

#1

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

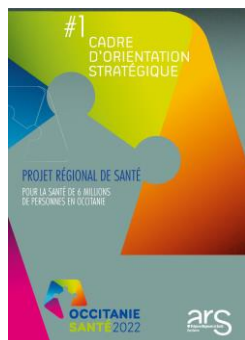
POUR LA SANTÉ DE 6 MILLIONS
DE PERSONNES EN OCCITANIE



OCCITANIE
SANTÉ 2022

ars
Agence Régionale de Santé
Occitanie

PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ



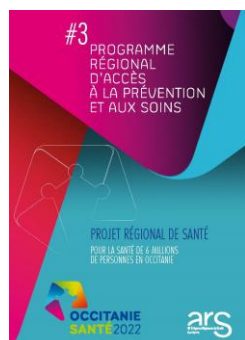
CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

2018 - 2027



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

2018 - 2022



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS

2018 - 2022

PRÉAMBULE

Chaque jour, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et ses partenaires sont mobilisés pour la santé de 6 millions de personnes en Occitanie.

Notre système de santé est confronté à de nombreux défis auxquels visent à répondre les quatre piliers de la stratégie nationale de santé : la prévention et la promotion de la santé, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, la pertinence et qualité des soins et enfin l'innovation. L'ARS s'attache à relever ces défis en prenant en compte les spécificités de notre région.

Dans ce contexte, le Projet régional de santé (PRS) de deuxième génération s'inscrit dans une vision stratégique à dix ans de l'évolution de notre système de santé. Il définit également, pour les 5 prochaines années, la politique régionale de santé qui sera menée en matière de prévention, d'organisation de l'offre de soins et médico-sociale et fixe le programme d'actions pour les plus démunis.

Le troisième Plan Régional Santé Environnement (PRSE) a été signé fin 2017. Ce plan, piloté par l'ARS et la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), s'inscrit dans la stratégie régionale de santé, renforce le PRS et place la santé environnement au cœur des préoccupations et des enjeux.

Il vise à préserver et améliorer l'état de santé de la population en agissant sur les conditions de vie, les pratiques et la qualité des milieux. Il a aussi pour objectif de maîtriser les risques liés à l'exposition quotidienne à de multiples polluants.

En Occitanie, les travaux préparatoires à l'élaboration du PRS ont donné lieu à une forte mobilisation des professionnels de santé en lien avec nos équipes. Des bilans portant sur les parcours de santé et les thèmes transversaux ont permis de mesurer le chemin accompli et de tracer les marges de progrès. Les instances de démocratie sanitaire ont enrichi ces travaux avec la contribution des 13 Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Un consensus s'est dégagé pour considérer que ce PRS se doit de comporter des objectifs resserrés et des projets opérationnels, centrés sur les caractéristiques de notre région. Il s'inscrit ainsi en complémentarité avec l'ensemble des actions portées par l'ARS, en déclinaison des plans et programmes nationaux.

« Ce Projet Régional de Santé, a été conçu pour apporter des avancées très concrètes et significatives pour la santé des habitants de la région Occitanie, avec une attention particulière pour les plus vulnérables ».

Chaque année, son suivi régulier visera à rendre compte à nos concitoyens, de l'état de ces réalisations.

Le PRS a été soumis à la consultation réglementaire et enrichi à partir de l'ensemble des avis des institutions et instances sollicitées.

LE PRS EN SYNTHÈSE

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a profondément modifié le régime des projets régionaux de santé.

Le nouvel article L1434-1 du code de la santé publique prévoit désormais que le PRS soit constitué de trois documents qui portent la déclinaison opérationnelle de la Stratégie Nationale de Santé :

- *un Cadre d'orientation Stratégique pour une période de dix ans,*
- *un Schéma Régional de Santé unique et un Programme d'Accès à la prévention et aux Soins des plus démunis, pour cinq ans.*



LE CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE (COS)

L'**Occitanie est une terre de contraste**. Seconde région la plus vaste de France et forte de ses treize départements, elle connaît un très fort dynamisme démographique centré sur le littoral méditerranéen et les grandes métropoles de Toulouse et de Montpellier. Sa population, relativement âgée, est caractérisée par d'importants écarts de densité mais surtout par une forte précarité : un habitant sur six est en situation de pauvreté et quatre départements de la région se situent parmi les dix départements les plus pauvres de France.

Au regard de ces caractéristiques, l'offre sanitaire et médico-sociale apparaît cependant comme relativement significative avec **des disparités territoriales importantes**. Il est donc essentiel de pouvoir soutenir les innovations et les mutations nécessaires du système de santé afin de mieux répondre aux attentes des populations et des professionnels de santé.

L'analyse croisée des précédents PRS d'une part, et des diagnostics territoriaux d'autre part, permet de poser un constat essentiel : l'existence d'un gradient social et territorial de santé est une réalité particulièrement prégnante au sein de la région et **les actions conduites jusqu'à aujourd'hui n'ont pas permis d'enclencher une réduction des inégalités constatées**.

Le PRS porte ainsi **Une Ambition** qui doit guider l'ensemble des travaux : se saisir de l'opportunité liée à la création de cette nouvelle région pour agir, au cœur des territoires, afin de **mieux prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables** et d'agir plus efficacement, pour **réduire les inégalités de santé** ou a minima, ne pas les aggraver.

Afin de répondre à ces enjeux, l'Agence Régionale de Santé (ARS) se mobilise autour de **5 engagements** :

- développer la prévention, **le repérage, le dépistage et l'accompagnement précoces**,
- accompagner **la personne** pour lui permettre d'être **acteur** de sa santé,
- améliorer l'organisation des services de santé pour une **accessibilité renforcée** sur l'ensemble du territoire et pour toutes les catégories de populations,
- renforcer la coordination des acteurs pour **des prises en charge adaptées**, de la bonne intensité et continues grâce à des innovations organisationnelles et techniques, notamment la e-santé,
- promouvoir et garantir **la qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge et des accompagnements.

Ces engagements interviennent dans un continuum avec les précédentes actions de l'Agence, mais devront s'attacher à prendre en compte les populations vulnérables, comme un fil rouge structurant pour la politique de l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

Pour accompagner la mise en œuvre opérationnelle de ces cinq engagements, **5 clés de transformation** ont été identifiées, comme autant de conditions de réussite du déploiement du PRS sur les cinq prochaines années. Sont ainsi appréhendées comme clés de transformation :

- la **territorialisation de l'action** de l'Agence, en conciliant proximité et gradation des réponses aux besoins,
- une attention constante portée à la **coordination des politiques publiques et aux synergies partenariales**,
- le **développement de l'innovation en santé**,
- la **capacité à prendre soin de ceux qui soignent**,
- ainsi que la mise en place d'un dispositif de pilotage et d'une démarche **d'évaluation** tout au long de la mise en œuvre de ce Projet Régional de Santé.

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ (SRS)

Pour impulser des actions de transformation de façon efficiente, le Schéma Régional de Santé (SRS) aborde les questions de santé autour de 3 axes :

- 5 parcours de santé prioritaires centrés sur le patient,
- 8 thèmes transversaux,
- l'organisation de 19 filières et activités de soins.

Même si le sujet des maladies chroniques n'est pas inscrit explicitement dans les parcours prioritaires, la continuité des actions déjà menées prend bien en compte l'augmentation du poids et de l'impact de ces pathologies.

Les pathologies concernées sont abordées dans leur globalité, notamment en majorant la prévention (la lutte contre les addictions, notamment le tabac, et la promotion de l'activité physique, ainsi que l'éducation thérapeutique, sont prioritaires dans le PRS).

Par ailleurs, au regard des caractéristiques de la région Occitanie, le Schéma Régional de Santé intègre des dispositions relatives aux **territoires transfrontaliers**, en lien avec les différents accords nationaux et l'accord-cadre¹ conclu entre la Région Occitanie et l'Espagne.

Le Schéma prend également en compte, en cohérence avec la Loi Montagne², les flux de populations saisonnières et l'enjeu du temps de parcours dans l'organisation des soins des **territoires de montagne**. À ce titre, sont identifiés les projets intégrés au sein du schéma qui pourront s'inscrire dans cette thématique spécifique.



¹ Décret n° 2015-367 du 30 mars 2015 portant publication de l'accord-cadre entre la République française et le Royaume d'Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière

² Loi n°2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne

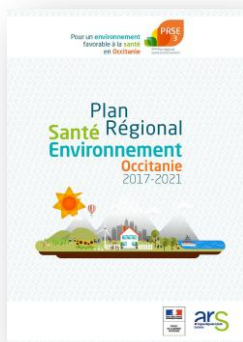


LE PROGRAMME RÉGIONAL RELATIF À L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS)

Le **PRAPS** élaboré en lien avec la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), porte la politique de l'Agence et de ses **partenaires en faveur des personnes en situation de grande précarité** en poursuivant les efforts pour les orienter vers les dispositifs de droit commun en renforçant les services et prestations qui leur sont spécifiquement dédiés. De plus, l'ARS veille à mieux adapter les messages et les actions en leur faveur.

Les principes qui prévalent pour cette politique ciblée font également sens pour la thématique plus large des inégalités de santé abordée transversalement dans le SRS, notamment en termes de partenariats (collectivités territoriales, Education Nationale, ...) à adapter à la réalité des différents territoires et aux publics à toucher.

Les constats faits dans le PRAPS rejoignent les préoccupations des politiques sociales au sens large, et plus particulièrement la coordination et l'articulation des acteurs et des secteurs d'intervention (sanitaire, social, médico-social, logement/hébergement, insertion).



LE PLAN RÉGIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT (PRSE)

Le PRSE 2017-2021 ne fait pas partie stricto sensu du PRS mais y contribue, en prévoyant des mesures concrètes sur les déterminants environnementaux de la santé, résumées dans l'aspiration « Pour un environnement favorable à la santé en Occitanie ».

La dégradation de l'environnement joue aussi un rôle significatif dans la génération d'inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales.

Ce premier PRSE à l'échelle de la région Occitanie, s'articule autour de 4 axes. Il prend en compte les problématiques locales, certaines communes à l'ensemble de notre région (l'ambrosie, le moustique tigre, la vulnérabilité des ressources en eau ...), d'autres plus spécifiques à certains territoires (le radon, la gestion des anciens sites miniers ...).

Le lien avec le PRS transparaît naturellement à travers le premier axe transversal « Renforcer l'appropriation de la santé environnementale pour les citoyens ».

