

Rapport d'activité
2010

Rapport d'activité



Dr. Martine Aoustin,
Directeur Général

Voici déjà un an que notre Agence de Santé a pris sa place dans le paysage régional afin de conduire une Politique de Santé unifiée et renouvelée.

Et déjà que de chemin parcouru grâce à l'énergie investie, aux compétences de nos équipes et à la contribution de chacun. Ce rapport en illustre bien les différentes actions déjà menées par notre Agence : mise en place opérationnelle rapide des missions confiées par la loi HPST, continuité et renforcement de notre cœur de métier, installation et animation des instances statutaires et de concertation, nouveau découpage des territoires de santé à l'échelle des départements pour favoriser la convergence des politiques publiques et les actions avec l'ensemble de nos partenaires, organisation d'une plateforme régionale de veille et de sécurité sanitaire ...

Dans le cadre de l'élaboration du Plan Stratégique de notre projet régional de Santé, nous nous sommes appuyés sur une méthode privilégiant la concertation la plus large, malgré les contraintes calendaires sur la pose d'un diagnostic particulièrement approfondi des spécificités de notre région et de ses territoires de santé.

Cet acquis va nous permettre, en 2011, de déployer nos schémas et programmes et nos actions concrètes au bénéfice de la santé de nos concitoyens. Rapidement, nous allons élaborer les premiers contrats locaux de santé en collaboration étroite avec les collectivités territoriales et les partenaires interministériels.

p.1

Dans le cadre des perspectives présentées par ce rapport, nous traçons les grandes orientations de l'Agence pour les années à venir. Il nous appartiendra, dans ce contexte, de prendre en compte la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en lien avec les organismes d'Assurance Maladie afin de concilier la meilleure utilisation des ressources avec la recherche d'une offre de santé efficiente et de qualité.

Enfin, je veillerai, dans le contexte de changement que nous traversons, à conforter notre organisation interne et à favoriser la qualité de vie professionnelle de nos équipes dans le cadre d'un dialogue social nourri avec le comité d'agence.

—

—

—

p.2

—

—

—

—

—

—

—

Sommaire

Chap. I La construction de l'Agence Régionale de Santé	5
Chap. II Le Projet Régional de Santé : Agir ensemble pour la santé de tous	15
Chap. III Une politique partenariale volontariste	21
Chap. IV Actions en santé publique	31
Chap. V Organisation de l'offre de santé	39
Chap. VI Zoom sur les Territoires	51
Annexes	65

—

—

—

p.4

—

—

—

—

—

—

—



Chapitre I
LA CONSTRUCTION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

—

—

—

p.6

—

—

—

—

—

—

—

Chap. I - LA CONSTRUCTION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

1.1 La genèse et les missions de l'ARS

Une mission de service public

Une organisation régionale de la santé unifiée et simplifiée

2 grandes missions au service de 3 champs d'intervention

4 objectifs stratégiques

Un mariage des cultures Etat/Assurance Maladie

Un acteur au plus près du terrain et des besoins

Les Agences Régionales de Santé sont la clé de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Etablissements publics, elles ont été créées pour développer des stratégies de santé coordonnées dans les champs de la prévention et la santé publique, l'organisation de l'offre de soins et l'accompagnement medico-social.

L'ARS du Languedoc Roussillon a été constituée le 1^{er} avril 2010. Ses deux grandes missions sont de :

- piloter au niveau régional la politique de santé publique : observation de la santé dans la région, gestion des situations de crise sanitaire, respect des règles d'hygiène, promotion et éducation pour la santé ;
- réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé pour une adaptation aux besoins en matière de soins, de services medico-sociaux : formations des professionnels de santé, activité des établissements et services de santé, répartition territoriale de l'offre, qualité des soins et bienveillance, accès aux soins pour les populations en situation de précarité.

Ces missions se déclinent en quatre objectifs stratégiques révélateurs de l'approche globale et transversale de la santé par l'ARS :

- contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé,
- assurer un meilleur accès aux soins,
- organiser les parcours de soins en fonction des patients,
- assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé.

L'ARS associe des compétences et métiers issus des services de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Elle regroupe les compétences sanitaires de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), les compétences de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), de la Mission Régionale de Santé (MRS), d'une partie du personnel de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) et de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM), des caisses du Régime Social des Indépendants (RSI) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

L'ARS est l'interlocuteur régional des professionnels de santé, des établissements de soins et médico-sociaux, des collectivités locales et des associations oeuvrant dans le champ de la santé. Elle dispose dans chaque département d'une délégation territoriale chargée du déploiement des politiques régionales et de l'accompagnement des acteurs locaux dans la mise en oeuvre de leurs projets.

