour permettre à l'utilisateur d'accéder à des services de qualité au meilleur niveau de proximité

La gradation des soins a pour objet de promouvoir la notion de « **bon soin au bon endroit avec le bon professionnel** ». Elle est centrée sur le patient et cherche à rendre son parcours de santé plus pertinent, tout en respectant le principe de libre choix. Elle est basée sur le principe de subsidiarité, qui consiste à privilégier, dans tous les cas où c'est possible, la prise en charge de proximité, en ambulatoire ou à domicile, dans le souci de répondre aux attentes de la population, de limiter les transports et de favoriser l'accès aux soins. Le recours à des services plus éloignés ne se justifie que pour des soins plus spécialisés qui nécessitent de regrouper les compétences et équipements afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.

Ce principe trouve sa réalisation dans une organisation territoriale en trois niveaux, avec pour tous un même enjeu de qualité et de sécurité des services et des soins mais aussi d'efficience médico-économique :

- Un accès en proximité aux soins et services les plus fréquemment demandés dans le bassin de santé,
- Une réponse à la quasi-totalité des besoins en soins et services spécialisés nécessitant des plateaux techniques (bloc opératoire, scanner, IRM, équipement de rééducation, etc.) dans chaque territoire de santé,
- Un recours aux soins hautement spécialisés dans la région voire l'inter-région.



La gradation des soins s'inscrit dans une démarche d'aménagement du territoire menée en concertation avec les collectivités territoriales. Au niveau des bassins de santé, elle doit permettre de maintenir des professionnels de santé et des établissements de santé de proximité dans les zones rurales. Au niveau des territoires de santé, elle doit permettre d'attirer les médecins spécialistes, préalable indispensable pour conforter des prestations de qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux spécialisés.

Un tel modèle d'organisation ne fonctionnera que si les usagers et les professionnels de santé utilisent les services présents dans leur bassin et dans leur territoire de santé. Pour ce faire, il faut qu'ils connaissent cette offre et qu'ils soient convaincus de sa qualité. Un effort de communication devra être fait pour responsabiliser l'ensemble des acteurs par rapport à ces enjeux.

En partenariat avec les professionnels de santé, une campagne d'information sur la gradation de l'offre sera menée par l'ARS, auprès des usagers. Des débats publics pourront également être organisés par la Conférence régionale de santé et de l'autonomie et les Conférences de territoires, en associant les élus, les collectivités et le monde associatif.

Le bassin de santé représente l'espace au sein duquel s'organise l'offre de soins de proximité : prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et accompagnement médico-social. Cette offre diversifiée se structure autour des soins du premier recours - porte d'entrée dans le système de santé - eux-mêmes articulés autour du médecin traitant.

C'est dans le bassin de santé que se déploiera l'offre de prévention, axe majeur de la politique de l'ARS, centrée autour de cinq grandes priorités (décrites précédemment cf. axes 1 et 2) :

- La promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique,
- La prévention des conduites addictives,
- La promotion de la santé chez les jeunes,
- La préservation de l'autonomie de la personne âgée,
- La promotion de la santé auprès des personnes en situation de précarité.

Le bassin de santé est aussi un espace d'échanges et de dialogue entre les professionnels médicaux et paramédicaux et avec les établissements pour analyser les besoins de la population, repérer les potentialités et les valoriser.

L'organisation des soins du premier recours doit répondre à deux enjeux :

- Améliorer la réponse aux besoins de santé des patients en développant la coordination et la continuité des soins entre les différents intervenants,
- Rendre son exercice attractif, en particulier en milieu rural, pour maintenir une répartition des professionnels de santé adaptée aux besoins de la population du bassin de santé ; cela suppose de répondre aux attentes des jeunes professionnels par rapport à leurs conditions de travail.

1.1.1 Élaborer puis mettre en œuvre un projet de santé dans chaque bassin

L'équipe du premier recours : médecin généraliste, pharmacien d'officine, infirmier, chirurgien dentiste ainsi que les professionnels et structures dits « indispensables » : masseur-kinésithérapeute et orthophoniste, travailleur social, structure de PMI seront sollicités pour mettre en œuvre un réel projet de santé au sein de chaque bassin.

Pour garantir une équité d'accès à des actions de prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social, l'offre de services est définie comme suit dans les bassins de santé :

- Certaines prestations spécialisées - cardiologie, psychiatrie, pédopsychiatrie, ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie médicale et obstétricale - ce qui ne préjuge pas du professionnel ni de la modalité de la réponse - médecin de la spécialité, médecin généraliste, autres professionnels de santé dans le cadre de la délégation de tâches, en cabinet secondaire, par télé-médecine ;
- La biologie de proximité et la radiologie conventionnelle avec l'échographie ;
- La prise en charge ambulatoire des femmes par une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'une maternité de niveau 1, d'un centre périnatal de proximité ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle ;
- L'accès à l'éducation thérapeutique ;
- L'accès pour les enfants et les adolescents à une prise en charge psychiatrique dans des délais courts au moyen des CMP et des CMPP ;
- L'intervention d'un service d'hospitalisation à domicile et d'équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) intervenant à domicile ou en EHPAD ;
- L'offre de services ou de soins pour les personnes âgées dépendantes, à domicile et en institution, notamment SSIAD, EHPAD ;
- L'accompagnement par un SESSAD, un SAMSAH et la présence d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM) pour l'aide à domicile des enfants et adultes en situation de handicap ;
- Les transports sanitaires.

Dans chaque bassin de santé sera identifiée une offre hospitalière qui doit proposer au minimum les prestations suivantes :

- Un service d'accueil des urgences ;
- Un service de médecine polyvalente avec des lits dédiés à la gériatrie ;
- Des lits de SSR polyvalents et de SSR spécialisés personnes âgées poly pathologiques ;
- L'expertise dans certaines spécialités médicales et chirurgicales, le cas échéant réalisées par des consultations avancées ou par télé-médecine.

Pour les bassins de santé de l'Isle Jourdain et Nogaro, la population a accès à un établissement de santé situé en dehors du bassin. Dans le bassin d'Espalion, la mise en place d'un service de soins permettant la prise en charge de l'urgence sera étudiée.

Au sein du bassin de santé, il est primordial d'assurer la coordination entre les différents acteurs de santé et les associations de bénévoles qui participent au repérage et à l'accompagnement des patients.

Les coordinations existantes autour des réseaux de santé territoriaux, des MAIA, etc., ainsi que les articulations avec les SSIAD et l'HAD seront renforcées.

1.1.2 Confier l'animation des bassins aux acteurs de santé

L'animation des bassins de santé par les professionnels eux-mêmes a pour ambition de :

- Consolider et moderniser l'offre du premier recours et des soins à domicile dans les bassins de santé ;
- Développer la coordination des professionnels ;
- Privilégier le principe de subsidiarité : l'offre libérale et au plus près des patients pour les soins courants, l'établissement de santé pour les soins plus complexes ;
- Mobiliser les professionnels de santé du premier recours autour d'un projet médical de bassin, structuré lui-même autour des priorités régionales en matière de santé publique.

Un appel à candidature a été lancé par l'ARS, à titre expérimental, auprès de professionnels souhaitant animer les bassins de santé avec l'ambition de susciter au moins un bassin candidat par département. La mission de cette équipe, qui comprendra également des représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux de proximité, sera d'organiser l'offre de premier recours préventive, sanitaire et médico-sociale. Il s'agira pour l'équipe d'avoir une réponse collective à une problématique locale.

L'ARS proposera les indicateurs permettant d'évaluer l'accès aux soins du premier recours et d'identifier à quel degré les bassins de santé s'investissent dans la prise en charge optimale des pathologies.

En fonction des résultats, une généralisation de ce mode d'organisation pourra être envisagée sur la base d'un gain en termes de satisfaction et de bien-être du patient mais aussi d'efficacité et de coût.

1.1.3 Inciter les professionnels de santé à s'installer dans les bassins

La première idée est de rompre avec les pratiques isolées, le choix des professionnels aujourd'hui se portant sur l'échange et le partage qui conduisent à privilégier un fonctionnement en équipes pluriprofessionnelles.

Il n'y a pas une solution unique pour attirer les professionnels de santé du premier recours dans les bassins de santé. Plusieurs modes d'exercice peuvent être proposés permettant de répondre à la diversité des aspirations des jeunes professionnels.

Améliorer les conditions d'exercice :

La demande forte des professionnels eux-mêmes de diversifier leur mode d'exercice sera prise en compte, en favorisant une mixité des statuts libéral et salarié : exercice en maison de santé pluri-professionnelle (MSP), pôles de santé, cabinet secondaire, exercice salarié dans des centres de santé, au sein des antennes des établissements de santé, médecine itinérante, exercice mixte.

Le développement des mutualisations et des coopérations entre professionnels se fera autour des notions de délégation ou de mutualisation de tâches pour libérer du temps soignant.

Améliorer l'attractivité des bassins :

L'ARS travaillera avec l'Université pour développer l'accueil de stagiaires en cabinet de médecine générale.

Des informations seront mises à disposition des professionnels dans le cadre de la plateforme d'accueil des professionnels de santé (PAPS) pour les accompagner dans leurs projets d'installation.

Tous les professionnels qui souhaitent créer une maison de santé ou un pôle de santé seront accompagnés dans leur démarche.

Déployer des mesures complémentaires dans les zones prioritaires :

Dans les zones éloignées des centres urbains où la démographie des professionnels du premier recours sera faible à l'horizon 2015, une politique volontariste d'aide à l'installation sera mise en œuvre par l'ARS avec les services de l'Etat, les collectivités locales et les professionnels. Des mesures incitatives (aides financières et contrats d'engagement de service public) favoriseront l'installation des professionnels.

En dernier recours, si aucun professionnel ne souhaite s'installer en libéral, l'ARS demandera aux professionnels installés à proximité ou à un établissement de santé de mettre en place un cabinet secondaire ou une consultation avancée dans la zone concernée.

La cartographie de ces zones prioritaires a fait l'objet d'un arrêté du Directeur général de l'ARS en juillet 2012.

Ces actions sont développées ci-après, dans la partie consacrée au pilotage régional de la démographie médicale.

1.1.4 Organiser la permanence des soins ambulatoires et l'accès aux services d'urgence

L'ambition de consolider l'attractivité du dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) pour les médecins et d'améliorer son homogénéité sur le territoire est traduite dans le cahier des charges régional qui consacre les principes suivants :

- Accès au dispositif de permanence préalablement régulé selon des procédures harmonisées au plan régional,
- Structuration de l'effectif à l'échelle des bassins de santé afin d'élargir le nombre de participants potentiels aux tours de garde, tout en maintenant un niveau satisfaisant d'accessibilité et de qualité de prise en charge,
- Limitation du recours à l'effectif mobile par une stricte régulation,
- Amélioration de la lisibilité du dispositif pour la population.

1.2 Garantir l'accès aux soins et aux services spécialisés dans les territoires

1.2.1 Structurer l'offre de soins et de services spécialisés

Garantir l'accès à la palette des spécialités médicales et chirurgicales dans les territoires :

Dans le chef lieu de chaque territoire et à Castres, une offre de soins spécialisés en établissement de santé doit exister dans les 21 spécialités suivantes :

- Pôle Femme / Mère / Enfant : gynécologie-obstétrique, pédiatrie ;
- Fonctions supports : biologie médicale, anatomo-pathologie, imagerie ;
- Anesthésie et réanimation et spécialités chirurgicales : orthopédique et traumatologique, urologique, viscérale, ophtalmologique, ORL ;
- Spécialités médicales : médecine interne (dont l'infectiologie, la dermatologie et la rhumatologie), médecine physique et de réadaptation, neurologie, cardiologie, pneumologie, néphrologie, gastroentérologie, gériatrie, endocrinologie, oncologie, psychiatrie.