#1

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE 2018 - 2027



SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018 - 2022



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS 2018 - 2022

ARS OCCITANIE PRS CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

SOMMAIRE

I. L'Occitanie	
Une région marquée par de nombreux contrastes	7
A. Un territoire vaste avec une faible densité de population ..	8
B. Une croissance démographique dynamique et durable.....	8
C. Une forte proportion de population âgée et de personnes dépendantes.....	9
D. Une personne sur six en situation de pauvreté.....	10
E. Des indicateurs d'état de santé favorables... en moyenne, mais des disparités territoriales marquées	12
F. Une offre de soins importante mais inégalement répartie	13
G. Le diagnostic en synthèse	14
II. Notre ambition	
Mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables.....	16
A. La protection de la personne en situation de vulnérabilité comme préoccupation éthique	16
B. Prendre en compte la question des inégalités sociales et territoriales de santé dans chacune de nos actions	17
C. Une approche renouvelée du rôle des soins primaires et de la prévention.....	18
III. 5 engagements	
Pour agir	19
A. Développer la prévention, le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces.....	20
B. Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé.....	22
C. Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée	24
D. Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées	26
E. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements	28
IV. 5 clés	
Pour réussir.....	30
A. Le déploiement du PRS dans tous les territoires	32
B. Les synergies partenariales.....	33
C. L'innovation en santé	35
D. Prendre soin de ceux qui soignent et qui accompagnent au quotidien.....	37
E. Le pilotage et l'évaluation	38
ANNEXE	
Bilan des précédents PRS	42

L'OCCITANIE, UNE RÉGION MARQUÉE PAR DE NOMBREUX CONTRASTES

A. Un territoire vaste avec une faible densité de population	8
B. Une croissance démographique dynamique et durable	8
C. Une forte proportion de population âgée et de personnes dépendantes.....	9
D. Une personne sur six en situation de pauvreté	10
E. Des indicateurs d'état de santé favorables...en moyenne, mais des disparités territoriales marquées	12
F. Une offre de soins importante mais inégalement répartie	13
G. Le diagnostic en synthèse	14

I. L'OCCITANIE, UNE RÉGION MARQUÉE PAR DE NOMBREUX CONTRASTES

La région Occitanie, particulièrement étendue, est pour l'INSEE « l'une des régions présentant les plus forts contrastes entre ses territoires », que ce soit en termes de caractéristiques physiques du territoire, de caractéristiques socio-économiques des populations qui y vivent ou au regard de son tissu économique. Trois facteurs structurels, qui s'imposent aujourd'hui, conditionnent fortement l'organisation des soins dans la région : les contraintes géographiques et la répartition de la population, la dynamique démographique et l'offre de soins disponible. Par ailleurs, une caractéristique essentielle du territoire régional est la part importante de la population en situation de pauvreté, qui est un paramètre majeur à prendre en compte pour appréhender les parcours de soins et les résultats de santé de la région.

A. UN TERRITOIRE VASTE AVEC UNE FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION

La région Occitanie est la deuxième plus vaste région de France. Elle couvre 72 724 km² (elle est plus vaste que l'Irlande) et se compose de 13 départements et 4 565 communes.

Avec 5,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2012, la densité de population est globalement peu élevée : elle atteint 77 habitants au km² contre 117 habitants au km² en France métropolitaine.

L'espace littoral, constitué d'un réseau de villes situées le long de 220 km de côtes méditerranéennes, est de loin le plus densément peuplé (183 habitants au km²). Il compte 2 350 000 habitants. Le vaste espace du bassin de la Garonne abrite, quant à lui, 2,6 millions d'habitants pour une densité de 89 habitants au km². Il est composé d'une part, de l'agglomération de Toulouse et de villes moyennes situées à moins d'une heure de celle-ci et d'autre part, de zones étendues de plaines et coteaux mais peu habitées. Le reste de la population régionale réside dans les massifs montagneux du Massif Central et des Pyrénées où la densité de population est très faible (autour de 25 habitants au km²). Il convient de noter que 45 % de la superficie de cette grande région est classée en « zone montagne », alors que seulement 14 % de sa population y réside.

B. UNE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE DYNAMIQUE ET DURABLE

Entre 1982 et 2012, la hausse annuelle moyenne de la population a été de 0,9 % en Occitanie. Cette croissance, deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine, s'est accélérée depuis 10 ans. L'attractivité de la région explique essentiellement cette augmentation de la population : chaque année le nombre de nouveaux habitants (familles, étudiants, actifs ou retraités) est largement supérieur au nombre de départs. Ainsi, entre 2007 et 2012, le solde migratoire est positif et s'élève à 40 400 personnes par an. Par ailleurs, le solde naturel est également positif avec 10 700 naissances de plus que de décès par an.

Chaque année, la région s'accroît ainsi de 51 000 personnes, soit l'équivalent d'une ville comme Albi ou Narbonne. Toutefois, si la population des départements de la Haute-Garonne, de l'Hérault, du Tarn-et-Garonne et du Gard croît plus vite que la moyenne en Occitanie, tirée par la croissance des grands pôles urbains de Toulouse et Montpellier, la Lozère et les Hautes-Pyrénées ont une population qui n'augmente pas sur la période.

Les toutes dernières projections de l'Insee à l'horizon 2050 insistent sur un accroissement des déséquilibres entre départements. « L'Occitanie compterait 6,9 millions d'habitants en 2050. L'augmentation de population serait portée quasi exclusivement par l'excédent migratoire. À partir de 2040, la région compterait même plus de décès que de naissances. Toujours vigoureuse en 2050, la croissance serait cependant deux fois moins forte que celle observée aujourd'hui.

L'augmentation du nombre d'habitants concernerait toutes les classes d'âge, mais elle serait surtout portée par les seniors (65 ans ou plus) : le nombre de jeunes et d'actifs augmenterait peu. Ce vieillissement de la population serait cependant moins rapide que dans les autres régions ».

C. UNE FORTE PROPORTION DE POPULATION ÂGÉE ET DE PERSONNES DÉPENDANTES

L'Occitanie est une région un peu plus âgée que l'ensemble du pays : les habitants de **65 ans et plus** y représentent **19,8% de la population (contre 17,1% pour la métropole)** et la **part de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) y est supérieure de 2,8 points** à la moyenne métropolitaine³. Les personnes de plus de 75 ans sont en proportion plus nombreuses au sein de la population globale des zones rurales mais en valeur absolue plus nombreuses dans les zones urbaines.

Cette tendance devrait s'accroître puisque les projections statistiques mettent en évidence une augmentation importante du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans à compter de 2020. Ainsi, près de 25 000 personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires sont attendues chaque année, à partir de 2022, dans la grande région.

A contrario, les moins de 25 ans sont proportionnellement légèrement moins nombreux que sur l'ensemble du territoire métropolitain (29% contre 30%). On observe une concentration importante des jeunes de moins de 25 ans dans les centres urbains, notamment dans les aires urbaines de Toulouse (35% de la population totale) et Montpellier (37%).

³ 23,8 bénéficiaires pour 100 personnes de 75 ans et plus en Occitanie, pour 21% en France Métropolitaine (Eléments de contexte pour un Diagnostic Régional Avril 2017 – ARS Occitanie)

D. UNE PERSONNE SUR SIX EN SITUATION DE PAUVRETÉ

La région Occitanie se place au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3^{ème} rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2^{ème} rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse). À l'échelle des départements d'Occitanie, il existe de fortes disparités concernant les taux de pauvreté.

La Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale, tandis que l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième. La région Occitanie est ainsi la région comprenant le plus de départements dans les 10 départements les plus pauvres de France. C'est dans les espaces ruraux éloignés des centres d'emplois ainsi que dans les villes-centres des grands pôles urbains que la pauvreté est la plus importante.

La part élevée de personnes en situation de pauvreté dans la région conduit nécessairement à porter une attention particulière aux inégalités sociales de santé dans le projet régional de santé de la région Occitanie. Les inégalités sociales de santé sont une réalité reconnue et documentée au niveau national, notamment au travers de travaux de recherche. Néanmoins, peu de données régionales sont disponibles. Quelques chiffres clés nationaux sont rappelés dans le tableau 1.

■ Tableau 1

Quelques déterminants de santé au regard des catégories socio-professionnelles

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Ouvriers (ouvriers ou ouvriers qualifiés)
Tabac¹		
Tabagisme quotidien	18,9%	37,8%
Surpoids-obésité des élèves de CM2 selon le groupe socioprofessionnel des parents²		
Surcharge pondérale (%)	12,7%	21,5%
Obésité (%)	1,4%	5,5%
Expositions professionnelles³		
Être exposé à au moins trois produits chimiques (%)	2,7%	31,8%
Bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 db(A) (%)	5,5%	46,8%

Sources :

¹Baromètre santé 2014, Inpes

²DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2

³DGT-DARES, enquête SUMER 2010

Le tableau 1 ci-dessus montre que les ouvriers présentent une probabilité plus grande d'être exposés à des facteurs délétères pour la santé. On observe un cumul de ces facteurs au sein de la population en situation de pauvreté. De plus, les écarts se creusent entre les personnes les plus défavorisées et les plus favorisées.

Un exemple, mesuré à l'aide des données du baromètre santé 2016 sur le tabac : entre 2010 et 2016, la part de fumeurs quotidiens a continué d'augmenter chez les Français à faibles revenus, passant de 35,2 % à 37,5 %.

A l'inverse, chez les Français à haut niveau de revenus, cette proportion est passée de 23,5 % à 20,9 % au cours de la même période.

D'autres indicateurs témoignent de ces inégalités. À titre d'exemple, la part de la population traitée pour diabète dans la région est inférieure à celle de la France métropolitaine, mais varie de 1 à 2 entre les bassins de vie de la région.

Au-delà des déterminants de santé, les recours aux soins et à la prévention sont également différents selon le niveau de vie. Plus les personnes sont défavorisées, plus le recours au médecin généraliste est faible, plus le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus est faible, plus le recours aux soins conservateurs dentaires est faible et plus le recours aux médicaments psychotropes est élevé.

On peut noter précisément qu'en Midi-Pyrénées, en 2012, plus les femmes vivaient dans une zone défavorisée, plus le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis vaginal était faible. On estime ainsi à 30 000 la sous-consommation théorique annuelle de cet examen dans notre région.

Et l'on pourrait multiplier les exemples. Dès lors, on comprend aisément que ces écarts dans le recours aux soins conduisent à des parcours sanitaires différents et donc à des résultats de santé dégradés pour les personnes les plus défavorisées.



LE CANCER, EXEMPLE D'UNE PATHOLOGIE OÙ LES DIFFÉRENCES DE MORTALITÉ SUIVENT UN GRADIENT SOCIAL

Le **taux de mortalité par cancer** en 2011 en Occitanie était **légèrement inférieur à la moyenne nationale** mais de **fortes inégalités** existaient entre les départements, notamment entre la Haute-Garonne et le Lot, dont les taux sont particulièrement favorables, et les Pyrénées-Orientales, nettement au-dessus de la moyenne régionale et nationale. Ces inégalités sont également visibles en termes d'évolution : si la mortalité a baissé de manière significative dans certains départements, elle est restée stable voire a augmenté dans d'autres entre 2001 et 2011. Les **différences de mortalité par cancer suivent un gradient social**, de plus de 1 à 3 entre les employés/ouvriers et les cadres/professions intellectuelles supérieures.

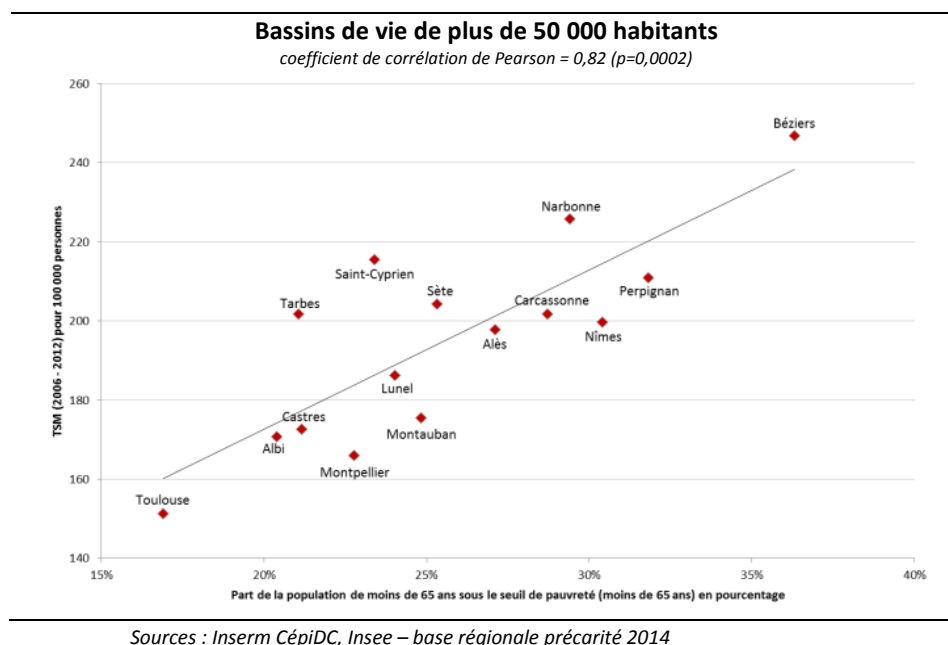
E. DES INDICATEURS D'ÉTAT DE SANTÉ FAVORABLES... EN MOYENNE, MAIS DES DISPARITÉS TERRITORIALES MARQUÉES

En moyenne, les résultats de santé de l'Occitanie sont plutôt bons, c'est-à-dire au-dessus de la moyenne nationale : ainsi l'Occitanie est au 5^{ème} rang des régions à faible mortalité prématurée, elle observe une mortalité régionale par cancer parmi les plus faibles de métropole, la prévalence standardisée du diabète est inférieure à la moyenne nationale. En revanche, au niveau des bassins de vie, de grandes disparités se font jour. Elles sont intimement liées à la question des inégalités sociales et de santé vues précédemment.