Chap. I - LA CONSTRUCTION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

1.2 Une organisation rapidement mise en place

Une unité de lieu

La période de préfiguration (octobre 2009 – mars 2010) a permis de bâtir une organisation de l'ARS effective au 1^{er} avril 2010.

Dès cette date, chaque agent a été affecté à un poste précis, sur la base d'une fiche de poste définie au préalable et en prenant en compte au mieux les souhaits personnels.

Les équipes du siège et de la Délégation Territoriale de l'Hérault ont été regroupées en un lieu unique à Montpellier, dès la mi juin. La localisation des autres délégations territoriales a été confirmée dans les anciens locaux des anciennes DDASS, à Nîmes, Carcassonne, Perpignan et Mende.

Le conseil de surveillance, présidé par le Préfet de Région Claude BALAND a été installé le 9 juillet 2010 puis il a été réuni à trois reprises. Il est chargé de contrôler et d'évaluer l'action de l'ARS. Il est consulté sur les orientations stratégiques de l'ARS. (cf. annexe 1).

Dès la mi mai 2010, et dans l'attente de la mise en place du Comité d'Agence, un dialogue social mensuel a été mis en place avec l'ensemble des syndicats représentatifs pour aborder avec pragmatisme les spécificités statutaires ou conventionnelles respectives et pour trouver les modalités d'organisation appropriées.

Par la suite, les élections des instances représentatives du personnel se sont déroulées le 15 mars 2011 :

- Le Comité d'Agence de l'ARS : Il est composé de 8 titulaires et autant de suppléants. Présidé par le Directeur Général, il se réunit périodiquement (au moins tous les deux mois).

Ses compétences portent sur l'organisation et les conditions générales de fonctionnement de l'agence. Il assure la gestion des activités sociales et culturelles et dispose pour ce faire de ressources constituées essentiellement d'une contribution financière versée par l'ARS et de ressources lui permettant d'assurer son fonctionnement. La réunion d'installation s'est tenue le 5 avril 2011 et un calendrier de réunion a été programmé jusqu'à la fin de l'année.

- Les délégués du personnel : élus par les agents relevant des conventions collectives de l'Assurance Maladie, 2 délégués ont pour mission de défendre les intérêts individuels et collectifs de ces personnels. Ces délégués se réunissent mensuellement avec le Directeur Général ou son représentant. La première réunion s'est tenue le 12 mai 2011.

Une installation des instances de décision et de concertation

Chap. I - LA CONSTRUCTION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

1.2 Une organisation rapidement mise en place

- Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) : présidé par le Directeur Général assisté d'un membre de l'ARS, il est composé de représentants du personnel (4 membres) désignés par leurs organisations syndicales, au vu des résultats obtenus aux élections du Comité d'Agence.

Participent aux réunions du CHSCT sans voix délibérative le médecin du travail, l'inspecteur d'hygiène et de sécurité et l'agent chargé de la mise en œuvre des mesures d'hygiène et de sécurité (ACMO) nommé par le Directeur Général. Il exerce les missions définies par le code du travail : protection de la santé physique et mentale des personnels, amélioration de leurs conditions de travail, prévention des risques professionnels, réalisation d'enquêtes et d'inspections. La périodicité de ces réunions est trimestrielle, la première d'entre elle ayant eu lieu le 10 mai 2011.

Dès ses premières semaines d'existence, l'ARS a visé en premier lieu la stabilisation et le renforcement de ses activités métiers dans les champs de la santé publique (sécurité sanitaire, prévention et promotion de la santé, santé et environnement) et de l'organisation des soins (gestion des autorisations, harmonisation régionale médico-sociale, performance hospitalière).

A partir du mois de septembre 2010, un fonctionnement en mode projets a été mis en place afin d'organiser au mieux les travaux transversaux de l'ARS dans une approche décloisonnée et d'efficience des ressources mobilisées (cf. annexe 2).

Un comité de coordination des projets et des programmes a été créé afin de procéder à l'installation des projets et au partage d'outils méthodologiques communs. Une formation des pilotes de projets a été organisée en décembre 2010 et janvier 2011 et pourrait être renouvelée.

Puis des revues de projets hebdomadaires ont été instaurées afin de suivre leur avancement au regard des échéances prévues et de rendre compte des difficultés ou attentes particulières liées aux projets.