Chaque spécialité devra disposer d'au moins un plateau technique, avec :

- Tous les équipements et les autorisations nécessaires pour réaliser les actes cliniques et techniques de la spécialité à l'exception de ceux relevant d'un recours régional ou inter régional ;
- Un nombre de praticiens suffisant pour garantir la qualité et la continuité des soins ainsi que son attractivité vis-à-vis de jeunes professionnels (permanence des soins, sur-spécialisation ...), et lui permettant d'avoir un rôle dans la formation et la recherche clinique dans le cadre de missions de service public attribuées par l'ARS ;
- Des lits d'hospitalisation et, pour les spécialités concernées, des places de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires et/ou d'hospitalisation de jour.

Élaborer des projets médicaux de territoire de spécialité (PMTS) :

Dans le chef lieu de chaque territoire et à Castres, pour optimiser au mieux les ressources, l'offre de soins se structurera dans chaque spécialité autour des plateaux techniques des établissements et des équipes médicales y compris de ville, qu'ils soient publics ou privés. Elle sera construite sur un projet médical de spécialité répondant aux besoins de santé de la population. Ce projet médical sera élaboré par l'ensemble des établissements et professionnels de santé participant à la spécialité, quel que soit leur statut public ou privé, ainsi que les professionnels du premier recours.

Les COTER pourront contribuer à la réflexion sur les projets médicaux de territoire de spécialité.

Les projets médicaux de territoire de spécialité ont pour objectif :

- **De développer les coopérations pour une utilisation optimale des équipements** : les établissements participant à la spécialité, qu'ils soient publics ou privés, seront amenés à développer les coopérations entre eux afin d'optimiser l'utilisation des plateaux, la qualité et la sécurité de prise en charge des soins dans la spécialité pour le territoire.
- **De fédérer les ressources médicales** : chaque établissement public ou privé contribuera avec son équipe médicale à la réponse aux besoins de soins dans la spécialité sur le territoire. Cette activité rentrera dans le cadre des projets médicaux de territoire de spécialité qui identifieront les besoins en ressources humaines et en équipements accessibles à tous et décrira le fonctionnement de la spécialité en question. Les orientations de ces projets médicaux de territoire de spécialité seront alors déclinées dans le projet médical de chaque établissement et pourront donner lieu à des déclinaisons dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

- **D'organiser la gradation des soins dans les établissements publics de santé** : concernant l'hospitalisation publique, dans chaque territoire sera identifié un « hôpital territorial ». Dans le Tarn, deux établissements publics de santé seront identifiés comme « hôpitaux territoriaux ». Chaque « hôpital territorial » doit disposer, au minimum, d'une offre de soins dans les spécialités suivantes :
 - Un service d'accueil des urgences,
 - Une unité de court séjour gériatrique,
 - Un plateau technique tel que décrit précédemment dans les 21 spécialités citées plus haut ou tout au moins a minima dans les spécialités pour lesquelles il n'existe pas de plateau technique de ce type dans le territoire dans un autre établissement de santé public ou privé.

Pour les 21 spécialités composant l'offre de soins spécialisés de territoire, les praticiens des établissements publics de santé, d'un même territoire et d'une même spécialité doivent se constituer en équipe médicale territoriale publique afin de coordonner leur action (EMTP). Il existe plusieurs manières de concrétiser ces équipes médicales territoriales publiques :

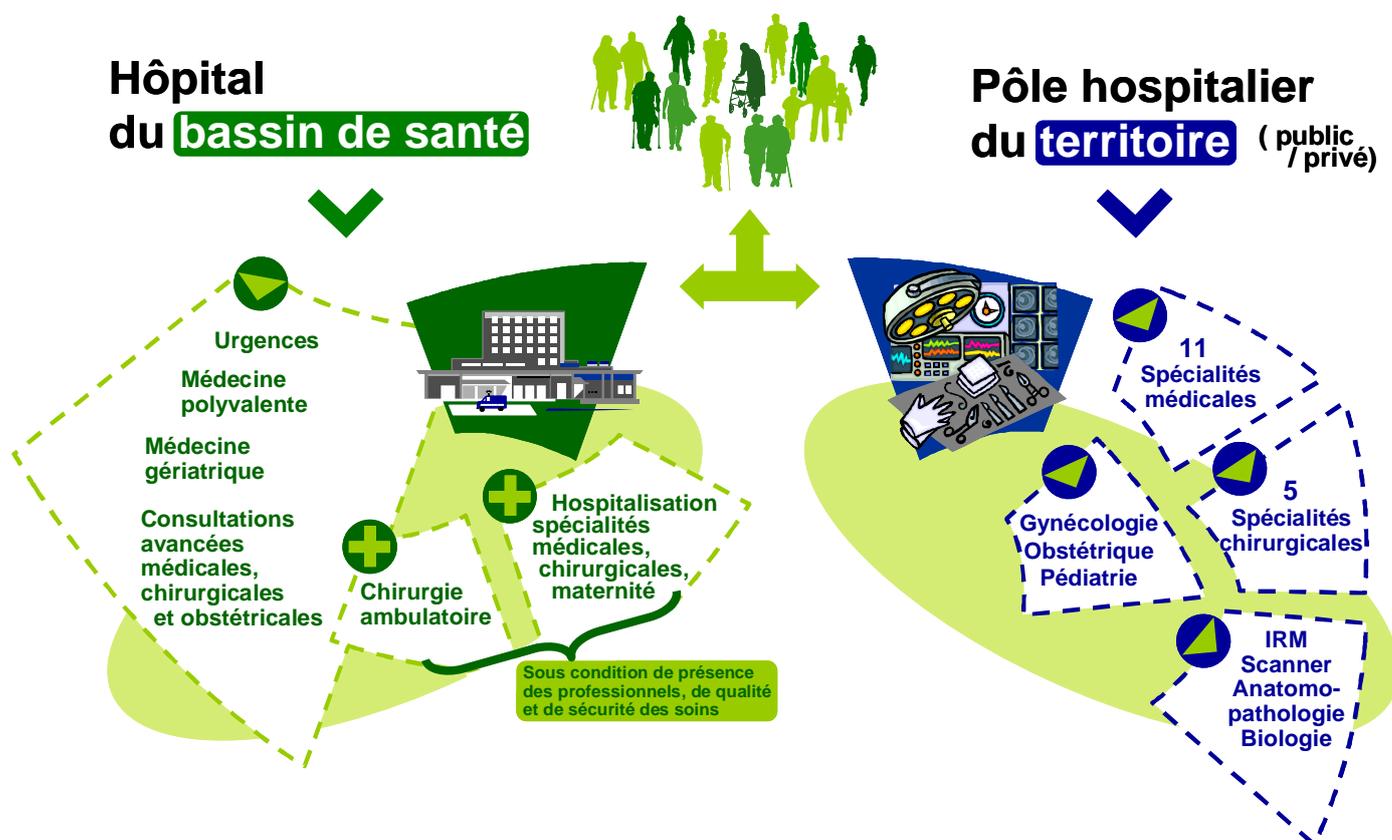
- Recrutement par l'hôpital territorial qui passe des conventions avec les autres établissements publics de santé du territoire pour organiser l'offre de soins de la spécialité à leur niveau,
- Mise en place de fédérations inter hospitalières avec projets médicaux communs sur une ou plusieurs spécialités,
- Mise en place d'une communauté hospitalière de territoire,
- Autres types de conventions entre établissements publics de santé.

Ces équipes médicales territoriales publiques assureront la réponse aux besoins dans leurs spécialités dans les établissements publics de santé du territoire selon un projet médical d'équipe qui précisera les modalités de cette réponse conformément notamment à l'offre de service minimum définie dans les bassins de santé et aux projets médicaux de territoire de spécialité.

- **De formaliser les coopérations** : les projets médicaux de territoire de spécialité et l'organisation de la gradation des soins dans les établissements publics de santé vont aboutir à des coopérations entre les différents acteurs publics et/ou privé de l'offre de soin dans chaque territoire. La formalisation de ces coopérations se fera au choix des établissements acteurs de la spécialité dans le territoire selon les différentes modalités réglementaires existantes, notamment : groupement de coopération sanitaire, communauté hospitalière de territoire, fédérations inter hospitalières, conventions entre établissements, conventions entre établissements et maison ou pôle ou centre de santé, associations, GIE... Elles mettront en œuvre notamment les dispositifs suivants :
 - Staffs communs avec les praticiens de la même spécialité exerçant sur le territoire sur des sujets qui concernent la prise en charge des patients de la spécialité concernée,
 - Intervention de praticiens dans les différents bassins du territoire : consultations avancées, actes techniques
 - Projets de télémédecine,

- Les équipes pourront s'engager sur des programmes de prévention et de dépistage dans la spécialité répondant soit à des impératifs nationaux, locaux ou régionaux.

La gradation des soins dans les établissements de santé :



Les établissements de santé de bassin pourront développer une offre plus importante que l'offre minimum à condition qu'ils disposent des ressources médicales et qu'ils garantissent les conditions de qualité et de sécurité des soins.

Améliorer les relations ville-hôpital :

Un chantier pilote a été initié dans le sud-Aveyron, pour établir une charte de partenariat signée par l'ensemble des acteurs de santé du bassin de santé. Cette charte, véritable « Guide de bonne conduite » entre partenaires, aborde les thèmes suivants :

- En amont de l'hospitalisation :
 - Une meilleure connaissance de chacun des acteurs du bassin, en mettant à disposition de tous les professionnels, dans le bassin de santé, un annuaire des ressources ;
 - Une définition claire des modalités de partage de l'information entre professionnels des secteurs ambulatoire et hospitalier, via la messagerie sécurisée, le dossier pharmaceutique...
- Au niveau de l'hospitalisation :
 - Une amélioration de l'accueil des services hospitaliers, en programmant les hospitalisations de médecine, en améliorant la régulation des urgences ;
 - Une utilisation de lettres type pour l'entrée en hospitalisation en concertation avec tous les acteurs afin de ne pas oublier un élément primordial sur l'état de santé du patient ;
 - Une anticipation de la sortie du patient, en formalisant un compte-rendu d'hospitalisation type et en faxant à l'avance l'ordonnance au pharmacien d'officine désigné par le patient, de manière à préparer ou à commander les médicaments nécessaires ;
 - Une réduction du délai de diffusion du compte-rendu de sortie.

- En aval de l'hospitalisation :
 - Un meilleur suivi du patient en rédigeant de façon systématique les protocoles de soins à destination des divers intervenants (infirmières, kinésithérapeutes...);
 - L'identification pour chaque patient ayant eu une hospitalisation, des professionnels intervenant à son sujet et l'organisation de réunions de concertations entre tous ces professionnels si nécessaire.

A tous les stades, la mise en place d'une plateforme téléphonique de réponse aux médecins traitants doit permettre de donner dans un délai court l'avis d'un médecin spécialiste sur un patient suivi au long cours, sur un patient hospitalisé ou de préparer l'admission d'un patient.

Enfin, la poursuite de la mise en place du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), son articulation avec les annuaires et les référentiels (notamment le Référentiel des acteurs santé social -RASS-) permettra aux professionnels de disposer d'une cartographie fiable et actualisée de l'offre de soins.

Optimiser le recours au transport sanitaire :

L'ARS demandera à l'Assurance maladie d'être vigilante sur la prescription des transports sanitaires, en particulier lorsque l'offre de proximité existe, pour éviter un recours non justifié éloigné du lieu de vie du patient. L'orientation de la personne bénéficiant d'un transport sanitaire en urgence devra se faire vers l'hôpital le plus proche, sauf lorsque la pathologie ou la gravité de son état nécessite un plateau technique plus adapté (Unité neurovasculaire, service de réanimation, etc.). Le respect de ce principe permettra une sollicitation des transports sanitaires plus efficace et rationalisée.