Une corrélation forte est observée entre la part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté et la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans) comme le montre la figure 1.

■ Figure 1

Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2006-2012) et part de la population de moins de 65 ans à bas revenus en 2014 dans les bassins de vie de plus de 50 000 habitants de la région Occitanie



LES INDICATEURS DÉFAVORABLES SONT PRINCIPALEMENT LIÉS À LA PRÉCARITÉ

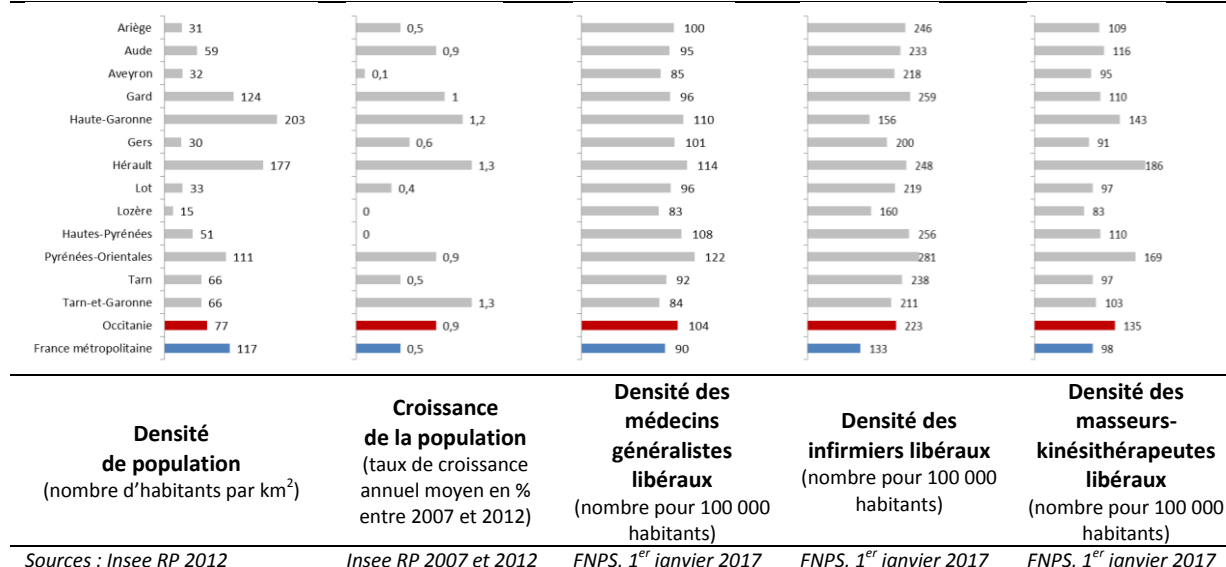
- En termes d'addiction, les « usages réguliers » sont supérieurs à la moyenne métropolitaine.
- Les conduites d'alcoolisation excessive chez les jeunes sont plus marquées au niveau régional, il existe également une intensification du tabagisme féminin notamment dans l'Est de l'Occitanie.

F. UNE OFFRE DE SOINS IMPORTANTE MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIE

La région dispose d'une offre de soins abondante. Les densités régionales des professions médicales et paramédicales sont parmi les plus élevées de l'Hexagone. Les taux d'équipement des établissements et services pour l'accueil des personnes âgées se situent dans la moyenne nationale. Enfin, en ce qui concerne l'accueil des personnes en situation de handicap, les taux d'équipement sont généralement au-dessus des moyennes nationales.

■ Figure 2

Facteurs structurels de l'offre et de la demande de soins : de forts contrastes entre les territoires de la région



Des **trajectoires de soins très différentes** sont également notables entre départements (par exemple, l'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans est plus fréquente en Lozère) et le territoire connaît une **forte variabilité dans les dépenses en soins ambulatoires**, particulièrement élevées dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales.

Ces données sont à mettre en relation avec une **offre de soins inégalement répartie**, notamment en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), qui peuvent expliquer la diversité des trajectoires de soins. En effet, les dépenses ambulatoires les plus élevées sont observées dans l'Hérault et les Pyrénées-Orientales, départements dans lesquels les taux d'équipement en SSIAD et en EHPAD sont les plus faibles.



UNE OFFRE DE SOINS INÉGALEMENT RÉPARTIE SUR LE TERRITOIRE : EXEMPLE DES STRUCTURES POUR PERSONNES HANDICAPÉES ET DE L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Les taux d'équipements pour les structures destinées aux personnes handicapées sont supérieurs à la moyenne nationale, pour autant il existe de fortes disparités départementales :

- Avec des taux extrêmement importants en Lozère et, dans une moindre mesure, dans les Hautes-Pyrénées.
- Des taux d'équipements faibles dans le Gard, l'Hérault et la Haute-Garonne.



L'Occitanie se caractérise par une **densité en professionnels de santé libéraux supérieure à la moyenne nationale**, cependant 3 départements ont une densité en omnipraticiens libéraux légèrement inférieure à la moyenne nationale (la Lozère, l'Aveyron et le Tarn-et-Garonne). Ces disparités de densité et de répartition entraînent d'importants **écarts en termes d'accessibilité géographique** aux soins, en faveur des zones littorales notamment. Ces disparités peuvent se concrétiser à travers un niveau de dépenses annuelles en soins ambulatoires **très variable d'un département à l'autre** (dépenses les plus élevées dans l'Hérault et les plus faibles dans le Lot).

G. LE DIAGNOSTIC EN SYNTHÈSE



LES POINTS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC :

- Le **territoire de la région est vaste avec une faible densité de population**, en lien avec le relief montagneux qui occupe 45% de sa superficie.
- Il s'agit de la région de France dont la croissance démographique est la plus dynamique. Cette croissance s'inscrit dans le long terme, du fait essentiellement de l'attractivité de la région.
- **L'Occitanie fait partie des 4 régions françaises les plus âgées**. Sa population est vieillissante et une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes est à prévoir.
- Une personne sur six est en situation de pauvreté **dans la région : 4 des 10 départements les plus pauvres de France se situent en Occitanie**.
- Les indicateurs d'état de santé sont favorables **en moyenne, mais** recouvrent des disparités territoriales fortes.
- Si la région dispose d'une offre de soins supérieure aux moyennes nationales, **cette dernière est inégalement répartie sur le territoire pouvant entraîner d'importants écarts en termes d'accessibilité géographique aux soins et à l'offre médico-sociale**.

Le diagnostic démontre que la question des disparités et des inégalités apparaît comme une problématique majeure pour l'Occitanie dont les besoins et ressources recouvrent des réalités différentes, en fonction du territoire dans lequel on se trouve.

Les précédents PRS des ex-régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ont fait l'objet de bilans thématiques qui ont permis d'identifier des avancées remarquables dans un certain nombre de domaines (cf. annexe 1 et bilans préalables à l'élaboration du PRS). Toutefois, les actions conduites dans ce cadre n'ont pas eu pour effet d'enclencher significativement une réduction des inégalités de santé.

En effet, ces actions ont été souvent conduites de manière uniforme sur l'ensemble du territoire, alors même que l'hétérogénéité des besoins et problématiques représente l'une des spécificités marquantes de la région.

Toutefois, les enseignements tirés de ces actions et certaines études portant sur la défavorisation ont permis une meilleure compréhension des phénomènes et des effets des politiques conduites sur les inégalités de santé.

Ces constats invitent à adapter les modalités de déploiement du nouvel exercice de programmation pour une réponse tenant encore mieux compte des besoins spécifiques des populations en mettant l'accent sur les besoins des moins favorisées.

Le diagnostic régional complet, ainsi que les bilans préalables et les perspectives associées, sont disponibles sur le site dédié au PRS, dans les publications :

<https://prs.occitanie-sante.fr/publications/>

NOTRE AMBITION : MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

- A. La protection de la personne en situation
de vulnérabilité comme préoccupation
éthique 16
- B. Prendre en compte la question
des inégalités sociales
et territoriales de santé
dans chacune de nos actions 17
- C. Une approche renouvelée
du rôle des soins primaires
et de la prévention 18

II. NOTRE AMBITION : MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

« Au regard des caractéristiques de la région Occitanie, l'ambition portée par l'ARS est de MOBILISER les acteurs de santé et ses partenaires pour davantage prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables et d'AGIR PLUS EFFICACEMENT, pour réduire les inégalités de santé ou a minima, ne pas les aggraver »

A. LA PROTECTION DE LA PERSONNE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ COMME PRÉOCCUPATION ÉTHIQUE

L'analyse des caractéristiques de la région Occitanie et des besoins des territoires de santé met en évidence qu'**une part importante de la population est en situation de vulnérabilité**.

Cette notion qui inclut toute personne menacée dans son autonomie, dans sa dignité ou dans son intégrité (physique ou psychique) va au-delà de la prise en compte du poids des inégalités sociales et territoriales de santé. De fait, ces personnes sont alors incapables de protéger leurs « ressources » et d'adhérer de manière éclairée et volontaire aux propositions de prise en charge ou d'accompagnement.

L'origine de cette vulnérabilité découle directement des déterminants de santé. Elle peut être liée à l'âge (petite enfance, adolescence, vieillissement), à l'environnement familial, professionnel, socio-économique ou à la survenue de maladies.

Quelle qu'en soit l'origine, la vulnérabilité est d'une part, un facteur aggravant de survenue de maladie ou de handicap et d'autre part, un facteur d'exclusion ou de difficultés d'accès au système de santé.

Cette « double peine » exige une approche spécifique pour améliorer l'efficacité de l'action publique. En effet, toute personne en situation de vulnérabilité (notamment du fait d'un contexte socio-économique précaire) peut se retrouver dans une situation de profonde insécurité où la première de ses préoccupations est d'assurer sa « survie ». Dès lors, la « bonne santé » devient un besoin secondaire et tout message préventif de santé publique apparaît inaudible.

Le préalable à toute action dans ce domaine est donc de sécuriser l'environnement de la personne afin de créer les conditions d'une projection positive vers un avenir meilleur et restaurer ainsi la valeur « santé » comme une véritable ressource de la vie quotidienne.

Les apports de l'éthique de la protection de la personne en situation de vulnérabilité peuvent nous guider dans nos engagements en répondant aux cinq principes suivants :

- le principe de **dignité** : respecter la dignité de la personne afin de restaurer son « estime de soi » (ressource qui assure une solidarité et une résilience face aux imprévus de la vie) ;

- le principe d'**intégrité** : respecter son intégrité physique et psychique afin de l'aider à assurer ses activités de la vie quotidienne ;
- le principe de **justice** : renforcer le sentiment de justice en garantissant une équité d'accès aux soins ;
- le principe de **liberté** : garantir également la liberté de choix et de consentement aux soins ;
- le principe de **non malveillance** : s'assurer de la qualité et sécurité des soins.