De leur côté, les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), indépendamment de leurs missions propres, limiteront leurs interventions de secours à personne au cadre défini par la convention entre le SAMU et le SDIS.

1.2.2 Mener les transformations nécessaires

L'offre concernant certains soins spécialisés ou la gériatrie devra être développée. En revanche, dans certains domaines d'activité, des recompositions ou des concentrations d'activités seront nécessaires.

Garantir une prise en charge des urgences pré-hospitalières et hospitalières ajustée aux situations :

- Coordonner la prise en charge entre la médecine de ville et la médecine hospitalière,
- Consolider les organisations hospitalières en fédérant les équipes médicales,
- Optimiser les filières de prise en charge notamment sur quatre disciplines : cardiologie, neurologie, pédiatrie, psychiatrie,
- Moderniser l'organisation des SAMU en favorisant les coopérations supra-départementales,
- Améliorer la participation des ambulanciers aux transports en urgence.

Recentrer l'offre en réanimation et soins intensifs :

- Prévoir les implantations et activités des services de réanimation dans le respect des contraintes de sécurité,
- Préciser les conditions de fonctionnement des unités de surveillance continue,
- Adapter le dispositif de soins intensifs au regard notamment des besoins des filières cardiologique et neurologique : prévoir au moins une unité neurovasculaire (UNV) par territoire.

Organiser la gradation des soins en périnatalité en fonction des contraintes géographiques et de démographie médicale :

- Maintenir les maternités de niveau 1 si le nombre de praticiens est suffisant et si les conditions de sécurité sont garanties,
- Adapter les capacités en néonatalogie et favoriser la mise en place d'unités mère-enfant rattachées à la néonatalogie, dans chaque territoire de santé (niveau 2),
- Prévoir des transports sécurisés pour les zones les plus éloignées d'un plateau technique, pour les parturientes en situation pathologique urgente,
- Développer des salles de naissance physiologique avec la participation des professionnels de santé libéraux.

Organiser l'activité de chirurgie en fonction des contraintes démographiques et des impératifs de qualité et de sécurité des soins :

- Maintenir les services d'hospitalisation complète si le nombre de praticiens est suffisant et si les conditions de sécurité sont garanties,
- Dans le cas contraire, maintenir éventuellement une activité ambulatoire avec l'intervention de l'équipe médicale de territoire,
- En dehors des chefs lieux de territoires et de Castres, centrer l'activité de chirurgie sur la chirurgie ambulatoire.

Adapter l'offre de soins SSR aux besoins de la filière amont et aval :

- Formaliser les liens entre SSR et MCO,
- S'appuyer davantage sur l'hospitalisation à temps partiel et les professionnels de ville, comme les kinésithérapeutes libéraux pour limiter le recours à l'hospitalisation complète,
- Structurer la filière en rééquilibrant les SSR spécialisés aux dépens des SSR polyvalents,
- Intégrer les SSR « polypathologiques personnes âgées » dans chaque bassin de santé,
- Intégrer les filières « locomoteur », « cardio-respiratoire » et « système nerveux » dans chaque territoire.

Améliorer l'accès à l'offre de soins psychiatriques :

- Centrer l'hospitalisation complète sur la prise en charge des patients les plus lourds,
- Améliorer la complémentarité entre l'offre publique et privée par la signature de conventions,
- Analyser l'adéquation des modes de prises en charge et reconvertir, le cas échéant, des capacités du sanitaire vers le médico-social,
- Délocaliser des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte en Ariège pour garantir une offre dans chaque chef lieu de département,
- Développer la prise en charge ambulatoire orientée vers les adolescents.

1.2.3 Améliorer certaines filières et donner accès aux dernières techniques

Organiser l'offre spécialisée pour les personnes âgées dépendantes, en particulier les admissions en soins de longue durée, en proposant une offre en USLD dans chaque territoire.

Organiser les plateaux techniques en imagerie (scanner, IRM) :

- Favoriser la qualité et la bonne gestion des indications d'imagerie,
- Améliorer l'accès à l'imagerie en coupes dans les territoires périphériques,
- Améliorer l'accès en urgence à l'imagerie : assurer la permanence des soins, optimiser l'accessibilité en urgence, notamment pour l'IRM et la radiologie interventionnelle,
- Promouvoir la téléradiologie dans le cadre de coopérations public-privé au niveau territorial ou inter-territorial.

Promouvoir la dialyse péritonéale :

- L'ARS associera le COTER « maladie chronique » à l'organisation d'actions de sensibilisation et de formation sur les techniques de dialyse péritonéale, auprès de leurs confrères, en particulier à destination des néphrologues et des infirmières qui interviennent en centre de dialyse. Concernant l'information aux patients, le COTER sensibilisera les associations de malades et les médecins généralistes.
- Une structuration des ressources sera nécessaire pour mutualiser les expériences des établissements dans ce domaine. De plus, l'ARS inscrira dans les CPOM des établissements ayant un centre de dialyse, l'obligation de proposer les différentes techniques aux malades pouvant en bénéficier.
- Le développement de la dialyse péritonéale sera encouragé dans les SSR et les EHPAD.

Faire reconnaître l'hospitalisation à domicile (HAD), comme un mode d'hospitalisation à part entière dans le parcours de soins et assurer la promotion du recours à l'HAD auprès des prescripteurs, en clarifiant la place des acteurs et en offrant une couverture en hospitalisation à domicile polyvalente dans tous les territoires de santé.

Coordonner la réponse en biologie et en anatomopathologie, en particulier dans les établissements publics en les sensibilisant à la démarche d'accréditation, à la nécessaire réorganisation des plateaux techniques partagés entre établissements et en veillant, en lien avec la biologie de ville, à la cohérence de la permanence des soins.

Rééquilibrer l'offre pour les personnes en situation de handicap entre territoires et entre types de prise en charge. Ce point est développé précédemment dans le « Parcours de la personne en situation de handicap »).

Assurer une prise en charge globale des patients dépendants psychologiquement et physiologiquement d'une substance ou d'un comportement :

- Demander aux équipes de liaison d'assurer la coordination entre les professionnels du premier recours, les établissements de santé et les structures médico-sociales,
- Conforter l'accompagnement médico-social : renforcer le suivi médical ambulatoire par les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et maintenir un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) dans chaque territoire.

1.2.4 Rendre les territoires attractifs

Cet objectif ne pourra être atteint que dans le cadre du renforcement des coopérations entre les professionnels composant les équipes de territoire et les établissements. Il devra s'appuyer sur des modes d'exercice adaptés aux attentes des jeunes professionnels, assortis d'incitations financières.

Les différents dispositifs retenus par l'ARS sont exposés dans la partie concernant le pilotage régional de la démographie médicale.

1.3 Promouvoir les pôles d'excellence régionaux

Pour conforter les pôles de recours régional et la recherche, l'organisation de l'offre de soins hautement spécialisés, de recours régional ou interdépartemental, doit être définie pour les activités suivantes :

- La cardiologie interventionnelle : les cardiologues qui exercent dans les territoires doivent pouvoir accéder aux plateaux techniques interdépartementaux ;
- La prise en charge périnatale de troubles psychiatriques lourds ou des psychoses puerpérales avec la création d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant en psychiatrie par redéploiement des capacités d'hospitalisation existantes ;
- La prise en charge de cas complexes, l'enseignement (création d'un diplôme universitaire) et la recherche avec la création d'un niveau 3 en addictologie ;
- Les soins de suite et de réadaptation : expertise, actes et plateaux techniques hautement spécialisés ;
- La radiologie interventionnelle ;
- La biologie très spécialisée.

Il s'agira aussi de soutenir les actions de recherche, de parfaire le lien entre la recherche fondamentale et la recherche clinique et ainsi de garantir à chacun l'accès à un environnement d'excellence.

Les équipes pourront être à long terme. à l'origine de nouvelles organisations, autant en termes d'offre que de missions de santé publique à promouvoir. L'ARS soutiendra ces initiatives. Elle développera une politique régionale de labellisation, s'appuyant sur des structures d'excellence en termes de qualité de prise en charge comme l'Institut universitaire du cancer (IUC), le Gérontopôle...

1.4 Adapter les missions des réseaux

Les réseaux de santé sont des opérateurs dont le rôle est reconnu. Ils évoluent dans un environnement dans lequel d'autres acteurs voient aujourd'hui leur mission de coordination validée :

- Le médecin traitant, pivot de la coordination des soins,
- Les maisons et pôles de santé et les centres de santé,
- Les structures d'hospitalisation à domicile et les services de soins infirmiers à domicile,
- Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer pour les personnes âgées (MAIA).

1.4.1 Distinguer clairement le rôle et les missions des réseaux régionaux et des réseaux territoriaux

Les réseaux régionaux portent des thématiques de priorités régionales ou nationales. Ils contribuent à la déclinaison des plans nationaux de santé publique et peuvent être supports de démarches régionales. Leur objet principal est **l'amélioration et l'harmonisation des prises en charge**, notamment grâce à l'élaboration de protocoles et de référentiels. Leur champ d'intervention est régional.

Ils constituent une ressource en termes de méthodologie, d'organisation et d'évaluation pour les professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales. Ils mettent leurs outils à la disposition des réseaux territoriaux et des équipes qui prennent en charge les patients.

Le cœur de métier des réseaux territoriaux est centré sur **l'appui au médecin traitant et la coordination du parcours de santé du patient pour les situations complexes**. Les réseaux territoriaux mettent à disposition des équipes du premier recours leur expertise et le support psycho-social nécessaire pour une approche globale de la prise en charge.

Leur intervention contribue au maintien à domicile, y compris pour les patients résidant en EHPAD, dans des conditions favorables au maintien de leur qualité de vie. Elle contribue à fluidifier le parcours de santé du patient, qu'il soit à domicile, en établissement de santé ou en établissement médico-social. Elle permet ainsi d'éviter la répétition d'actes inutiles, inappropriés et coûteux ainsi que des hospitalisations itératives et souvent longues pour les patients porteurs de maladies chroniques et/ou en situations complexes.

La fonction d'appui à la coordination prend en compte :

- L'organisation et la planification du parcours de santé et de la prise en charge du patient en situation complexe,
- L'appui aux différents intervenants (professionnels de santé du premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient,
- Les actions favorisant une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Les situations complexes se définissent comme des situations présentant :

- Une complexité médicale :
 - Association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs ALD
 - Degré de sévérité des pathologies
 - Equilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique
 - Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs
- Une situation aggravée, dans certains cas, par une complexité psycho-sociale :
 - Isolement social, vulnérabilité sociale,
 - Pratiques de santé inadaptées.

Ainsi, il s'agit des situations appelant une diversité d'intervenants, et auquel le médecin de premier recours ne peut répondre avec ses propres moyens. En pratique, ce sont essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec co-morbidités, et/ou problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés.

Les équipes d'animation des bassins de santé interagissent avec les réseaux territoriaux : la coordination de la prise en charge des cas complexes en ambulatoire est située au niveau de l'animation du bassin de santé ou du réseau territorial en fonction du niveau de complexité de la situation du patient. Les outils des réseaux seront mis à disposition des équipes d'animation.

Les réseaux territoriaux se constituent à partir des réseaux de soins palliatifs :

- Déjà présents dans chaque département, ils devront couvrir l'ensemble du territoire,
- Leurs missions doivent s'élargir à la prise en charge des patients porteurs de maladie chronique en situation complexe et aux soins de support (psychologue, diététicien).

1.4.2 Faire évoluer le fonctionnement des réseaux

Réduire les inégalités de prise en charge des patients :

Les réseaux, qu'ils soient régionaux ou territoriaux, doivent tendre à agir de façon homogène sur toute la zone géographique qu'ils couvrent.

Clarifier et pérenniser le rôle des réseaux régionaux et territoriaux :

	Régional	Territorial	Évolution des missions
ONCOMIP	x		Mise en œuvre des orientations du PRS
MATERMIP	x		Mise en œuvre des orientations du PRS
P'TIT MIP	x	x	Mise en œuvre des orientations du PRS
DIAMIP	x		Recentrage des missions de DIAMIP en complément de celles d'EVACET
PARTN'AIR	x	x	Couverture de l'ensemble du territoire régional
MIPSEP	x	x	Couverture de l'ensemble du territoire régional et complémentarité à définir avec celles du centre de référence et avec les réseaux territoriaux
RAP 31	x	x	Reconnaissance de missions régionales et gestion des cas complexes pour la Haute-Garonne
RESADO 82		x	Modalités de fonctionnement à adapter en fonction des besoins et en complément de la Maison des Ados
PRA 31	x	x	Reconnaissance de missions régionales, gestion des cas complexes pour la Haute-Garonne et articulation avec l'action des ELSA
RESAD 46		x	Modalités de fonctionnement à adapter en lien avec l'ELSA
REPOP	x	x	Missions à redéfinir dans le cadre du programme régional de prévention et de lutte contre l'obésité

ACCORD 09		x	Couverture de l'ensemble du département et élargissement de leurs missions à la prise en charge de patients porteurs de maladie chronique en situation complexe et aux soins de support
PALLIANCE 12		x	
RELIENCE 31		x	
ARPEGE 32		x	
ICARE 46		x	
ARCADE 65		x	
RESOPALID 81		x	
PALLIADOL 82		x	

RESOMIP			Mutualisation des fonctions support de tous les réseaux (gestion administrative, comptable, systèmes d'information, formation) et harmonisation des pratiques et des organisations
---------	--	--	--

Une lettre de mission sera adressée à chaque réseau par l'ARS.

Mettre en synergie les moyens des réseaux :

- RESOMIP constitue le socle de la mutualisation des fonctions support, qui doit se poursuivre, en particulier pour :
 - La gestion comptable et des ressources humaines,
 - Le développement et le déploiement des systèmes d'information,
 - La formation des professionnels...
- Cette orientation sera concrétisée par la création d'une maison commune des réseaux qui regroupera les réseaux régionaux et haut-garonnais.

Améliorer l'efficacité des réseaux :

- D'après les premières évaluations réalisées, le coût par patient pris en charge par les réseaux territoriaux en Midi-Pyrénées est supérieur à la moyenne nationale.
- L'ARS affinera l'état des lieux puis élaborera, en concertation avec les réseaux, un modèle d'organisation et de financement permettant d'atteindre un coût soutenable pour la collectivité. La qualité de prise en charge et le service rendu à la population et aux professionnels de santé seront évalués.

Prendre en compte les contraintes liées à la démographie des professionnels de santé :

- Compte tenu des problématiques actuelles, il est primordial de diminuer le temps médical qui serait affecté aux tâches administratives. Les professionnels paramédicaux des réseaux devront voir eux aussi leur activité optimisée.

Dans une double optique d'efficacité des ressources humaines disponibles et d'amélioration de la qualité, les démarches pluri et inter-professionnelles seront soutenues et les réseaux seront un terrain propice pour l'établissement de protocoles de coopération.

1.5 Garantir la qualité des soins et des services

La volonté forte de l'ARS de garantir la qualité tout au long du parcours de santé des patients et à chaque niveau de prise en charge doit être le fil conducteur des actions à mener dans les structures en lien avec les usagers et les professionnels de santé.

De nombreux outils sont aujourd'hui disponibles pour mener à bien cet objectif. On peut citer notamment la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles qui constituent la base du développement professionnel continu, l'obligation de certification par la HAS pour les établissements de santé et d'évaluation externe pour les établissements médico-sociaux, les protocoles de coopération, la gestion des risques et les différentes démarches qualité initiées dans la région Midi-Pyrénées.

Il sera ainsi fondamental d'avoir, sur chaque territoire de santé et pour chaque secteur d'activité, cette approche multidimensionnelle de la qualité afin de garantir une amélioration réelle des soins et des services.

1.5.1 Garantir l'accès aux soins

La notion d'accessibilité aux soins revêt plusieurs dimensions :

- L'accessibilité géographique a été décrite dans la partie sur la gradation de l'offre de soins,
- L'accessibilité financière a été abordée dans la partie concernant la réduction des inégalités sociales en santé,
- L'accessibilité « temporelle », c'est-à-dire les délais de réponse à la demande de soins. On dispose déjà de la mesure des temps de prise en charge aux urgences hospitalières, du délai pour l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie ou pour un rendez-vous à une consultation sur la douleur. En application des objectifs fixés pour l'amélioration des parcours de santé, d'autres délais d'accès seront suivis :
 - Rendez-vous en centre médico-psychologique ou consultation chez un psychiatre,
 - Dépistage de l'autisme,
 - Consultation mémoire,
 - Consultation chez un ophtalmologue.

La réalisation de ces objectifs sera suivie dans le cadre de la contractualisation entre l'ARS et les structures et professionnels concernés.

1.5.2 Garantir l'efficacité, la pertinence des soins et services et l'adéquation des prises en charge

La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé constitue aujourd'hui un enjeu majeur au regard de l'augmentation continue des besoins et de la raréfaction des ressources.

Ce contexte pose donc naturellement la question du « juste » soin, c'est-à-dire répondant à un réel besoin, conforme aux données actuelles de la science, aux recommandations des sociétés savantes, de la Haute autorité en santé (HAS), aux protocoles régionaux élaborés dans le cadre des réseaux régionaux et au souhait du patient.

L'analyse de la pertinence des soins apparaît donc de plus en plus comme une impérieuse nécessité et un complément indispensable à une régulation de l'offre de soins par une modulation tarifaire et la définition d'objectifs quantifiés. Cette question de la pertinence des soins se décline de façon simple au niveau des actes réalisés, mais aussi au niveau des modalités d'hospitalisation ou encore plus généralement de l'ensemble du parcours de santé.

L'ARS Midi-Pyrénées a déjà institué un travail dans le champ sanitaire et en collaboration avec les professionnels de santé sur les deux premiers niveaux de pertinence, à savoir :

- Une cartographie de la variabilité des taux de recours standardisés par territoire de santé d'un certain nombre de gestes chirurgicaux dits « marqueurs » ;
- Une évaluation des modalités d'alternative à une prise en charge en hospitalisation complète, notamment dans le cadre du programme de gestion du risque, afin de promouvoir le développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoires et d'éviter les ré-hospitalisations précoces.

Ces travaux devront amener à favoriser l'émergence, sur chaque territoire de santé, de démarches d'évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir cette notion du « juste soin ». Ils devront également se développer dans les secteurs médico-sociaux et ambulatoires et se prolonger par une réflexion plus globale sur l'évaluation des réseaux de soins et des parcours de santé.

Ces évaluations feront l'objet d'une contractualisation dans le cadre des Contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements de santé et médico-sociaux.

1.5.3 Garantir la sécurité des soins

La sécurité des soins est aujourd'hui une exigence non seulement de la part des patients et des usagers mais également de l'ARS, compte tenu des évolutions démographiques et technologiques, de la nécessaire réorganisation de l'offre de soins et des conséquences sur la santé de la population, dans un contexte médico-légal de plus en plus présent.

Les domaines prioritaires pour l'ARS concerneront :

- La continuité et la permanence des soins, en concertation avec les professionnels concernés tant dans le secteur ambulatoire qu'hospitalier,
- Les secteurs dits « à risques » : urgences, blocs opératoires, plateaux techniques...
- Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux implantables,
- La coordination entre les différents professionnels de santé et les différents secteurs d'activité.

L'ARS sera amenée à préciser, dans le cadre des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ses exigences vis-à-vis des établissements. En cas de non-respect de ces exigences, des contrôles et des inspections seront diligentés par l'ARS, qui s'assurera des suites données par les établissements, aux écarts constatés.

La sécurité des soins passe aussi par une politique d'amélioration de la qualité du dossier patient et de son partage entre professionnels de santé. Les différents indicateurs disponibles (IPAQSS⁷) reflétant la qualité des dossiers médicaux, feront l'objet, dans un souci de transparence, d'une publication par l'ARS.

De plus, il sera primordial de continuer à développer au sein des établissements, mais également en ambulatoire, une politique de gestion des risques et des vigilances sanitaires, associant pharmaciens et prescripteurs. Concernant la pharmacovigilance, les liens seront resserrés entre l'ARS et le Centre régional de pharmacovigilance (CRPV), ce qui devrait conduire à la création d'un « PharmacoPôle Midi-Pyrénées » afin, d'une part, de recenser et suivre les utilisations inadaptées des médicaments et leurs effets secondaires, et d'autre part, d'assurer une formation pharmacologique plus pointue des prescripteurs. Les pharmaciens hospitaliers et d'officine qui détiennent l'historique des traitements, seront confortés dans leur expertise pour réduire la iatrogénie, les mésusages ou la surconsommation médicamenteuse.

⁷ IPAQSS : indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

1.5.4 S'assurer de la satisfaction des usagers

L'ARS encouragera le développement de programmes de formation à destination des usagers pour améliorer leur connaissance des enjeux et des contraintes du système de santé et leur permettre de donner des avis pertinents sur la politique régionale de santé.

Par ailleurs, un travail sera engagé en lien avec la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA pour améliorer le contenu et la qualité des rapports des comités de relation avec les usagers des établissements de santé et des conseils de vie sociale des établissements médico-sociaux, afin de permettre à l'agence de les utiliser pour corriger les dysfonctionnements.

Les demandes les plus pertinentes des usagers pourront être intégrées dans les CPOM des établissements de santé et des structures médico-sociales.

1.5.5 Suivre l'efficacité médico-économique

Dans le secteur sanitaire :

La nécessaire réflexion sur l'adaptation de l'offre de soins aux besoins imposera de disposer d'informations précises à la fois sur l'activité des établissements et sur la constitution des coûts inhérents à ces activités. A ce titre, la poursuite de la mise en place d'outils de pilotage adaptés au suivi de la comptabilité analytique dans les établissements permettra d'avoir les moyens de comparer l'efficacité de structures équivalentes.

Il sera en particulier nécessaire d'identifier les coûts des fonctions administratives et logistiques, des plateaux techniques et des services cliniques afin d'étudier les gains éventuels d'efficacité liés à une mutualisation des moyens.

Dans certains secteurs, il sera opportun de développer les alternatives à l'hospitalisation complète, la chirurgie ambulatoire, voire de réorganiser la prise en charge chirurgicale en hospitalisation complète.

L'ARS favorisera l'instauration d'organisations efficaces (coopérations « ville hôpital », animation de bassin par des équipes pluriprofessionnelles, permanence des soins ambulatoires (PDSA), permanence des soins en établissements (PDSES). Elle évaluera également les dispositifs de régulation libérale, les centres de réception et de régulation des appels (CRRRA).

Dans les structures médico-sociales :

L'organisation du secteur médico-social doit permettre une mutualisation des compétences pour améliorer l'efficacité des structures. En effet, les établissements et services médico-sociaux sont souvent de petite taille et dispersés entre un grand nombre de gestionnaires, en particulier les structures pour personnes âgées. Si les petites unités de vie en proximité peuvent être attractives pour les résidents, pour autant, elles ne permettent pas toujours de développer toutes les compétences et prestations spécialisées nécessaires à une bonne qualité de prise en charge (par exemple, présence d'une IDE de nuit en EHPAD, intervention d'un ergothérapeute, d'un psychologue....) et à une gestion efficace (analyse financière, système d'information, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences...).

L'ARS mènera une réflexion avec les Conseils généraux et les représentants des organismes gestionnaires pour analyser l'adéquation des prises en charge par rapport au niveau d'autonomie des résidents ainsi que les modes d'organisation. Elle accompagnera, en priorité au niveau départemental et en lien avec les Conseils généraux, les établissements dans leurs projets de coopérations, mutualisations ou regroupements et encouragera le rapprochement avec l'établissement hospitalier du bassin de santé.