B. PRENDRE EN COMPTE LA QUESTION DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ DANS CHACUNE DE NOS ACTIONS

“Les politiques publiques en faveur de la santé en population générale ont parfois pour effet de profiter d'abord aux plus favorisés. Les groupes sociaux les mieux dotés en capital culturel et financier sont en effet les premiers à tirer profit des messages incitant à la prévention, ce qui a pour effet de creuser les inégalités sociales et territoriales de santé”.

[Inpes - Santé Publique France – « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, intérêts d'une approche locale et transversale »]

“La plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, [...] une aggravation des écarts”.

[Didier Fassin, 2000]

Il existe un lien fort entre les caractéristiques sociales des personnes et leurs comportements de santé, leur niveau de recours aux soins. Le taux de recours à la prévention décroît fortement avec le niveau de défavorisation. Le gradient social de santé qui mesure la corrélation entre l'état de santé des personnes et leur position dans la hiérarchie sociale, est particulièrement marqué pour certaines pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer du poumon).

Or, la plupart des politiques de santé publique sont conçues de manière identique pour tous. L'exemple des politiques de lutte contre le tabagisme illustre ce propos : malgré des nombreuses mesures mises en place récemment (hausse du prix du tabac, mise en place du paquet neutre), le pourcentage de fumeurs quotidiens a continué d'augmenter chez les Français à faibles revenus, passant de 32,5% à 37,5% entre 2010 et 2016, alors qu'il a parallèlement diminué chez les Français à haut niveau de revenus.⁴

Par ailleurs, l'introduction d'innovations, comme les dispositifs de e-santé ou l'accès à des protocoles de recherche par exemple, peut également contribuer à creuser les inégalités, dans la mesure où ces innovations vont être appréhendées, en premier lieu, par les personnes au capital socio-culturel élevé.

Enfin, les inégalités de santé peuvent être liées au lieu de vie des personnes (impact environnemental sur la santé, accès aux professionnels de santé, ...).

Ce constat appelle à réinterroger nos pratiques :

- analyser à quels publics les interventions ou services doivent bénéficier en priorité, en fonction de ce qu'indiquent les données de santé ;
- faire bénéficier ces populations, de ces prestations, au plus près de leur milieu de vie ;
- mieux impliquer ces personnes, ceux qui les accompagnent, ceux qui leur parlent, grâce à des messages adaptés.

Il s'agit de mettre en œuvre l'universalisme proportionné qui consiste à développer des stratégies d'intervention différenciées pour des actions qui profitent à tous, en les modulant en fonction des besoins spécifiques de chaque catégorie de population.

⁴ Baromètre Santé 2016, Santé Publique France

C. UNE APPROCHE RENOUVELÉE DU RÔLE DES SOINS PRIMAIRES ET DE LA PRÉVENTION

Cette approche renouvelée de l'action publique plus analytique est rendue possible par les progrès réalisés dans l'analyse des données de santé et plus particulièrement par l'identification des indicateurs de défavorisation. Ces indicateurs permettent de mieux cibler les lieux d'intervention et la concentration des futures actions.

Ces apports profiteront en premier lieu aux actions de prévention qui apparaissent comme un des leviers prioritaires pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les professionnels des soins primaires, parce qu'ils sont au plus près des préoccupations des personnes en difficultés sociales dans leur milieu de vie, ont un rôle majeur pour limiter le poids du gradient social. Ils devront être soutenus, grâce à l'émergence de dispositifs de coordination, d'aide à l'orientation et à l'information, d'appui à la gestion de cas complexes.

Le service sanitaire, inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé, permet non seulement d'adapter la formation initiale des professionnels de santé aux évolutions du système de santé et des métiers, mais aussi de disposer d'une nouvelle « force de frappe » pour porter et accompagner des messages de prévention et de promotion de la santé auprès de tous les publics.

En région Occitanie, dès la rentrée 2018, cela concernera 3 400 étudiants qui pendant des missions de 3 mois (en milieu scolaire, en EHPAD, ...) pourront promouvoir des comportements favorables à la santé sur des thèmes prioritaires tels que les conduites addictives, l'activité physique et la nutrition, la vie affective et sexuelle...

5 ENGAGEMENTS : POUR AGIR

A. Développer la prévention, le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces	20
B. Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé.....	22
C. Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée.....	24
D. Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées.....	26
E. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements	28

III. 5 ENGAGEMENTS POUR AGIR

L'ARS se mobilise autour de 5 engagements, afin d'exprimer de façon concrète comment la politique de santé régionale va répondre aux besoins des populations et permettre une lutte efficace et coordonnée contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

S'appuyant sur les éléments de diagnostic précédemment décrits, ces engagements définissent ainsi les changements souhaitables dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé pour améliorer le service rendu aux habitants de la région Occitanie.

La prévention et la promotion de la santé sont de leviers puissants pour améliorer les réponses aux défis actuels et favoriser les comportements favorables à la santé, dans tous les milieux et tout au long de la vie, ainsi que le rappelle la nouvelle stratégie nationale de santé. Aussi, pour chaque domaine d'intervention, seront déclinées des actions de prévention et d'éducation au profit de l'utilisateur.

A. DÉVELOPPER LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE, LE REPÉRAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCES

Pour que les chances de réduire les inégalités sociales de santé soient augmentées, le levier de la prévention devra être particulièrement ciblé sur les populations vulnérables, par le développement de méthodes et de messages adaptés.

L'efficacité des interventions de prévention et de promotion de la santé constituera un critère prépondérant pour guider nos actions, en s'appuyant sur les données probantes disponibles. Les médecins traitants et les professionnels paramédicaux verront leur place accrue et seront ainsi plus mobilisés, à la condition qu'ils disposent bien des outils adaptés (systèmes d'information partagés...), du niveau d'information nécessaire et des formations appropriées.

"Chaque personne doit pouvoir bénéficier d'un diagnostic plus rapide et d'une prise en charge d'emblée efficace pour prévenir et atténuer les effets de la maladie".

Au-delà de l'adaptation des actions de prévention et de promotion de la santé, pour nombre de pathologies, l'efficacité de la prise en charge repose sur un diagnostic précoce. Ainsi, les notions de repérage et de dépistage sont indispensables :

Le repérage désigne une **identification de difficultés ou de troubles par l'entourage de la personne, professionnels de santé, ou non**, qui vont ensuite orienter vers un diagnostic. Cet engagement de précocité repose donc sur la sensibilisation et la formation de l'entourage des personnes (aidants, professionnels de l'éducation et de la petite enfance, professionnels intervenant à domicile... voire l'utilisateur lui-même).

Le dépistage consiste à « **identifier**, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue »⁵. Il peut être systématique ou ciblé, et constitue une étape avant le diagnostic. En effet, le dépistage permet de « sélectionner dans la population générale les personnes porteuses d'une affection définie et de différencier avec une certaine marge d'erreur, les sujets probablement sains des sujets probablement malades »⁶. Les personnes devront ensuite bénéficier d'autres tests médicaux afin d'établir, ou de récuser le diagnostic.

Dans la mesure où une prise en charge tardive peut entraîner des sur-handicaps ou une situation de dépendance, c'est-à-dire une accentuation des troubles non réversibles et donc une perte de chance, la mise en place de dispositifs de repérage et de dépistage adaptés **permet d'éviter l'aggravation des inégalités de santé**.



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

L'ARS va développer ou mettre en place, notamment chez les jeunes et les personnes vieillissantes, des dispositifs de prévention, de repérage et de dépistage adaptés, concernant, à titre d'exemple :

- les situations d'errance diagnostique des personnes atteintes d'une maladie rare d'origine génétique dont la durée moyenne est actuellement de 4 ans et qui touche plus lourdement les enfants et les femmes. La structuration d'un réseau de médecins référents dans les territoires et une meilleure orientation vers les 3 plateformes de génomique régionales permettront de réduire ces délais.
- les troubles visuels et auditifs avec un effort sur le dépistage :
 - de l'amblyopie chez les jeunes enfants et plus particulièrement de la rétinopathie (l'une des causes de l'amblyopie) chez les prématurés. La découverte précoce, par des tests simples, de cette cécité monoculaire par non-apprentissage visuel, permet d'en limiter les conséquences grâce à un traitement adapté réalisé le plus tôt possible durant la période sensible ;
- les troubles du développement de l'enfant, dès la grossesse. Un repérage des vulnérabilités parentales sera mis en place avec un référent dans chaque maternité et un suivi plus précoce des enfants à risque ;
- le repérage de la personne âgée en risque de fragilité à domicile pour retarder l'entrée dans la dépendance ;
- les conduites addictives, notamment la réduction de la consommation des jeunes fumeurs en difficultés sociales, par le déploiement d'actions basées sur des données probantes, dans les zones les plus défavorisées de la région.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs de prévalence

- Prévalence du tabagisme quotidien chez l'adulte.
- Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez l'adulte.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Wilson et Jungner, 1970

⁶ Guide Méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage, ANAES/HAS, mai 2004

B. ACCOMPAGNER LA PERSONNE POUR LUI PERMETTRE D'ÊTRE ACTRICE DE SA SANTÉ

“Chaque personne doit, dès son plus jeune âge, pouvoir davantage agir sur sa santé, prendre part à son traitement et devenir un partenaire éclairé des professionnels de santé”.

Le concept “d’empowerment”, que l’on peut traduire par le renforcement de la capacité de la personne à être actrice de sa santé, s’est affirmé comme une clé de transformation majeure du système de santé, dans un contexte de développement des moyens d’information et de l’affirmation progressive du droit des usagers et de la citoyenneté des personnes handicapées dans le cadre législatif (loi du 2 janvier 2002, loi du 11 février 2005...).

Cette notion recouvre plusieurs dimensions :

- **une dimension individuelle** d’une part, en permettant à l’usager et à son entourage d’avoir accès à une **information de qualité**, puis d’être un **véritable acteur** tout au long de la prise en charge.

Il s’agit, tout d’abord, par une action éducative efficace dès le plus jeune âge, d’amener les personnes à adopter des comportements plus favorables à leur santé et à utiliser à bon escient le système de santé. L’approche en promotion de la santé nécessaire est également favorisée par les politiques portées par les collectivités territoriales (Contrats Locaux de Santé...).

Par ailleurs, la prise en compte par les soignants de l’expérience du vécu de la maladie, le développement de l’éducation thérapeutique, sont autant d’actions qui contribuent au renforcement de l’autonomie du patient, lui donnant un plus grand contrôle sur sa santé et permettant in fine d’améliorer son état de santé ;

- **une dimension collective** d’autre part, puisque **renforcer la place de l’usager** dans le modèle de **démocratie sanitaire** permet de concevoir le système de santé comme une organisation apprenante, et favoriser le changement et l’adaptation aux besoins.

Pour l’usager, renforcer sa capacité à participer aux décisions concernant sa santé et mettre celle-ci en œuvre est un levier important pour préserver son autonomie, favoriser son implication active dans la préservation de son état de santé, améliorer la qualité de sa relation avec les professionnels de santé.

Dans un contexte national et régional marqué par des fortes inégalités de santé, le renforcement du pouvoir d’agir des usagers et notamment des plus vulnérables, est donc un engagement primordial.