Elle étudiera les disparités de coûts à la place. Les redéploiements financiers permettront de dégager des marges de manœuvre pour développer les accueils de jour (AJ), les structures de répit et les services. L'ARS demandera également aux organismes gestionnaires de contribuer au rééquilibrage interdépartemental de l'offre médico-sociale.

Les engagements seront formalisés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des conventions tripartites.

2 > Renforcer le pilotage régional

2.1 Renforcer le pilotage régional de la démographie médicale

Le diagnostic régional et les prévisions démographiques ont mis en évidence une ressource médicale supérieure à la moyenne nationale mais néanmoins limitée. L'écart est très net entre les territoires de Midi-Pyrénées. Il dénote des difficultés de recrutement dans les établissements publics de santé et une plus faible attractivité pour l'installation dans certains bassins de santé, notamment en médecine générale. L'ARS conduira une étude sur la démographie médicale pour prendre en compte les besoins par spécialité.

La programmation des postes de praticiens hospitaliers et la répartition des places entre les spécialités aux épreuves classantes nationales (ECN) pourront être révisées dès 2013 pour prendre en compte les orientations du Plan stratégique régional de santé (PSRS).

2.1.1 Évaluer finement des besoins par spécialité

La mise en place des 17 Comités techniques régionaux qui réunissent les professionnels de santé autour de thématiques de santé, a permis d'affiner cette évaluation et d'aboutir à un diagnostic partagé, en s'appuyant sur les données de terrain fournies par les professionnels eux-mêmes. Ce travail sur les données démographiques sera complété en lien étroit avec les Universités, notamment au niveau du contenu des formations.

Le nombre de professionnels nécessaire, au regard de l'activité et des conditions de travail, pour constituer au moins un plateau technique par spécialité dans chaque territoire permettra à l'ARS d'étudier chaque vacance de poste dans une spécialité, au regard de ce principe. Les besoins seront aussi analysés en prenant acte que l'offre dans une spécialité peut être assurée par plusieurs établissements.

2.1.2 Aider les professionnels avant leur installation ou leur prise de fonction dans un établissement

Un certain nombre d'actions concernent la formation initiale :

Adapter les flux de formation par spécialité :

Les besoins sont appréhendés sous l'angle de la filiarisation des spécialités médicales (anatomopathologie par exemple) mise en place dans la loi HPST et par une politique régionale de flux de formation pour les DESC, notamment en chirurgie. Le suivi des besoins a été initié avant la création de l'agence. D'autres flux de formations devront être suivis pendant la durée du PSRS comme celui des dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes.

Construire avec chaque étudiant un projet professionnel :

Ce projet doit être construit de manière concomitante et cohérente avec le projet de formation afin de sensibiliser très tôt les étudiants aux besoins dans la région autour d'un véritable plan de carrière. Les coordonnateurs de spécialité seront chargés d'accompagner les internes et l'ARS diffusera les postes à pourvoir au sein de la région, pour les internes voulant faire leur internat à Toulouse. Cette démarche sera garante de la pérennité des établissements de recours territorial et des hôpitaux périphériques de proximité.

Favoriser l'installation ou la prise de fonction future des internes et stagiaires dans tous les territoires :

En particulier pour les zones les plus éloignées de Toulouse, l'ARS va mener avec l'Université une politique pour développer d'une part, des stages d'internes dans ces territoires (en ambulatoire ou hospitaliers), et prévoir d'autre part, des postes d'assistants spécialistes pour toutes les spécialités pour lesquelles un post-internat est nécessaire, soit à temps plein dans les centres hospitaliers, soit à temps partagé entre le CHU et les centres hospitaliers. Ainsi, tous les modes d'exercice seront concernés par cette démarche.

De la même manière, des actions spécifiques devront être menées pour les chirurgiens-dentistes, afin qu'ils puissent faire des stages en secteur libéral, ce qui impliquera une refonte de leur maquette de formation.

L'ARS communiquera auprès des jeunes professionnels (médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes) souhaitant s'installer ou prendre leur fonction dans la région, sur les besoins en professionnels et les mesures incitatives proposées, qu'ils soient formés dans la région ou qu'ils viennent d'autres régions, voire d'autres pays.

Enfin, en partenariat avec l'Université, un module de formation sur l'organisation régionale de la santé et la place des professionnels médicaux dans cette organisation, sera mis en place.

Utiliser des circuits d'information efficaces vers les jeunes professionnels souhaitant venir exercer dans la région :

La plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) accessible sur le site de l'agence permettra de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de santé, toutes les informations nécessaires pour leur exercice.

La PAPS organisera également des manifestations spécifiques sous forme de séminaires, congrès, forum des métiers, mutualisation des établissements pour des annonces d'offres d'emplois (par exemple, bourse aux emplois sur internet), réalisation d'un guide des établissements de la région.

Des liens avec les associations de remplaçants et les associations nationales d'internes de spécialité, seront développés pour favoriser le recrutement et l'installation de médecins dans les zones les plus déficitaires.

2.1.3 Agir sur les lieux et les modes d'exercice

Afin de rendre l'exercice médical attractif, d'optimiser le temps consacré aux actes médicaux et de limiter au maximum la contrainte de la permanence des soins, il est indispensable de développer, au premier chef, le travail en équipe dans toutes les spécialités et de favoriser au maximum les regroupements.

L'attractivité des lieux d'exercice repose aussi sur la possibilité pour les médecins d'exercer leur spécialité dans de bonnes conditions. Ainsi, pour exercer correctement la médecine générale, il faut que les médecins généralistes puissent disposer à proximité de services, d'autres spécialistes, de plateaux techniques et des autres professionnels de santé, nécessaires pour la prise en charge globale de leur patient. Pour les autres spécialistes, l'organisation territoriale des soins doit permettre à chaque praticien de pouvoir exercer au minimum l'ensemble des actes de sa spécialité, à l'exception de ceux relevant d'un troisième recours de niveau régional.

Ce principe est complété par des dispositions incitatives complémentaires permettant d'apporter des aides, y compris de la part des collectivités, ou une rémunération plus attractive.

C'est particulièrement sur les territoires ruraux ou les zones les moins attractives (dont le périmètre est à identifier et peut être différent selon les spécialités) qu'il faudra veiller à ce que les modes d'exercice répondent aux attentes des professionnels (travail en équipe et prise en compte de la délégation des tâches administratives pour les médecins, regroupements des officines pour les pharmaciens afin de ne pas déstabiliser leur répartition démo-géographique).

Les principaux leviers d'actions pour rendre les territoires attractifs :

Leviers d'actions	Médecins du premier recours	Autres médecins spécialistes
Exercice partagé, regroupé et démarche interprofessionnelle	- MSP, Pôles ou centres de santé, zonage	- Collaborations pour favoriser le travail en équipes dans le cadre des projets médicaux de territoire de spécialité (PMTS)
Conditions d'exercice	- Délégation de tâches permettant de dégager du temps médical - Accès aux services et spécialistes organisé dans le bassin de santé - Accès aux services d'urgence	- Délégation de tâches - Recherche clinique, accès au plateau technique permettant de réaliser des actes de pointe
Mode de rémunération	- Contrat d'engagement de service public - Dispositifs conventionnels : option démographie, option santé solidarité territoriale	- Contrat de cliniciens - Contrat d'engagement de service hospitalier en Midi-Pyrénées
Aides à l'installation	- Aides financières dans zones prioritaires	

Enfin, l'attractivité et la stabilité géographique des praticiens doit prendre en compte le risque de souffrance au travail ou d'épuisement professionnel des praticiens. Celui-ci, outre qu'il est délétère pour la qualité des soins, peut amener les médecins à désertier des zones à faible densité par effet « boule de neige » (report de la charge sur les praticiens restants). L'association MOTS (médecins, organisation, santé, travail) a développé avec le soutien des Conseils départementaux et le Conseil régional de l'ordre des médecins, une prise en charge précoce des médecins en difficulté. Cette initiative s'attache à aider les praticiens dans l'organisation de leur activité, à prévenir les situations liées aux événements personnels ou familiaux susceptibles de déstabiliser l'activité professionnelle, à informer les futurs praticiens libéraux des risques liés à une mauvaise organisation professionnelle.

Coordonner les mesures d'aides à l'installation des professionnels du premier recours :

En complément des dispositifs nationaux, l'ARS développera, en appui des collectivités territoriales, des mesures complémentaires d'aide à l'installation.

De plus, pour rendre attractif l'exercice de la médecine du premier recours dans certaines zones très déficitaires, l'ARS proposera la possibilité d'un mode d'exercice salarié sur un statut attractif.

Mettre en place une politique de rémunération des médecins à l'hôpital :

C'est en valorisant l'exercice dans les établissements les moins attractifs de par leur situation géographique que l'ARS pourra favoriser une organisation plus rationnelle des compétences médicales.

En concertation avec la Fédération Hospitalière de France et à partir de l'analyse des difficultés de recrutement, l'ARS établira des règles régionales afin d'harmoniser les pratiques dans le respect de la réglementation.

Ces règles concernent notamment l'utilisation des nouveaux contrats de clinicien mais aussi les possibilités statutaires offertes aux praticiens hospitaliers (exercice libéral, prime d'exercice multisites, missions de service public, contrat de temps additionnel...).

Développer des contrats d'engagement de service public (CESP) :

Les étudiants en médecine générale se verront proposer des contrats signés par l'ARS leur garantissant un relatif choix sur leur future installation et si possible, un exercice dans un mode regroupé avec d'autres professionnels de santé.

Dans le même esprit, l'ARS Midi-Pyrénées mettra en place un dispositif spécifique permettant de proposer aux internes de spécialité une rémunération complémentaire durant leurs études, s'ils s'engagent à prendre un poste vacant dans un établissement hospitalier de la région ayant des difficultés de recrutement, pour une durée déterminée (contrat d'engagement de service hospitalier en Midi-Pyrénées).

Compenser l'absence de médecins dans les établissements publics de santé et en libéral :

Dans les établissements de santé, le recrutement sur les postes restés vacants s'appuiera sur une organisation territoriale soutenue par les équipes du CHU, éventuellement renforcées dans cet objectif. Il pourra également être fait recours à des praticiens hospitaliers retraités, dans le cadre du cumul emploi-retraite. De manière subsidiaire et limitée, un appel d'offre régional mutualisé de tous les établissements publics de santé permettra de mieux gérer le recours à des intérimaires.

Pour les remplacements en libéral, l'ARS proposera en collaboration avec l'Ordre des médecins et l'association regroupant les médecins remplaçants et le comité technique régional « Premier recours » de mettre en place, comme le ferait une agence d'emploi intérimaire, un pool de remplaçants clairement identifiés qui pourront exercer dans les zones prioritaires, éventuellement à temps partiel.

Développer les coopérations entre professionnels de santé :

Les protocoles de coopération tel que prévus dans la loi HPST, seront développés tant en ambulatoire que dans les établissements de santé, pour faciliter l'exercice du premier recours ou pour pallier le manque de médecins dans certaines spécialités.

Proposer des nouvelles organisations :

La réduction des tâches administratives tant en libéral que dans les établissements de santé, devrait rendre à chaque médecin du temps médical afin qu'il se concentre sur des tâches et des actes relevant de sa seule compétence. Les propositions du COTER « Premier recours » faites dans ce sens, seront étudiées.

Au plan régional, il sera possible d'envisager une mutualisation des ressources médicales pour les spécialités positionnées au niveau territorial, par le biais d'activités mixtes (salarial partiel, activité libérale) et de promouvoir les exercices partagés entre la métropole toulousaine et les autres départements, en dehors de la Haute-Garonne.