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Pour répondre à cet engagement, l'ARS va développer des projets à trois niveaux :

- Le renforcement des compétences des patients et la meilleure prise en compte de leur santé avec, à titre d'exemple :
 - l'accompagnement du suivi des adolescents diabétiques de leur traitement, le respect des règles d'hygiène de vie et la compliance au traitement étant faibles, au cours de cette période de la vie ;
 - l'implication des patients atteints d'insuffisance rénale non dialysés par un programme d'éducation thérapeutique adapté, pour retarder l'entrée en suppléance ;
 - La prévention du risque d'exposition environnementale au radon, par des comportements individuels permettant d'en limiter les effets sur l'organisme dans les lieux d'habitation.
- L'appui aux aidants familiaux avec, notamment :
 - l'extension de dispositifs de soutien à la parentalité des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques ;
 - la création de structures de répit dans le champ du handicap.
- Le développement de la participation des usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes pédagogiques tant en direction des patients que des soignants et à l'amélioration des organisations des soins par la mobilisation de patients partenaires.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs usagers

- Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6^{ème} anniversaire.
- Proportion de la population satisfaite de la qualité des soins selon le type de professionnel.

C. AMÉLIORER L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR UNE ACCESSIBILITÉ RENFORCÉE

“Les prestations de santé doivent demeurer accessibles à chaque habitant de l'Occitanie, quel que soit son lieu de résidence”.

La région Occitanie se caractérise par une démographie extrêmement dynamique associée à une offre de soins inégalement répartie sur le territoire, elle-même complexifiée par les questions de démographie médicale. L'engagement d'accessibilité est donc primordial, notamment sur les points suivants :

- **l'accès aux soins de premier recours, via l'appui aux stages des internes et à l'installation** et à l'activité des médecins libéraux dans les zones fragilisées ;
- **l'accessibilité renforcée à l'offre sanitaire** via les différentes transformations qui l'animent, notamment l'engagement vers un rééquilibrage de l'offre sur les territoires et de l'accès aux spécialités par le développement des temps de praticiens partagés et des consultations avancées, notamment dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire ;
- **le Service de Santé des Armées (SSA), acteur de santé publique** dans les territoires :
La loi de modernisation de notre système de santé a renforcé la place du SSA en tant qu'acteur du service public de santé.
Le protocole santé-défense du 6 avril 2017 et l'ordonnance 2018-20 du 17 janvier 2018 renforcent les relations entre les ARS et le SSA, qui seront contractualisées pour permettre au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.
Les composantes du SSA présentes en région Occitanie (centres médicaux des armées) sont engagées dans cette nouvelle coopération, qui porte à la fois sur l'offre de soins, l'enseignement, la recherche et l'innovation, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve ;
- **une transformation en profondeur de l'offre médico-sociale** vers une personnalisation accrue : développement de **prises en charge alternatives** ou séquentielles pour les personnes âgées et les personnes handicapées, passage d'une logique capacitaire de places à une **logique de prestations de services coordonnées**.

Une réponse adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble de la région doit garantir une équité d'accès au système de santé.

Le sujet majeur que constitue la **démographie médicale** et les leviers permettant d'agir, appelle une stratégie d'anticipation et d'adaptation, pour réussir à transformer l'offre de santé et à maintenir des réponses dans tous les territoires. Cette stratégie doit assurer la cohérence des initiatives régionales par rapport à la politique nationale dans ce domaine. L'ARS avec ses partenaires, en particulier le Conseil Régional, dispose de données mobilisables. La création en lien avec l'Assurance Maladie de guichets uniques d'information et d'orientation pour l'installation et l'exercice des professionnels de santé, fait partie également de la gamme des réponses.

Une gestion proactive des risques de « désertification » ou de difficultés de recours, passe par des actions de recrutement et d'installation de ressources médicales et paramédicales adaptées aux besoins des territoires, ainsi que par des solutions pour maintenir ou développer l'attractivité des missions, qu'il s'agisse de formations, d'outils - notamment numériques - ou de toute forme d'organisation sécurisante.

La présence des professionnels dans les territoires et l'accompagnement de ces professionnels dans leur quotidien seront abordées respectivement au sein des deux thèmes transversaux du SRS : « Présence médicale et soignante, appui aux soins primaires dans les territoires » et « Formation et accompagnement des professionnels dans leur exercice ».



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Pour satisfaire cet engagement, l'ARS va promouvoir des projets visant à améliorer ou maintenir :

- l'accessibilité aux services, en complément des plans nationaux :
 - dans les territoires fragilisés ruraux et souvent montagneux avec, par exemple, l'incitation à la réalisation par les internes, de leurs stages semestriels en zone rurale ;
 - dans les quartiers prioritaires de la ville avec l'appui à l'installation de maisons de santé pluri professionnelles dans les zones de défavorisation ;
- l'accessibilité aux transports pour les situations d'urgence vitale avec le projet de schéma collaboratif des vecteurs aériens de secours d'urgence visant à mieux coordonner les moyens hélicoptérés pour les victimes dont l'état et/ou la situation géographique requièrent une intervention médicale dans des délais brefs ;
- l'accessibilité à des prestations de soins avec, à titre d'exemple, le développement des consultations somatiques dédiées aux personnes porteuses d'un handicap.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs d'accessibilité

- Pourcentage de la population résidant dans une zone dans laquelle l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes est inférieure à un certain seuil.

D. RENFORCER LA COORDINATION DES ACTEURS POUR DES PRISES EN CHARGE ADAPTÉES

Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication et les nouvelles formes d'organisation développées dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses de santé sont de nature à apporter des réponses aux difficultés d'un système de santé cloisonné et d'une démographie médicale défavorable. L'engagement de ce PRS repose donc sur la possibilité de proposer des réponses personnalisées grâce à une meilleure coordination des acteurs, s'appuyant sur plusieurs avancées :

“De meilleurs échanges entre Professionnels de santé doivent permettre une prise en charge de chaque personne plus personnalisée et adaptée dans la durée”.

- des **innovations organisationnelles**, permettant de renforcer la coordination entre professionnels et d'accompagner l'évolution des pratiques et des métiers ;
- de nouvelles formes d'organisation du système de soins se déploient :
 - développement de formes organisées de prises en charge ambulatoire, via **les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**, virage ambulatoire avec le développement de **l'Hospitalisation à Domicile** et des thérapies à domicile,
 - meilleure articulation des réponses sanitaires et médico-sociales avec les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) dans le champ du handicap.

Ainsi, au-delà de la coordination, **la démarche d'intégration** vise à permettre d'améliorer l'efficacité et la qualité des parcours, en jouant sur la subsidiarité, en évitant les redondances et en réduisant les dysfonctionnements et les ruptures. S'appuyant sur l'exemple réussi des MAIA, les guichets intégrés se développent. Ils permettent un processus commun d'analyse multidimensionnelle des situations et d'orientation vers les réponses les plus adaptées, en prenant en compte l'intégralité des ressources d'un territoire, pour offrir des réponses harmonisées, complètes et centrées sur le besoin des personnes ;

- des **innovations techniques, notamment par le développement des usages du numérique en santé**. La télémédecine se développe selon deux axes d'importance :
 - entre structures sanitaires et médico-sociales, afin d'améliorer la coordination de prise en charge des patients et de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés sur l'ensemble de nos territoires,
 - couplée aux objets connectés, afin de favoriser l'autonomie, la sécurité et la qualité de vie des patients, dans le cadre du suivi des maladies chroniques, au domicile et en lien avec les professionnels de premier recours.

Ces innovations sont un levier permettant de réduire directement les inégalités territoriales de santé en proposant notamment de pallier les difficultés liées au déplacement ou au manque de praticiens de santé sur certaines parties du territoire.

Elles doivent également permettre de soutenir le renforcement des échanges entre les professionnels de la ville et du secteur hospitalier, notamment dans l'anticipation des sorties d'hospitalisation et du développement des traitements à domicile.



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Cet engagement se traduira concrètement, outre le déploiement des projets de télémédecine, par :

- le développement de l'échange d'informations à travers, notamment, la lettre de liaison, en sortie d'hospitalisation ;
- la promotion de modalités d'exercice permettant une meilleure synergie des compétences au service du patient :
 - les microstructures de prise en charge des addictions permettront un travail collaboratif entre le médecin libéral, le travailleur social et le psychologue des centres de soins, dans un objectif d'accompagnement et de prévention en addictologie pour une prise en charge plus efficace des patients atteints de troubles addictifs ;
 - les lieux d'exercice associant les équipes des Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) et les Centres Médico Psychologiques (CMP) seront développés dans les territoires, pour une meilleure synergie de prise en charge associant la médecine de ville et les professionnels de la psychiatrie ;
 - les pôles de compétences et de prestations externes vont se développer pour permettre aux personnes en situation de handicap, de bénéficier, sur leur lieu de vie, de prestations coordonnées réalisées par des professionnels salariés du pôle ou par des professionnels libéraux ;
 - les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) en oncohématologie seront davantage structurées à l'échelle de la grande région, pour permettre à chaque patient de pouvoir en bénéficier, quel que soit son lieu d'habitation.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs quantitatifs

Par territoires de santé :

- Nombre de consultations ambulatoires réalisées en télémédecine et télé expertise.
- Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires.

E. PROMOUVOIR ET GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS

En France, on compte à l'hôpital en moyenne 6,2 événements indésirables graves (EIG) liés aux soins pour 1 000 journées d'hospitalisation, soit 1 événement indésirable pour 10 entrées à l'hôpital. Un tiers de ces événements est évitable.

“La qualité, la sécurité et la pertinence doivent demeurer une exigence et bénéficier à tous”.

En soins primaires, les chiffres sont également éloquentes : on compte ainsi 26 Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) pour 1 000 actes, soit en moyenne un EIAS tous les 2 jours par médecin généraliste. Parmi ces EIAS, 2% sont des EIG.

Plus de 6 500 réclamations d'usagers ont été traitées par les Commissions des Usagers des établissements sanitaires d'Occitanie en 2015 soit en moyenne 25 par établissement. Environ 500 réclamations d'usagers sont adressées à l'ARS annuellement pour le champ sanitaire (établissements de santé et soins primaires) et 500 pour le champ médicosocial, dont les trois quarts concernent les structures pour personnes âgées.

L'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge doit donc être une priorité de santé publique.

La promotion d'une culture de la qualité doit infuser l'ensemble des pratiques. Elle recouvre plusieurs dimensions :

- une **vision non stigmatisante** avec la promotion du signalement, la gestion positive de l'erreur ;
- une approche de la sécurisation des pratiques par la **réduction des risques**. En effet, l'évolution des modalités de prises en charge, avec le virage ambulatoire et le déploiement d'alternatives à l'hospitalisation, la transformation des techniques, par le biais des innovations technologiques notamment (e-santé), sont autant de transformations qui demandent une adaptation des conditions de sécurité. Par ailleurs, un tiers des événements indésirables seraient évitables, principalement dus à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, ce qui invite à déployer les techniques d'analyse de risques pour maîtriser ces situations ;
- un objectif **d'harmonisation des pratiques** sur l'ensemble du territoire, répondant à l'enjeu d'équité ;
- un accompagnement de la démarche **d'amélioration continue** des structures, objectivée dans les procédures de certification, d'évaluation externe, ainsi que la mise en place de labels qualité, la mise à disposition d'équipes d'appui et la diffusion de la culture de l'évaluation chez les professionnels de santé ;
- un enjeu de **pertinence des prises en charge**, avec l'optimisation des parcours, la rationalisation dans l'organisation des filières, la sensibilisation des professionnels et des patients à ces notions. Ces différents éléments contribuant, in fine à renforcer l'efficacité du système de santé régional.



EXEMPLES DE PROJETS CONCRETS

Afin de poursuivre cette dynamique visant à impulser une culture de la qualité et de la sécurité auprès de chaque acteur de santé de la région, l'ARS s'engage à renforcer la promotion de la culture de la qualité et de la sécurité, à travers, notamment :

- le développement de bonnes pratiques en identitovigilance ;
- l'accompagnement à l'implication dans la gestion des risques des structures d'exercice coordonné de soins primaires ;
- la lutte contre la polymédication de la personne âgée et la iatrogénie à l'hôpital ;

Les professionnels et structures seront accompagnés sur ces sujets par une Structure Régionale d'Appui fortement engagée dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.



DES INDICATEURS POUR MESURER L'EFFICACITÉ DE NOTRE ACTION

Indicateurs de qualité

Par territoires de santé :

- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables.
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.
- Taux de chirurgie ambulatoire.
- Prévalence de la polymédication (3 délivrances comportant au moins 10 molécules sur une année) chez les personnes de plus de 75 ans.

5 CLÉS : POUR RÉUSSIR

A. Le déploiement du PRS dans tous les territoires	32
B. Les synergies partenariales	33
C. L'innovation en santé	35
D. Prendre soin de ceux qui soignent et qui accompagnent au quotidien	37
E. Le pilotage et l'évaluation	38

IV. 5 CLÉS POUR RÉUSSIR

La mise en œuvre des cinq engagements, identifiés comme les objectifs prioritaires de ce PRS, s'appuiera sur des modalités précises de déploiement, permettant l'adéquation des résultats avec les objectifs initiaux. En effet, pour réussir, il faudra tirer les enseignements des précédents PRS et s'appuyer sur de nouveaux modes d'action. Si le présent PRS s'inscrit dans un continuum avec le projet précédent en termes d'engagements, de nouveaux modes d'actions se dessinent :

- dans un contexte de création des Agences Régionales de Santé, les premiers PRS ont été conçus comme des documents recensant de manière exhaustive les ambitions et les moyens de la politique régionale de santé. Ils comportaient des objectifs insuffisamment précis et des indicateurs d'évaluation très nombreux et peu renseignés. Il appartient donc au projet actuel de mieux répondre à une volonté affirmée d'opérationnalité, en proposant des objectifs resserrés et la mise en place de **critères précis d'évaluation**, afin de faciliter l'appréciation de l'atteinte des objectifs fixés ;
- **l'innovation**, tant technique qu'organisationnelle, est un levier de taille face aux enjeux du PRS, il s'agit ainsi pour l'agence de soutenir le développement de l'innovation par le biais d'actions concrètes ;
- afin de mettre en place ces différentes évolutions, **l'accompagnement au changement et au développement de compétences professionnelles** ciblées est une clé de transformation primordiale ;
- l'impact des déterminants de santé, déjà visé dans les précédents PRS mais qui est ici positionné comme un fil rouge de l'intervention, incite à une **coordination renforcée** avec les autres institutions, afin de mieux cibler et adapter nos actions ;
- le remplacement des Conférences de Territoires par les Conseils Territoriaux de Santé, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, **invite à une territorialisation renforcée** de l'action des ARS, rendue encore plus nécessaire dans le cadre de la nouvelle région.

A. LE DÉPLOIEMENT DU PRS DANS LES TOUS LES TERRITOIRES

“Porter les projets du PRS dans tous les territoires en prenant en compte leurs spécificités et en mobilisant au mieux leurs ressources”.

Pour mieux répondre aux attentes des citoyens, dans le nouveau contexte de la grande région, le PRS identifie des objectifs régionaux qui seront déclinés au niveau des territoires. En effet, l'Occitanie est la deuxième région la plus étendue de France, et son territoire est traversé d'inégalités importantes. La région présente des indicateurs de santé globalement favorables, mais les écarts observés en termes d'accès aux soins sont importants et si rien n'est fait, ils ne feront qu'augmenter dans les années à venir.

Le défi posé par la réforme territoriale et l'agrandissement de la région appelle à la vigilance, pour garantir l'accès aux différentes réponses offertes aux usagers, en conciliant la proximité et la nécessaire gradation des dispositifs et des services.

L'organisation propre de l'ARS est territorialisée, par le biais du réseau de 13 délégations départementales qui contribuent à la conception et à l'application de la politique de santé régionale. Les délégations départementales de l'ARS sont ainsi mobilisées sur l'élaboration des Contrats Locaux de Santé (CLS), outil primordial dans les politiques de territorialisation, et portées conjointement avec des collectivités territoriales.

Cet outil vise à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, prioritairement dans des zones rurales isolées et dans les quartiers urbains en difficulté.

Au-delà des CLS, l'ARS accompagne également les acteurs du territoire par la mise en œuvre d'autres outils ou dispositifs visant à définir une politique de santé sur les territoires : mise en œuvre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), approbation des conventions constitutives et des projets médicaux partagés des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), mise en place des contrats de ville, des contrats de ruralité ou des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM), développement des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).

Par ailleurs, 13 territoires de démocratie sanitaire ont été définis à partir de l'échelle départementale et sont animés respectivement par un Conseil Territorial de Santé (CTS). Chacun de ces 13 CTS contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre ainsi qu'à l'évaluation du PRS, en particulier concernant l'organisation des parcours de santé. Concrètement, ces 13 CTS seront mobilisés sur la déclinaison des feuilles de routes au niveau local, garantissant l'adaptation de la stratégie de santé régionale aux particularités des contextes territoriaux, en s'appuyant sur des leviers tels que les Contrats Locaux de Santé (CLS).

Les projets portés par le PRS qui ont vocation à être déployés localement seront priorisés et développés dans chaque territoire de santé, en fonction de ses caractéristiques ainsi que des acteurs mobilisables et des ressources mis en exergue par le diagnostic territorial. Ils seront alors implémentés dans le cadre d'une programmation pluriannuelle.

B. LES SYNERGIES PARTENARIALES

“Susciter des partenariats opérationnels plus efficaces, inscrits dans la durée, pour une véritable synergie “d’action santé” au profit de la population”.

L’état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d’ordre socio-économique, en interdépendance avec l’environnement physique et le comportement individuel. « Ces facteurs, que l’on appelle « déterminants de santé » n’agissent pas seuls, c’est leur combinaison qui est susceptible d’influer sur l’état de santé des personnes »⁷. Afin de maximiser l’impact de la politique de l’ARS, la coordination de sa politique avec les actions des différentes institutions est une clé de réussite indispensable pour agir sur les déterminants de santé, et pour décliner le PRS dans les territoires en répondant bien aux préoccupations locales.

L’ARS veillera avec les préfectures concernées à une bonne coordination au niveau des départements, garantissant ainsi la cohérence des actions de l’État, notamment dans les champs de compétences partagée (gestion de crises, coordination des secours, publics migrants...).

Indispensable, la déclinaison départementale du PRS doit s’accompagner pour être efficace d’un travail de coordination opérationnelle, tel que proposé en programmation pour le Programme Régional d’Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS).

Concernant la programmation dans le champ médico-social, le PRS de deuxième génération n’intègre plus le PRIAC. Toutefois, le PRIAC perdure et aura vocation à être actualisé annuellement.

La transformation de l’offre médico-sociale interviendra dans un partenariat étroit et une démarche concertée avec les Conseils Départementaux, dans le champ de compétences partagées.

Elle s’appuiera sur les appels à projets mais aussi sur les CPOM qui se généraliseront à l’ensemble de structures, durant la période d’application du Schéma Régional de Santé.

L’ARS poursuivra activement les dynamiques partenariales engagées avec les collectivités territoriales, par une animation s’appuyant sur les outils existants dont les CLS, mais également sur la plus-value attendue des Schémas Départementaux d’Amélioration de l’Accessibilité des Services au Public (SDAASP).

Sur la thématique de l’environnement, dont l’impact sur la santé est scientifiquement prouvé, l’ARS décline le Plan Régional Santé Environnement en partenariat avec la DREAL, qui permet de coordonner les différentes institutions en présence (Conseils Départementaux, Éducation Nationale...) afin de proposer des actions sous l’angle de la sécurité sanitaire (agir sur les déterminants environnementaux) et de la promotion de santé (agir sur les déterminants comportementaux).

Concernant la population des enfants et des jeunes, les liens forts développés avec l’Éducation Nationale (à la fois l’institution sous forme de conventions, mais également la collaboration avec les professionnels qui y travaillent) ont permis de mieux cibler certaines tranches d’âge ou certains milieux de vie, pour proposer une approche plus opérante en terme de parcours.

Des programmes inter-établissements scolaires (allant de la maternelle au lycée sur des mêmes zones géographiques) ont ainsi pu être développés.

⁷ Santé Publique France

Des programmes thématiques menés par des opérateurs externes aux établissements ont également été mis en place (prises de risques, addictions, mal être, nutrition, éducation à la vie affective et sexuelle...). Par ailleurs, le recueil et l'exploitation des bilans infirmiers de santé à 5-6 ans et 10-11 ans ont permis de repérer les besoins et de suivre l'évolution des certains problèmes de santé (obésité, vaccinations, troubles sensoriels...).

Compte tenu des effets positifs visibles de cette coordination, le partenariat avec les deux rectorats (Toulouse, Montpellier) doit perdurer et être particulièrement promu. La mise en œuvre accompagnée du service sanitaire, en copilotage ARS/rectorats, s'appuie pour son organisation sur le comité régional stratégique installé en 2018.

Sur la thématique de la prévention à destination des personnes âgées de 60 ans et plus, l'ARS assure la vice-présidence, dans chaque département, de la Conférence des Financeurs, aux côtés des Conseils Départementaux et des Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Cet effort de coordination avec les différentes institutions constitue un vrai engagement de l'ARS visant à agir sur les déterminants de santé.

Par ailleurs, différentes instances ont été créées afin d'impulser une dynamique de coordination avec les autres partenaires : instance de coordination avec l'Assurance Maladie, commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) sur le secteur médico-social et la prévention...

Dans le secteur médico-social, la coordination et la coopération institutionnelle s'organisent notamment dans le cadre de la CCPP médico-sociale en associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Elle contribue à l'élaboration du projet régional, à l'analyse de l'offre et des besoins et examine les schémas départementaux d'organisation médico-sociale.

Les partenariats seront approfondis également avec l'administration judiciaire pour les personnes sous-main de justice et avec les services régionaux et départementaux de la cohésion sociale, au profit des plus démunis. Les enjeux de formation, d'innovation et de développement numérique seront à appréhender, en collaboration étroite avec le Conseil Régional.

C. L'INNOVATION EN SANTÉ

Les innovations en santé recouvrent les innovations diagnostiques et thérapeutiques, technologiques et organisationnelles. Elles sont vectrices de la transformation de notre système de santé, en fonction de leurs capacités à répondre à la demande sociale mais aussi, dans la limite de leur soutenabilité financière.

Il en est ainsi, par exemple, pour les technologies de santé à vocation diagnostique, thérapeutique ou de dépistage se situant en phase de première diffusion, de mise sur le marché ou de commercialisation et dont l'efficacité et la sécurité ont été validées en recherche clinique.

La mise en place d'actions innovantes, afin de résoudre les principales problématiques de santé régionales, fait partie des engagements pris dans le cadre de ce PRS. En effet, les différentes innovations technologiques et organisationnelles constituent de nouvelles réponses à des enjeux repérés.

L'action publique vise à créer un cadre favorable à ces initiatives innovantes.