Enfin, la promotion de la recherche clinique et de la formation dans les établissements de recours territorial devrait attirer les praticiens dans les territoires et faciliter l'accès pour tous à l'innovation.

2.2 Renforcer le pilotage régional de la démographie paramédicale

Un diagnostic régional complet devra être mené de manière à structurer le dispositif de formation des professionnels paramédicaux. L'identification des besoins pour chaque profession réglementée (infirmier, psychomotricien, orthophoniste etc.) mais aussi pour la profession non réglementée d'aide-soignant sera menée dans un souci d'aménagement du territoire et de développement de l'emploi.

L'ARS, sur la base des résultats d'une enquête auprès de tous les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région, accompagnera l'évolution des métiers et des carrières des professionnels paramédicaux.

La plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) sera l'outil de partage d'informations privilégié, entre professionnels.

2.2.1 Améliorer la réponse aux besoins de chaque territoire

Les professions repérées comme sensibles dans leurs composantes pédagogiques et géographiques sont : les infirmiers, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les diététiciens.

Concernant les autres paramédicaux (orthophonistes, psychomotriciens ...) pour lesquels les besoins sont moins bien appréhendés, l'ARS proposera aux URPS et aux ordres professionnels lorsqu'ils existent, de s'inscrire avec elle, dans une dynamique d'analyse fine des besoins (enquêtes, recensements etc.).

Revoir les quotas d'infirmiers et valoriser la filière professionnelle :

Afin d'estimer les besoins de prise en charge tant en établissement qu'à domicile, sur la base de projections de vieillissement de la population, les quotas de formation seront revus dans le cadre du Comité Régional de l'Observatoire des Professionnels de santé.

Le renoncement des élèves infirmiers en cours de formation reste important. Pour y remédier, l'ARS s'assurera de la nature, de la qualité et de l'accompagnement des stages et favorisera en particulier, l'ouverture des stages de formation vers le secteur médico-social (EHPAD, établissements et services pour personnes en situation de handicap, etc.).

Suivre la répartition territoriale des infirmiers libéraux :

L'avenant à l'accord passé en 2009 entre les caisses d'Assurance maladie et les infirmiers libéraux, approuvé le 24 juin 2011, favorise l'installation dans des zones très sous-dotées, déterminées selon une méthodologie nationale et en accord avec la profession. Ce zonage fait l'objet d'un arrêté du Directeur général de l'ARS.

Améliorer l'attractivité de ces métiers :

La répartition des infirmiers entre le secteur hospitalier et le secteur libéral sera particulièrement surveillée par l'ARS. En effet, au vu de la faible attractivité du métier ces dernières années et des carrières de plus en plus courtes (10 ans environ en milieu hospitalier), il est nécessaire de valoriser les carrières et d'améliorer les organisations de travail en établissements de santé et en établissements et services médico-sociaux, pour éviter un taux de fuite trop grand vers le secteur libéral ou un départ de la profession.

Par exemple, l'ARS demandera aux établissements, dans le cadre de la contractualisation, de veiller à limiter le glissement de tâches des soignants, préjudiciable à la sécurité des soins.

Renforcer la professionnalisation des aides-soignants :

L'ARS souhaite réduire le nombre d'agents qui occupent un poste d'aide soignant sans en avoir la qualification (faisant fonction d'aides-soignants) dans les établissements.

De plus, elle veillera à ce que soit intégrée dans la maquette pédagogique de la formation des aides-soignants, l'acquisition de compétences dans le domaine du handicap ou de la gériatrie.

Elle s'assurera avec le Conseil régional, que la localisation des écoles d'aides-soignants tient compte des besoins de recrutement dans les territoires et bassins de santé.

2.2.2 Accompagner les professionnels dans leur carrière

Reconnaître les acquis d'expérience :

L'ARS s'attachera à développer les parcours de professionnalisation en dehors de la formation initiale, comme la validation des acquis d'expérience (VAE). Les besoins en aides-soignants seront communiqués aux organismes de gestion des emplois comme Pôle Emploi, pour que des plans de carrière soient proposés à des personnes en recherche de formation et d'emploi.

Soutenir le développement professionnel continu (DPC) :

L'ARS demandera aux structures médico-sociales de mettre en place un dispositif de fidélisation des professionnels paramédicaux par bassin de santé et par secteur d'exercice, en favorisant le développement professionnel continu (DPC) de proximité, pour l'inscrire dans l'évolution des pratiques de soins et de services.

L'atteinte de cet objectif passera par la mise en place d'actions de formations professionnelles adaptées et de partenariats, selon le cas, avec l'enseignement supérieur.

Diversifier l'exercice professionnel :

Au vu de la taille critique de certains établissements qui ne permet pas d'offrir des postes à temps complet dans certaines professions, l'ARS encouragera les établissements à passer des conventions pour offrir des postes à temps partagé.

Promouvoir la qualité de vie au travail dans les établissements de santé :

La qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels est un élément déterminant pour maintenir et allonger la carrière des soignants dans les établissements de santé. Il est nécessaire de mettre en œuvre un réseau régional de professionnels de santé au travail. En effet, la démographie défavorable des médecins du travail, la réforme législative et réglementaire de la médecine du travail plaident pour une mutualisation des actions et des prises en charge autour de la prévention des risques professionnels. Ces actions seront travaillées avec les fédérations hospitalières.

2.3 Renforcer le pilotage régional des systèmes d'information en santé

Plus que jamais, la télésanté représente un enjeu majeur pour le système de santé :

- Pour organiser les parcours de santé des patients entre la médecine de ville, les établissements de santé et les structures médico-sociales : la continuité des soins et la coordination des soins entre les différents professionnels nécessitent le partage et les échanges d'information.
- Pour garantir un égal accès à des soins de qualité en tout point du territoire, dans le contexte de l'évolution de la démographie médicale : consultation, expertise à distance.
- Pour améliorer la performance du système de santé : le partage d'informations permet d'éviter des examens redondants mais également d'optimiser l'utilisation de la ressource médicale.

Sous l'impulsion du Pr Louis LARENG, la région Midi-Pyrénées a été pilote dans le développement de la télémedecine. Avec la loi HPST et la création de l'ASIP Santé, les conditions sont actuellement réunies pour donner un nouvel élan au développement de la télésanté. Une première étape a été réalisée avec la création du groupement de coopération sanitaire (GCS) « Télésanté Midi-Pyrénées ». Il convient de tirer toutes les potentialités de cette structure pour développer les usages au service des professionnels et des patients.

2.3.1 Favoriser l'appropriation par les acteurs du cadre de coopération constitué par le groupement de coopération sanitaire « Télésanté Midi-Pyrénées »

Le GCS Télésanté doit organiser son fonctionnement pour favoriser les échanges entre ses membres et l'émergence de projets. Il élaborera, en lien avec l'ARS et en conformité avec les objectifs du Projet régional de santé, un programme de travail pluriannuel répondant aux attentes des différents membres. Il mettra en œuvre une politique de communication visant à promouvoir l'intérêt des systèmes d'information et des technologies numériques en santé, auprès des acteurs de santé ainsi qu'auprès du grand public.

2.3.2 Promouvoir la télémedecine

Le diagnostic a permis d'identifier plusieurs domaines prioritaires pour le développement de la télémedecine.

L'évolution dans les prochaines années de la démographie des radiologues nécessite de mutualiser les ressources médicales des secteurs public et privé, en particulier pour assurer la permanence des soins. L'organisation de la téléradiologie associée à un modèle médico-économique a été expérimentée dès la fin de l'année 2011 dans les Hautes-Pyrénées et le Gers, pour être ensuite déployée dans l'ensemble de la région.

La télémedecine en EHPAD peut apporter au médecin traitant l'avis d'un gériatre ou d'un interniste sur l'état de santé d'un patient et sur le traitement. Une telle expertise peut éviter des hospitalisations, dans d'autres cas contribuer à lutter contre la iatrogénie médicamenteuse. Les deux projets RESATER dans le Couserans en Ariège et à Figeac dans le Lot ont vocation à mettre en relation les EHPAD avec l'établissement de santé de proximité pour diffuser ces techniques. Ces projets sont destinés à se multiplier par la suite.

Plus largement, la télémedecine sera développée dans les bassins de santé pour répondre aux besoins des médecins généralistes, dans les domaines de la psychiatrie, de la gériatrie, de la prise en charge des maladies chroniques. Les maisons de santé pluriprofessionnelles seront équipées en priorité.

Déjà utilisée en médecine pénitentiaire dans quelques établissements, la télémedecine pourra être encore développée pour améliorer l'accès des détenus à des avis de spécialistes.

2.3.3 Favoriser le partage de l'information entre les professionnels

Le second grand chantier de la télésanté est l'échange et le partage d'informations médicales personnelles pour et entre les professionnels.

En premier lieu, le Dossier médical personnel (DMP) est très attendu par les médecins généralistes qui y voient - à juste titre - le moyen de partager des informations relatives à la prise en charge de leurs patients avec d'autres confrères notamment spécialistes, en particulier lors de séjours hospitaliers. Les conditions techniques sont aujourd'hui réunies pour permettre le déploiement du Dossier médical personnel. Le GCS télésanté accompagnera la montée en charge du Dossier médical personnel (DMP), dans les bassins de santé, avec les acteurs concernés.

Par ailleurs, la région Midi-Pyrénées a été retenue pour expérimenter l'intégration du dossier commun de cancérologie dans le DMP. Un tel projet permettra de concrétiser rapidement l'objectif d'associer davantage le médecin traitant dans le suivi des patients atteints de cancer.

D'autres outils apporteront leur concours au partage de l'information médicale :

- L'ARS demandera au GCS télésanté de promouvoir une solution unique de messagerie sécurisée conforme au référentiel de l'ASIP Santé pour favoriser les échanges entre les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé (Référentiel « Messagerie sécurisée de santé unifiée »).
- Le répertoire opérationnel des ressources sera structuré pour rassembler à terme les divers annuaires demandés par les professionnels et les usagers.

2.3.4 Accompagner les opérateurs dans le développement de leurs systèmes d'information

La télémédecine et le partage d'informations de santé constituent des outils de coordination et de continuité des soins entre acteurs de santé à l'échelle d'un territoire. Leur développement nécessite de mettre en relation les systèmes d'informations propres à chaque organisation (établissement de santé, cabinet libéral et structure médico-sociale).

Au-delà de la production de soins, les systèmes d'information des opérateurs de santé doivent permettre d'assurer la remontée et le partage d'informations avec tous leurs partenaires : institutionnels dont l'ARS (dispositif de veille et alerte, PMSI,...), organismes payeurs (Télétransmission à l'Assurance maladie), fournisseurs...

Considérant également les systèmes d'information comme des outils de support opérationnel et des facteurs d'amélioration des organisations, l'ARS accompagnera les acteurs de santé dans la mise à niveau et le développement continu de leurs systèmes d'information, conformément aux directives nationales inscrites dans le programme Hôpital Numérique et à l'état de l'art : notamment les référentiels définis par l'ASIP Santé (cadre d'inter-opérabilité, politique générale de sécurité des systèmes d'information, ...) et les bonnes pratiques préconisées par l'ANAP.

2.3.5 Fournir des outils SI pour analyser la performance du système de santé et optimiser la prise de décision

Cet objectif se situe à la frontière entre le système d'information de l'ARS et les systèmes d'information des acteurs de santé. Il répond aux enjeux suivants :

- Améliorer la productivité des équipes et l'efficacité du travail,
- Mieux maîtriser les risques et améliorer la qualité des processus de décision,
- Assurer le partage de l'information entre l'ARS et ses partenaires,
- Sécuriser et automatiser l'approvisionnement de l'ARS en données externes.

Le pilotage de la politique régionale de santé induit notamment des objectifs d'amélioration et de maîtrise de la connaissance de l'offre de santé et de la consommation de soins, ainsi que de suivi des risques sanitaires en temps réel.

Venant compléter l'offre de services du serveur régional de veille et d'alerte, des projets sont déjà en cours au niveau de la région, tels la refonte de l'application canicule⁸, l'homogénéisation et l'automatisation de données d'activités propres à certains acteurs (réseaux de santé, PASS,...).

⁸ Application permettant de disposer d'indicateurs relatifs aux établissements personnes âgées et services de soins infirmiers à domicile et de gérer l'envoi de messages

2.4.1 Optimiser l'organisation régionale pour prévenir et gérer les alertes sanitaires

L'ARS a placé la surveillance sanitaire parmi ses priorités. A cette fin, elle a créé une plateforme régionale de veille et de gestion des signaux, chargée d'organiser leur réception et la gestion des alertes, en lien avec les services préfectoraux (dans le cadre des protocoles Préfet/Ars), les administrations centrales mais aussi les établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels de santé. En Midi-Pyrénées, l'organisation de la Veille et Sécurité Sanitaire (VSS) est basée sur deux grands principes :

- **Structurer les missions de veille et sécurité sanitaire au niveau régional favorisant la synergie entre les dispositifs de veille, de vigilance et de crise :**
Le renforcement de la qualité de la réception et de traitement des signaux est désormais possible en assurant une continuité de réception et de traitement au niveau du point focal unique régional, avec une équipe dédiée composée de médecins, infirmiers, pharmaciens, ingénieurs, en lien étroit avec la Cellule de l'Institut national de veille sanitaire en région (CIRE). Ce dispositif est interconnecté avec ceux relatifs à la mise en œuvre et au suivi des mesures de contrôle sanitaire en matière de santé environnementale. Dans le domaine des eaux destinées à la consommation humaine, des programmes d'amélioration de la qualité seront engagés dans le cadre du Plan régional santé-environnement (PRSE2), afin de remédier durablement aux situations de non-conformité observées de façon chronique sur certains territoires (ex : zones de montagne).
- **Harmoniser la préparation, le suivi et la mise à jour des plans de secours et de défense :**
Cette homogénéisation régionale des plans de défense et sécurité, ou de préparation à la survenue de situations exceptionnelles, passe par la participation de l'ARS, dans son champ de compétences, à l'élaboration des plans départementaux ou à la formalisation de procédures, en lien avec les préfetures et la zone de défense sud-ouest.

2.4.2 Développer la culture du signalement par les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les entreprises

D'une manière générale, les directeurs des établissements de santé ont acquis des réflexes de signalement d'effets indésirables graves (EIG) ou d'incidents survenant dans leurs structures, notamment depuis l'affaire du sang contaminé. Cependant, les enquêtes relatives aux infections nosocomiales pointent chaque année des déficiences en matière de déclaration ou de mise en œuvre de mesures préventives suffisantes pour les éviter. Pour les établissements et services médico-sociaux, les épidémies de grippe hivernale ou les gastroentérites touchant plusieurs résidents sont les événements principalement et naturellement déclarés aux autorités de santé. En revanche, il est rare qu'un événement isolé soit décrit et transmis.

Inciter à déclarer tout évènement pouvant constituer une menace pour la santé publique :

Un décès ou un suicide suspect peuvent représenter un problème de santé publique ou être les témoins d'un dysfonctionnement de l'établissement, en matière d'organisation, d'hygiène ou autre. Toute fugue (notamment des ESMS) constitue un risque pour la personne elle-même mais aussi pour la société.

Les relations privilégiées qu'entretient l'ARS avec les établissements dans les secteurs sanitaire et médico-social, lui permettent d'assurer une information directe et de recevoir en retour des informations d'ordre sanitaire. L'agence s'appuiera tout particulièrement sur la Commission de coordination des vigilances, spécifique de la région Midi-Pyrénées, pour stimuler la déclaration, par les établissements, des infections nosocomiales, des événements indésirables graves, des accidents transfusionnels, des alertes d'ordre pharmacologique ou de matériovigilance.

La réactivité sera d'autant plus efficace que les prescripteurs et les dispensateurs de la région pourront être contactés directement, localement grâce aux fichiers des professionnels de santé et des établissements que détient l'Agence.

L'ARS renforcera sa coopération avec le centre régional de pharmacovigilance (CRPV) de Toulouse pour améliorer la connaissance des effets secondaires des médicaments et la diffuser auprès des établissements et des médecins libéraux.

Des signaux relatifs à des événements sanitaires inhabituels dans les entreprises pourront également être traités. Pour ce faire, un groupe d'alerte en santé travail (GAST) associe plusieurs partenaires de l'ARS et de la CIRE (Services de santé au travail, DIRECCTE, Centre anti-poison, Services des maladies professionnelles et environnementales du CHU de Toulouse).

Généraliser la participation aux systèmes de surveillance :

Le reporting de l'activité des services d'urgence organisé depuis 2001 par l'ORUMIP est indispensable à l'ARS pour connaître, en cas de crise sanitaire grave amenant un grand nombre de blessés par exemple, la disponibilité en temps réel en lits d'hôpitaux au niveau de chaque département de la région. Il permet également d'identifier les hôpitaux en tension dès lors qu'un afflux de patients dans les services d'urgence est observé. Les indicateurs de suivi d'activité des urgences permettront à l'ARS de mieux évaluer leur organisation mais aussi d'anticiper les pathologies pour lesquelles le public a recours aux urgences, et qui pourraient être prises en charge par la médecine de ville. La transmission en temps réel des informations à l'ORUMIP est un élément obligatoire pour les détenteurs de l'autorisation d'accueil et de traitement des urgences.

En complément, il sera demandé à l'ORUMIP de mettre en place un système de suivi du nombre d'appels régulés par les médecins libéraux.

2.4.3 Organiser la remontée de l'information

Un objectif prioritaire de l'ARS est de rappeler aux professionnels de santé et aux laboratoires de biologie médicale leur obligation de déclarer les maladies à déclaration obligatoire (MDO) et les événements environnementaux susceptibles d'avoir un impact sur la santé. En mettant l'accent sur la sécurisation des systèmes d'information partagée entre professionnels, l'ARS devrait lever les réticences des médecins, soucieux de préserver le secret médical.

Faire connaître aux partenaires les moyens de communication de l'ARS :

Un numéro de téléphone unique, fax et adresse courriel dédiés sont à disposition des Préfectures et des professionnels de santé tenus d'informer rapidement l'ARS sur tout événement exceptionnel. En retour, un annuaire qui alimente un automate d'alerte permet en situation d'urgence exceptionnelle de prévenir très rapidement les différents partenaires.

Sensibiliser les professionnels de santé au signalement :

Différentes actions seront mises en place pour favoriser le signalement par les professionnels de santé. Elles seront centrées autour de la communication et de l'information sur les pathologies / événements à signaler : maladies à déclaration obligatoire, principales menaces pour la santé publique. Des documents de rétro-information seront mis à disposition des professionnels de santé par l'ARS pour les accompagner (Procédures de réponse, rapports-type, retours d'expérience ...).

Renforcer les systèmes de surveillance régionaux :

L'objectif de l'ARS sera de réduire le nombre de cas de maladies transmissibles dans les collectivités accueillant des personnes particulièrement vulnérables (crèches, EHPAD, structures médico-sociales pour handicapés...), ce qui la conduira à développer des campagnes de vaccination des professionnels de la petite enfance ou des soignants du secteur médico-social. Les réseaux des médecins sentinelles qui signalent les cas de grippe hivernale pourront être utilisés pour relayer des informations ascendantes et descendantes sur la prévalence de telle ou telle pathologie, ce qui raccourcira le traitement régional des données.

2.4.4 Sensibiliser la population aux crises sanitaires en développant la communication

En fonction des grandes catégories d'événements sanitaires, des campagnes de communication seront mises en œuvre pour les différents publics visés (grand public, populations cibles, associations, maires, professionnels de santé...) et définiront les moyens nécessaires (media appropriés, élaboration de kits de communication, messages clés, etc.).

Des actions régulières d'information et d'échange avec les professionnels de santé, notamment libéraux, relais auprès de la population générale, seront définies pour permettre de renforcer leur sensibilisation à la gestion des risques et leur mobilisation en cas de menace sanitaire. Les URPS seront associées à ces actions de sensibilisation.

2.5 Renforcer le pilotage régional des ressources financières

L'ARS Midi-Pyrénées se fixe trois objectifs essentiels :

- Affecter les ressources en fonction des besoins, dans la droite ligne des orientations du PRS,
- Contribuer au respect de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie, voté par le parlement,
- Réduire le niveau d'endettement des établissements.

Pour les atteindre, elle dispose de plusieurs leviers.

2.5.1 Le programme régional de gestion du risque

La gestion du risque (GDR) peut être définie comme un moyen de mieux répartir les ressources dans notre système de soins tout en garantissant un accès à des soins de qualité et à la prévention. C'est un levier essentiel dans l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. C'est pourquoi l'ARS s'investira dans un partenariat fort avec l'Assurance maladie, qui maîtrise les méthodes de la GDR et qui portent depuis longtemps ces actions sur le terrain. Les programmes menés, notamment sur la base des recommandations HAS, concerneront les thématiques suivantes :

- **La prescription de transport dans les établissements :**
L'ARS contractualisera avec les établissements ciblés par l'Assurance maladie qui ont le taux de progression des dépenses de transports prescrites le plus élevé pour les inciter notamment à mettre en place une plate forme centralisée de gestion des transports dans chaque établissement.
- **La prescription hospitalière de médicaments délivrés en ville :**
L'ARS contractualisera avec les établissements de santé publics dont les prescriptions sont les plus élevées pour qu'ils relaient auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre conjointement avec l'Assurance maladie, qu'ils fassent mentionner par les médecins prescripteurs leur numéro du répertoire partagé des professionnels de santé et qu'ils améliorent leur organisation interne.
- **L'imagerie médicale :**
L'ARS souhaite éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants. Elle demandera, notamment avant délivrance de toute nouvelle autorisation d'installation d'équipements lourds, une évaluation de la pertinence des actes effectués avec les équipements qui nécessiteraient d'être complétés.
- **L'efficacité de l'organisation et la qualité de la prescription en EHPAD :**
Cf. Axe 2 - Parcours de la personne âgée
- **La chirurgie ambulatoire :**
Le recours à la chirurgie ambulatoire comporte des enjeux essentiels en matière de confort des patients et de maîtrise des dépenses de santé. L'évolution des techniques chirurgicales couplée à des méthodes anesthésiques plus légères permet d'envisager de nombreuses interventions en chirurgie ambulatoire. L'agence concevra et mettra en œuvre un plan d'actions pour favoriser son développement.
- **Les soins de suite et de réadaptation :**
L'ARS, en lien avec l'Assurance maladie, déploiera des procédures de « mise sous accord préalable » pour les prestations de SSR, en particulier pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation est réalisable en ville.

- **Les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus :**
L'agence et l'Assurance maladie définiront ensemble la liste des établissements les plus forts prescripteurs, qui feront l'objet de contrôles par les médecins de l'ARS ou les médecins conseils de l'Assurance maladie.
- **La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.**
- **La pertinence des actes chirurgicaux :**
Cette action associera le CHU dans la mesure où il mène de son côté des réflexions sur la formation des étudiants en médecine, en matière de pratique chirurgicale.

2.5.2 La maîtrise de l'activité hospitalière

Les CPOM signés entre l'ARS et les établissements permettront de faire un suivi annuel de l'activité et des engagements de maîtrise de l'activité. Ceux-ci devront être compatibles avec le taux d'évolution de l'ONDAM.

2.5.3 Le respect de l'équilibre économique

Dans l'exercice de ses compétences, l'ARS veillera à la maîtrise de la dette des établissements, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux. Pour les établissements de santé, le taux d'endettement ne doit pas dépasser 50%, sauf circonstances exceptionnelles.