Parmi les **innovations techniques** dans le domaine des nouvelles thérapies et technologies, on peut citer :

- **le développement de la santé numérique**, qui permet à la fois de rendre le patient acteur de sa santé (suivi de maladies chroniques, actions de prévention, d'éducation thérapeutique... le tout « connecté ou en ligne ») et d'impulser une évolution progressive de l'organisation des offres sanitaires et médico-sociales, afin de mieux coordonner les parcours de santé prioritaires en région. Les actions dans ce domaine peuvent profiter de la présence en région de 5 living labs centrés sur les thématiques de la santé et autonomie, permettant d'accélérer la diffusion de ces innovations numériques (dont Kyomed à Montpellier, l'I2ML à Nîmes et le CHL à Castres.) ;
- **le développement des bio-technologies médicales**, notamment l'amélioration des technologies de traitement de l'information, le développement des bio-technologies de l'imagerie qui facilitent et améliorent le dépistage et le diagnostic, ou la mise en place d'une médecine personnalisée. L'agence régionale de l'innovation en Occitanie développe ainsi des thérapies innovantes ciblées ;
- **la création de dispositifs médicaux et de nouveaux équipements de santé**, avec notamment la recherche autour des bio-matériaux et des dispositifs implantables permettant de suppléer une fonction physiologique. Le cluster d'entreprise BiomedAlliance travaille ainsi au développement de dispositifs médicaux et de technologies médicales.

Dans ce contexte évolutif, en cohérence avec l'ambition du PRS, l'ARS s'attachera à soutenir le développement des pratiques innovantes et à promouvoir les nouveaux modes d'intervention qui ont fait preuve de leur efficacité à trois niveaux :

- **inégalités de santé** : mieux comprendre les phénomènes de défavorisation, mobiliser les outils méthodologiques et les apports des sciences sociales pour agir plus efficacement, en lien avec l'IFERISS (Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé et Société) et la plateforme AAPRIS (Apprendre et Agir pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) ;
- **efficacité des programmes de prévention** : repérer les stratégies d'intervention en prévention qui ont fait preuve de leur efficacité, dans la littérature nationale et internationale pour les implémenter en région, dans le cadre d'un partenariat avec la Plateforme CEPS (Plateforme universitaire collaborative sur l'évaluation des Interventions Non Médicamenteuses) ;
- **pratiques innovantes en santé mentale** : favoriser les prises en charge intégrées et les thérapies innovantes en s'appuyant sur la FERREPSY (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale associant les professionnels des secteurs privé et public, libéraux et représentants institutionnels).

En outre, l'ARS fournira un appui aux professionnels de santé, dans le développement d'expérimentations organisationnelles innovantes alternatives ou complémentaires aux modalités existantes.

D. PRENDRE SOIN DE CEUX QUI SOIGNENT ET QUI ACCOMPAGNENT AU QUOTIDIEN

“Parce que la qualité du service rendu est aussi liée aux conditions d’intervention et d’exercice des professionnels de santé, porter une attention toute particulière sur leur qualité de vie au travail”.

Le Projet Régional de Santé doit prendre en considération l’accompagnement aux changements des professionnels de santé travaillant au sein des établissements sanitaires, médico-sociaux et en secteur ambulatoire, pour répondre aux besoins avérés de ces professionnels et aux attentes renouvelées des usagers.

Ces besoins s’inscrivent dans un contexte de fortes évolutions des pratiques, des métiers, des technologies et des organisations et, plus globalement, de transformation profonde de notre système de santé.

Les métiers de la coordination, les organisations sous forme de plateformes de soins, le développement des interventions en mobilité, à distance, à domicile, les prestations de plus en plus personnalisées, l’intégration des thérapies non médicamenteuses et autres innovations thérapeutiques sont autant de défis à relever pour les professionnels de santé.

Ces évolutions nécessitent d’anticiper et d’accompagner, afin que :

- les professionnels de santé soient reconnus, formés, et que leurs compétences soient actualisées tout au long de leur vie professionnelle ;
- qu’ils puissent évoluer dans un environnement le moins fragilisé possible, et disposer de solutions et d’aides pratiques.

C’est pourquoi, l’Agence Régionale de Santé portera une attention particulière sur l’intégration d’actions de sensibilisation, de formation et d’accompagnement au changement, dans les projets structurants qu’elle accompagnera, ou dans les appels à projets destinés à faire émerger des initiatives positives issues du terrain, en faisant confiance aux acteurs.

En matière de qualité de vie au travail, l’ARS s’attachera à promouvoir les mesures préventives ou correctives en s’appuyant sur les outils existants et les démarches engagées depuis plusieurs années, notamment via les Contrats Locaux d’Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), et également d’apporter un soutien complémentaire ou un regard différent.

À titre d’exemple, la mise en place de « Clusters » à destination des établissements de santé, en partenariat avec la HAS, permettent notamment d’interroger le contenu du travail, en lien avec la sécurité et la qualité des soins.

D’une manière générale, l’ARS soutiendra toute initiative ou expérimentation visant à améliorer la qualité de vie au travail, à prévenir les risques psycho-sociaux par une communication et une pédagogie adaptée, et à préserver le bien être professionnel, gage d’une relation soignant-soigné de qualité.

Elle apportera également, dans les différents projets portés, un appui aux aidants professionnels, familiaux, proches, acteurs indispensables qui accompagnent au quotidien.

E. LE PILOTAGE ET L'ÉVALUATION

“Piloter la mise en œuvre du PRS et évaluer l'efficacité de notre action”.

La démarche d'évaluation du PRS se veut composite et porte une mission d'aide à la décision. Elle devra permettre d'estimer l'efficacité et l'efficience de notre politique de santé régionale dans un objectif de renforcement ou de réorientation des priorités de santé.

Au regard de l'ambition de ce PRS de mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables, son évaluation devra nécessairement rendre compte de l'évolution des inégalités sociales et territoriales de santé et mesurer l'impact des apports d'une prévention mieux ciblée et d'une meilleure intégration des soins primaires.

Le suivi et l'évaluation du PRS fera l'objet d'une démarche largement participative.

Les méthodes devront laisser une large part au regard porté par les usagers sur l'évaluation de la politique menée. Ainsi, l'Agence Régionale de Santé pourra, le cas échéant, confier à des associations d'usagers, la possibilité de porter un regard évaluateur sur le PRS et de vérifier l'alignement des actions menées avec le vécu des usagers. L'évaluation participe également d'une volonté de **transparence à l'égard des usagers** et bénéficiaires : les résultats de l'évaluation ont vocation à être rendus publics afin d'informer les citoyens sur le déroulement du processus.

Le Projet Régional de Santé s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Il définit les objectifs de l'Agence sur cinq ans, ainsi que les mesures visant à les atteindre. De par sa dimension et sa durée, le Projet Régional de Santé nécessite un dispositif de pilotage spécifique permettant de rendre compte de la mise en œuvre des actions prévues.

À ce titre, une **revue du PRS** sera **mise en œuvre annuellement**. Elle associera les représentants des institutions, partenaires, professionnels de santé, représentants des usagers et des territoires, et permettra un **suivi régulier des projets et une réactivité en cas d'évènements imprévus** dans la mise en œuvre du projet.

L'instance de pilotage de l'élaboration du PRS (COPIL PRS) associant les présidents de la CRSA et de ses commissions spécialisées et l'équipe de Direction de l'ARS, perdurera à l'issue de la publication du PRS. Elle sera élargie à d'autres membres désignés par la CRSA en son sein, pour former un comité de suivi et continuer à réaliser le lien avec la CRSA.

Cette instance élargie sera appuyée par un groupe technique d'experts chargé des choix des méthodes, indicateurs et référentiels et de la préparation des éléments de revue annuelle du comité de suivi.

Cette organisation intégrera une représentation des partenaires, des usagers et d'experts (Santé Publique France, ORS..) dans un objectif de transparence, de partage des méthodes et des référentiels scientifiques.

L'évaluation fera l'objet d'un **programme formalisé** dans une logique de priorisation, intégrant un volet d'évaluation qualitative et définissant les dispositifs qui feront l'objet d'une évaluation externalisée.

L'Agence Régionale de Santé prévoit plusieurs niveaux complémentaires en matière de suivi, de pilotage et d'évaluation du PRS :

- rendre compte, en lien avec les indicateurs retenus par la Stratégie Nationale de Santé, de **l'évolution générale** de l'état de santé de la population, de l'accès aux soins ou aux dispositifs de prévention ou encore de l'évolution de comportements à risque tels que le tabagisme chez les jeunes ;
- évaluer l'atteinte des résultats attendus au sein des **priorités** du PRS. Par exemple, un meilleur suivi par les médecins généralistes des patients atteints de pathologies psychiatriques sera mesuré par le nombre de consultations chez ces patients ;
- évaluer les **projets**, leur mise en œuvre opérationnelle, leur couverture territoriale, le nombre de professionnels ou de patients intégrés et bien entendu, les résultats en terme d'impact sur la population ciblée.

Ainsi, afin d'affirmer la vocation évaluable de ce document, l'ensemble des projets structurants et des priorités opérationnelles **sont dotés d'indicateurs précis**. Ces derniers seront consolidés et enrichis dans la phase de cadrage des projets.

Au-delà de l'évaluation de la mise en œuvre et des résultats ciblés des projets, un autre enjeu dans l'évaluation des politiques publiques repose sur la **définition a posteriori de critères de transférabilité** : en permettant d'identifier les facteurs environnementaux, populationnels, organisationnels de réussite d'une action, l'évaluation s'inscrit dans un processus d'aide à la décision publique. Cette vigilance à identifier les critères de transférabilité devra imprégner les modalités de suivi du PRS afin de définir le territoire optimal de déploiement des dispositifs soutenus.

En dernier lieu, la dimension évaluative sera également appuyée par la mise en place de plusieurs **démarches d'observatoires**, qui auront vocation à recueillir des données de santé au fur et à mesure du déploiement des actions dans une logique d'aide à la décision. Ces démarches concernent :

- la réflexion sur la création d'un **observatoire régional de la santé des professionnels**, permettant de mieux intégrer les données existantes concernant la santé et les fragilités professionnelles pour les personnels paramédicaux, médicaux et médico sociaux ;
- **l'analyse de l'état de santé de la population carcérale**, par le déploiement progressif d'une enquête à l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région Occitanie, pour la publication d'un premier diagnostic en 2020 ;
- **la mise en place d'un observatoire de la pertinence**, en lien avec l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins. Cet observatoire visera à assurer le partage d'une vision et d'une analyse commune entre tous les acteurs régionaux des évolutions nécessaires des pratiques, de la prise en charge des patients et des priorités d'actions et des méthodes à retenir pour améliorer l'adhésion des acteurs. Il permettra la définition et le suivi d'un Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins ;
- **la création d'un observatoire des AVC** afin que les professionnels de santé puissent bénéficier des données permettant de connaître les filières de prise en charge et d'évaluer les pratiques professionnelles. Se basant sur un recensement des besoins et attentes, sur les observatoires/registres existants, cette démarche associera l'ensemble des établissements et professionnels de santé de la région Occitanie pour définir le périmètre définitif du modèle régional retenu et des moyens nécessaires à sa mise en œuvre et à sa gestion ;
- **le développement d'un partenariat opérationnel avec l'Observatoire Régional des Urgences (ORU)** d'Occitanie, pour favoriser l'efficacité et la pertinence du recueil des Résumés de Passages aux Urgences (RPU), la création d'indicateurs de suivi des activités d'urgences et un accompagnement opérationnel des structures. Cette démarche vise donc à animer un réseau de correspondants dans chaque établissement assurant la qualité des RPU, identifier des indicateurs de suivi régionaux sur la veille sanitaire et les tensions hospitalières ainsi que l'identification des filières d'urgence.