Pour les établissements en difficulté financière, l'ARS exigera l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre indépendant de toute aide financière, hors financement des missions d'intérêt général.

Les aides financières attribuées par l'ARS à titre exceptionnel et temporaire pour accompagner les restructurations de certains établissements seront redéployées progressivement pour financer les priorités du Projet régional de santé.

2.5.4 L'évaluation de l'impact des actions financées

L'ARS Midi-Pyrénées se dotera d'un tableau de bord de suivi de l'impact des décisions, sur les dépenses de l'Assurance maladie. Cette méthode permettra d'anticiper les mesures de redéploiement et de modéliser certaines actions, de manière à établir un coût euro par habitant de chaque projet.

Sur le financement des projets, pour veiller à l'efficacité au premier euro, il conviendra de privilégier les modes d'organisation du système de soins permettant cette évaluation du coût par patient.

L'ARS recherchera systématiquement la meilleure solution organisationnelle.

2.5.5 Une allocation de ressources au service des priorités de santé

L'ARS constituera une marge de manœuvre sur les différentes enveloppes pour financer les actions prévues dans le Projet régional de santé. Une action prioritaire verra son financement établi sur le fonds existant le plus approprié.

L'agence utilisera les possibilités de fongibilité pour augmenter les financements en faveur de la prévention, des soins du premier recours ou des services de maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.



Projet régional de santé

Partie

3.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Projet régional de santé en Midi-Pyrénées

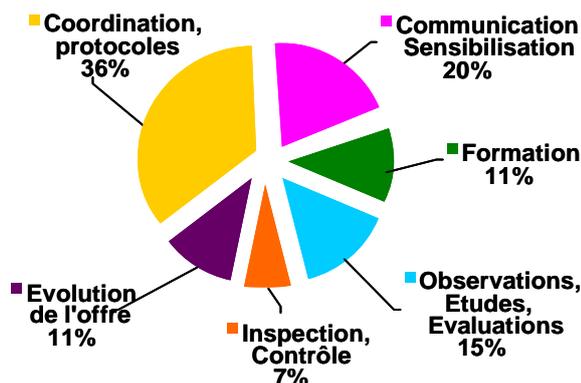
« Le Projet Régional de Santé est révisé au moins tous les 5 ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le Plan Stratégique Régional de Santé ». Cette obligation relevant du décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au PRS induit la question plus large de la gouvernance du plan.

Arrêté après une phase de concertation ayant associé l'ensemble des acteurs, le dispositif de suivi et d'évaluation adopté doit garantir le maintien de la dynamique instaurée et assurer un suivi optimal des différentes actions en toute transparence et en lien avec les partenaires et professionnels impliqués.

3.1 Un préalable à l'évaluation : la faisabilité

L'utilité de l'évaluation est peu sujette à controverse. A contrario, l'appréciation de l'adhésion des acteurs, de la faisabilité de la mise en œuvre des actions et de l'évaluation au sens strict reste posée. Les objectifs présentés dans le PSRS ont donc fait l'objet d'une étude de faisabilité préalable, à la fois sur le contexte, le contenu des interventions et les ressources mobilisables.

Au vu de cette étude, les trois axes du PSRS devraient induire environ 500 actions, qui mettent en œuvre toute une palette de leviers :



Les actions de cadrage, de coordination ou de mutualisation représentent 36% des actions, loin devant les actions de communication (20%) et la réalisation d'enquêtes ou d'évaluations spécifiques (15%). Les décisions relatives aux extensions et/ou aux créations concernent a priori au plus 11% des actions.

25% des actions envisagées relèvent de partenariats inter-institutionnels (Université, collectivités territoriales, services de l'Etat dont l'Education nationale). S'y ajoutent les collaborations avec les Ordres professionnels et les URPS : 10% environ des actions vont devoir nécessiter le recours à des opérateurs et à des prestataires (médecins généralistes, réseaux, autres professionnels de santé, IREPS...).

La moitié des actions nécessite un financement, pour un montant estimé à ce stade à 135 millions d'euros sur 5 ans :

- C'est l'équivalent de 1,7% des dépenses d'Assurance maladie en Midi-Pyrénées (soit 0,33% / an) ;
- Cela représente 6,5% des enveloppes financières gérées par l'ARS (soit 1,4% / an).

Ces besoins de financement se ventilent par thématique de la manière suivante :

- Inégalités sociales de santé (11 M€) : obésité, CLS, PRAPS ;
- Personnes âgées (97 M€) : médicalisation EHPAD, SSR, offre médico-sociale ;
- Personnes handicapées (7 M€) : développement des services ;
- Santé mentale (6 M€) : CMP, CATTP, PRAPS ;
- Parcours de santé (6,5 M€) : AVC, cancer, diabète, mère, enfant, jeunes, addictologie ;
- Offre du premier recours (4 M€) : animation des bassins de santé ;
- Télésanté (2,5 M€) : télémédecine, systèmes d'information partagés ;
- Communication (1 M€).

La faisabilité du PRS, s'avère donc garantie par :

- Le maintien et le développement de partenariats avec d'autres institutions ;
- L'implication des professionnels de santé ;
- La mise en œuvre de mesures de sensibilisation et de communication auprès du public et des professionnels ;
- La mobilisation de ressources financières.

Enfin, il est important de préciser que le caractère ambitieux du PSRS ne réside pas forcément dans la mise en œuvre de l'intégralité des actions décrites, sur l'ensemble des territoires ou bassins de santé, de manière concomitante et dès le premier jour d'entrée en vigueur du PRS. Un phasage des actions à entreprendre sera établi en tenant compte de la capacité des acteurs à mettre en œuvre les projets, et des contraintes ou exigences d'ordre financier, réglementaire, conventionnel définies au niveau national. Les ressources financières nécessaires seront par conséquent lissées dans le temps.

3.2 Une évaluation en tant qu'outil de pilotage dynamique

L'évaluation constitue une étape permanente et cruciale de la mise en œuvre d'un programme. Elle a vocation entre autres à :

- S'assurer de la mise en œuvre des actions conformément à ce qui a été décidé, et corriger les moindres dérives dès leur détection,
- Juger de l'avancée des actions et de leur pertinence et si nécessaire les requalifier ou les redéfinir,
- Communiquer auprès des acteurs, du public (usagers, patients, aidants) et des partenaires.

Pour rendre compte de son action, tout en prenant en compte les délais de mise en œuvre très variables du Projet régional de santé selon les domaines, l'ARS réalisera un bilan à mi parcours (mi 2015) et à la fin du PRS (fin 2017).

Ce bilan de suivi et d'évaluation portera sur la mise en œuvre du PRS dans toutes ses composantes : le plan stratégique, le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation des soins, le schéma régional de l'offre médico-sociale et les programmes régionaux (télémédecine, accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis, gestion du risque). Il sera réalisé à partir :

- D'un bilan des actions réalisées,
- D'un tableau de bord d'indicateurs de moyens et/ou de résultats,
- D'un suivi qualitatif de l'avancée de 16 chantiers majeurs.

L'ARS rendra compte en outre chaque année de l'avancement de ces 16 chantiers majeurs.

La loi « Hôpital Patient Santé et Territoire » du 29 juillet 2009 et ses textes d'application ont introduit dans le paysage institutionnel diverses instances œuvrant, sous l'égide de l'ARS, en matière de démocratie sanitaire : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), Conférences de territoires, Commissions de coordination des politiques publiques.

Un travail conjoint d'appropriation des actions collectives menées par chacun des partenaires institutionnels sera possible grâce notamment aux instances de coordination des politiques publiques, dans le domaine de la prévention et du secteur médico-social.

En complément, l'ARS souhaite que le suivi de la mise en œuvre opérationnelle du PRS soit conduit en partenariat avec les COTER et les Conférences de territoires, pour s'assurer de l'adhésion des acteurs de la santé dans chaque territoire de santé. Les aspects relatifs à la gradation des soins auront nécessairement des répercussions sur l'aménagement des territoires. L'ARS réunira périodiquement les Présidents de Conseils généraux pour faire un point sur l'offre médico-sociale.

L'évaluation sera menée en collaboration avec la CRSA et en relation avec le Conseil de surveillance de l'ARS et les Commissions de coordination des politiques publiques.

Avec l'ensemble de ses partenaires, l'ARS Midi-Pyrénées souhaite favoriser transparence, concertation et engagements réciproques.

16 chantiers majeurs pour mettre en œuvre le plan stratégique

Sur l'axe 1 du plan stratégique visant à réduire les inégalités sociales de santé :

- > **Lutter contre l'obésité** : Développer la prévention en milieu scolaire, accompagner les villes et collectivités actives PNNS, déployer les équipes de prévention et de prise en charge de l'obésité.
- > **Faciliter l'accès aux soins** : Développer l'accès à la complémentaire santé (ACS), garantir le tiers-payant intégral en maisons médicales de garde, faciliter l'accès aux soins dentaires pour les plus vulnérables.
- > **Lutter contre l'habitat insalubre**

Sur l'axe 2 du plan stratégique visant à placer l'usager au cœur du système de santé :

- > **Mère-nourrisson** : Prévenir et prendre en charge le risque psycho-social.
- > **Jeunes** : Prévenir les addictions chez les jeunes scolarisés et dans les missions locales.
- > **Personnes âgées** : Dépister la fragilité et préserver l'autonomie des personnes âgées, poursuivre le programme d'amélioration de la qualité médicale en EHPAD (IQUARE), structurer la filière gériatrique.
- > **Personnes en situation de handicap** : Dépister précocement les handicaps, développer les services d'accompagnement en milieu ordinaire de vie.
- > **Patients atteints de cancer** : Développer les soins de support et l'accompagnement en fin de vie, renforcer la place du médecin traitant dans le parcours de santé.
- > **Patients diabétiques** : Promouvoir et organiser le dépistage, développer l'éducation thérapeutique en médecine de ville.
- > **Personnes souffrant de troubles mentaux** : Réduire les délais d'attente pour avoir une consultation en Centre médico-psychologique, développer la prise en charge des adolescents en ambulatoire, coordonner la prise en charge des adolescents en crise.
- > **Personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral** : Finaliser le maillage territorial des Unités neuro-vasculaires, garantir l'accès à l'imagerie en urgence.

Sur l'axe 3 du plan stratégique visant à adapter l'offre aux besoins de santé :

- > **Organiser les soins du premier recours** : Garantir l'accès aux soins en urgence et évaluer l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire, accompagner les plans d'action des équipes d'animation des bassins de santé, favoriser l'implantation des médecins dans les zones fragiles et intermédiaires, réduire les délais d'attente pour l'accès à l'ophtalmologiste.
- > **Améliorer l'accès aux soins spécialisés dans les territoires** : Garantir l'accès aux 21 spécialités médicales et chirurgicales dans les huit chefs-lieux de département et à Castres, évaluer l'adhésion des usagers à la gradation des soins en analysant l'attractivité des établissements de santé, évaluer l'organisation de la PDES, développer la chirurgie ambulatoire.
- > **Structurer l'offre médico-sociale** : Accompagner les mutualisations, voire les regroupements entre organismes gestionnaires, formaliser des conventions entre établissements sanitaires et médico-sociaux.
- > **Promouvoir les démarches pluriprofessionnelles** : Protocoles de coopération en ambulatoire, développement professionnel continu intégrant les priorités régionales.
- > **Développer les systèmes d'information partagés** : Montée en charge du Dossier médical personnel (DMP) et utilisation de la messagerie sécurisée



Midi-Pyrénées

**Agence régionale de santé
Midi-Pyrénées**

10 chemin du Raisin
31050 TOULOUSE CEDEX 9
05 34 30 24 00

www.ars-midipyrenees.sante.fr