ANNEXE

Bilan des précédents PRS	42
--------------------------------	----

ANNEXE : BILAN DES PRÉCÉDENTS PRS

Ce présent PRS est le deuxième exercice de planification à cinq ans, mais cette fois avec une vision stratégique prospective à dix ans. Il succède donc aux précédents Projets Régionaux de Santé du Languedoc-Roussillon et de Midi-Pyrénées. Loin d'une construction ex-nihilo, ce PRS seconde génération s'appuie sur les enseignements des documents précédents. Dans un contexte de création des Agences Régionales de Santé, les premiers PRS ont eu tendance à être conçus comme des documents recensant de manière exhaustive les ambitions et les moyens de la politique régionale de santé. Il appartient donc au projet actuel de mieux répondre à une volonté affirmée d'opérationnalité, en proposant des objectifs resserrés.

Le bilan des deux précédents PRS a été focalisé sur les documents stratégiques qui prévalaient avant le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), à savoir les Plans Stratégiques Régionaux de Santé (PSRS).

Le bilan des deux précédents PSRS met en lumière des changements nécessaires qui ont guidé l'élaboration de ce document :

- L'objectif de **transformation de la place de l'utilisateur au sein du système de santé** transparait déjà dans les deux précédents PSRS. Il s'agit d'objectifs clairement formulés et plusieurs réalisations ont été observées dans ce champ, sous l'angle du renforcement de la démocratie sanitaire et d'un meilleur respect du droit des usagers. Ces réalisations sont importantes, et il faudra pouvoir les pérenniser et les développer afin qu'elles deviennent des réalités pour l'ensemble du territoire. Par ailleurs, l'implication de l'utilisateur dans son suivi semble, aujourd'hui, être une priorité.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- Droits des usagers et bientraitance
 - Le précédent PRS a permis de **promouvoir et respecter les droits des usagers**. Le déploiement de la Charte Romain Jacob a contribué à cette dynamique, appuyée par la mise en place de programmes de formations des représentants d'usagers dans divers domaines, l'harmonisation et l'informatisation des rapports annuels des CRUQPC ainsi que la valorisation d'actions exemplaires développées en matière de droits des usagers.
 - Diverses actions ont eu par ailleurs pour objectif de **promouvoir la bientraitance** dans l'ensemble de ses dimensions **pour la personne et ses proches aidants** (lutte contre la douleur et dépistage des troubles nutritionnels en EHPAD, présence des représentations d'usagers, programmes d'éducation thérapeutique du patient associant les usagers, participations des usagers à divers projets d'ampleur...).
- Démocratie en santé
 - Le précédent PRS a favorisé plus généralement le **développement de la démocratie sanitaire** à travers l'organisation de débats publics sur des thématiques ciblées et la participation des représentants des usagers (CRSA) aux travaux d'évaluation du PRS.
- L'utilisateur acteur de sa santé
 - En matière de **santé des jeunes**, plusieurs programmes de prévention ont été développés, visant à renforcer les compétences psycho-sociales et à agir sur les prises de risques.
 - Divers projets ont contribué à diffuser une culture de la prévention de la perte d'autonomie auprès des **personnes âgées**, passant notamment par l'auto-évaluation de la fragilité des personnes âgées.
 - En matière de cancer, l'accès au dispositif d'annonce et aux soins de support constitue un axe de progrès dans la région.

- L'objectif d'**accessibilité** a été assigné aux deux précédents plans directeurs, les réponses ont principalement porté sur des **créations de places**. Forte de ce renforcement de l'offre, la région doit maintenant pouvoir relever le défi d'une meilleure coordination des acteurs pour garantir la pertinence de la prise en charge. Par ailleurs, dans le cadre de la grande région, les enjeux d'accessibilité demeurent importants et appellent à développer de nouvelles réponses innovantes.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- Le précédent PSRS a permis d'agir sur l'**accessibilité à des prises en charge dédiées aux personnes âgées**, en consolidant les différentes composantes de la filière gériatrique que ce soit en ambulatoire (consultation mémoire, hospitalisations de jour gériatriques), en structure sanitaire (augmentation du nombre de places en court-séjour, en SSR et USLD), en dispositifs spécifiques issus du 3^{ème} plan Alzheimer (UCC, PASA et UHR) ou encore en outils de coordination (déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG), actualisation du référentiel et expérimentation des interventions des EMG en extrahospitalier).
- Pour le handicap comme pour les autres thématiques abordées par le précédent PRS, l'enjeu d'**équité d'accès dans tous les territoires** a guidé la mise en œuvre d'actions pour un rééquilibrage entre départements via notamment des opérations de fongibilité asymétrique des crédits du secteur sanitaire vers le médico-social.
- Pour l'accès aux soins urgents, l'association des différents dispositifs (services d'urgence, SMUR, Médecins correspondants SAMU, collaboration avec certains SDIS...) permet à 98 % de la population de se situer à moins de 30 mn d'une réponse.
- Pour les soins primaires, le rythme de déploiement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) a été particulièrement soutenu dans notre région. Un bilan réalisé fin 2016 montre que 91 % des zones prioritaires/fragiles sont couvertes par au moins un projet d'exercice coordonné (MSP...) ou font l'objet d'aides à l'installation (Contrat d'Engagement au Service Public - CESP) ou à l'activité des professionnels (contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale -PTMG).

- Concernant la **précocité du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge**, il s'agit d'une thématique non directement abordée dans les précédents projets, ou uniquement **sous un aspect d'organisation de filières**. Il s'agit aujourd'hui d'un sujet primordial, notamment dans l'optique de ne pas aggraver les inégalités.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- Dans le champ du handicap, une attention particulière a été portée aux **personnes présentant des troubles du spectre autistique** afin de renforcer leur accompagnement tout au long de la vie. Des dispositifs de repérage et de diagnostic permettant une prise en charge précoce ont été développés via la création de deux Centres Ressources Autisme (CRA) et leurs équipes/antennes associées.
- Pour certaines populations, en particulier **les enfants et les jeunes**, les bases d'un **programme régional allant de la prévention aux soins** a été mis en place lors du précédent PRS, et portait notamment sur un **dépistage précoce**. Pour exemple, le dépistage du handicap sensoriel, le repérage du surpoids et de l'obésité, le repérage des conduites à risque (alcoolisation rapide...) ont été des points centraux dans les actions menées en région.
- Pour certaines pathologies, notamment le cancer, des travaux ont été réalisés pour comprendre les écarts de participation aux dépistages organisés et mieux adapter les actions selon les populations.

- L'attention portée à **l'adaptation de la prise en charge**, c'est-à-dire **l'accès à la bonne intensité, au juste niveau de soin**, tout en garantissant la continuité du parcours de la personne, apparaît à plusieurs reprises dans les précédents projets, plutôt sous l'aspect de l'efficience.

Par ailleurs, les avancées législatives et réglementaires ont contribué à déployer des nouveaux dispositifs visant justement à proposer **des réponses graduées et continues** (avec notamment la mise en place de la Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT)). La poursuite de l'application de ces lois, ainsi que le développement du virage ambulatoire constituent autant de leviers pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- En matière de handicap : Le territoire s'est saisi de la nouvelle démarche de Réponse Accompagnée pour Tous (réalisation des Plans d'Accompagnements Globaux (PAG) et des Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS) dans l'Aude et les Pyrénées-Orientales, suivi par un démarrage en 2017 pour les autres départements d'Occitanie). Des dispositifs facilitant le parcours ont été mis en place : les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), les dispositifs de consultations dédiés et la création de structures expérimentales dédiées à l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes.
- Concernant les personnes âgées : L'accompagnement de la perte d'autonomie et du vieillissement nécessite une coordination renforcée des professionnels et un appui à la gestion de cas complexes. Le territoire régional connaît à cette fin un **bon niveau d'intégration des MAIA**. La **coordination des professionnels** a été favorisée **par divers systèmes d'information** (déploiement de Via Trajectoire, du Répertoire Opérationnel des Ressources, du portail régional « parcours personnes âgées »). Le déploiement en Hautes-Pyrénées de l'expérimentation PAERPA est également à noter ainsi que l'expérimentation de plateformes territoriales d'appui (Gers, Pyrénées-Orientales, Tarn-et-Garonne et Aude à un niveau infra-départemental) ou encore la Plateforme Territoriale de Sortie (CHU de Nîmes).
- Les politiques menées ont de plus visé à **promouvoir la vie à domicile et les alternatives à l'hébergement permanent** (dans le champ du handicap, développement des Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) et des Services d'Accompagnements Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) dans le champ de la santé mentale, une analyse des « longs séjours » a été réalisée, permettant de repérer les séjours inadaptés et d'identifier les facteurs de blocage pour une sortie plus précoce et une meilleure réinsertion psycho-sociale...).
- Concernant les maladies chroniques, l'ARS s'est investie par exemple pour réguler et orienter le patient victime d'un AVC vers la structure de prise en charge adaptée (UNV territoriale, UNV régionale pour la thrombectomie) dans les délais les plus courts et avec les moyens de transport le plus adapté. L'objectif est un accès rapide au diagnostic (IRM), à la mise en œuvre des traitements adaptés (thrombolyse, thrombectomie), puis à la rééducation et à la réinsertion.

- Les **objectifs de qualité et sécurité** sont présents dans les deux documents de Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées et des réalisations sont observées sur des champs spécifiques. Pour autant, la mise en place d'une véritable culture qualité et sécurité constitue toujours une ambition pour notre région à l'heure actuelle, avec un enjeu d'homogénéisation des pratiques sur l'ensemble du territoire.

RÉALISATION DES PRÉCÉDENTS PSRS

- La promotion des bonnes pratiques professionnelles a été particulièrement accompagnée, au travers de la mise en place de labels qualité (« échomip » par exemple), de la mise à disposition d'équipes d'appui thématiques (dans les EHPAD : équipes d'hygiène hospitalière et équipes mobiles de gériatrie-psychiatrie,...), de la diffusion de la culture de l'évaluation à partir de groupes de Professionnels de Santé engagés (APPERQUAL, en SSR auto-évaluation de la pertinence des journées...).
- Pour favoriser les délégations de tâches, l'accompagnement du dispositif relatif aux protocoles de coopération a permis la sécurisation juridique des pratiques de délégation, et la mise en place de protocoles conformes aux recommandations de bonnes pratiques avec une démarche de gestion des risques.
- Dans le domaine de la Santé Mentale, un accompagnement à l'évolution des pratiques a été mené (autoévaluation des hôpitaux de jour de pédopsychiatrie et des structures médico-sociales, évaluation qualitative des équipes mobiles de gériatrie-psychiatrie selon leurs prestations et les résultats obtenus, avant une généralisation).
- Dans le domaine du cancer, la création du « label IUCT » pour l'ensemble des établissements disposant d'une offre de cancérologie sur le périmètre Midi-Pyrénées a permis d'accroître l'attractivité des établissements de proximité, tout en garantissant aux patients une prise en charge de qualité. L'inscription des actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge portées par les 3C a été promue, et s'adresse à tous les acteurs, notamment les établissements autorisés et les professionnels de ville.

De manière générale, en dépit des actions réalisées par l'ARS, les besoins identifiés lors des précédents PSRS existent toujours et, pour certains, s'aggravent. Ainsi les disparités d'états de santé entre classes socio-professionnelles ou entre départements ont pu s'accroître pour certains indicateurs. Parallèlement, le cadre législatif et réglementaire, et notamment la Stratégie Nationale de Santé, insistent sur le développement de la prévention et la nécessité d'agir vraiment sur les déterminants de santé.

- ➔ Ainsi, la conjonction des besoins identifiés sur le territoire et de l'environnement national invite à adapter les modalités de déploiement de l'action de l'Agence et à placer **la réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS)** comme **l'ambition phare de ce projet**.



ARS OCCITANIE
Agence régionale de santé Occitanie
26-28 Parc-club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2
04 67 07 20 07

www.occitanie.ars.sante.fr



www.prs.occitanie-sante.fr