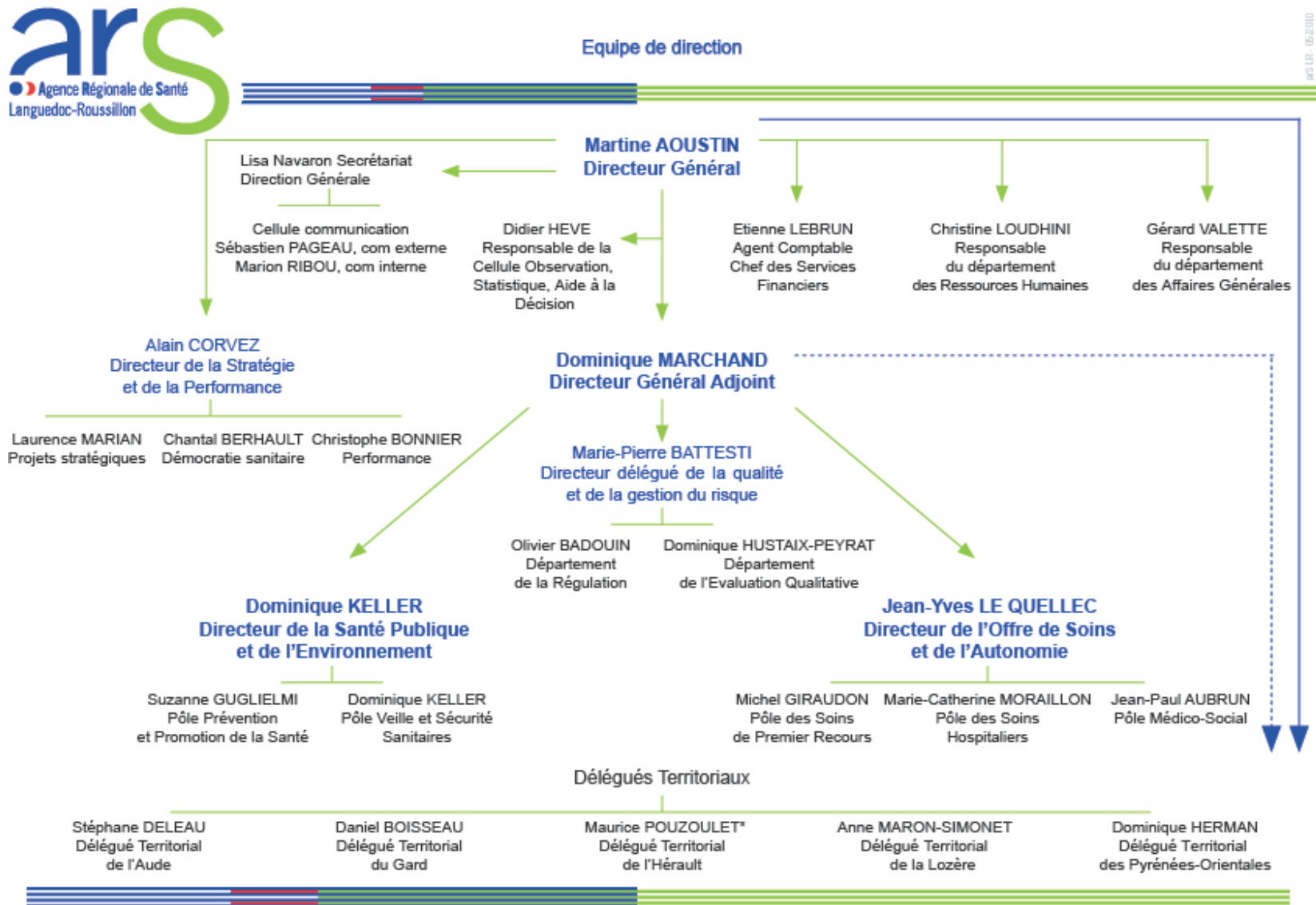
Une stabilisation et un renforcement
des activités métiers

Un fonctionnement en mode projets :

- un comité de coordination des
projets : 3 réunions les
01/10/2010, 05/11/2010,
07/01/2011
- des revues de projets

Chap. I - LA CONSTRUCTION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

1.3 L'Organigramme de l'ARS



* Isabelle REDINI MARTINEZ a été nommée DT par intérim à compter du 11 avril 2011

ars LR - 05/2010

Une Direction Générale

appuyée par la Stratégie et la
Performance

2 axes métiers :
Santé publique et Offre de soins

Une démarche de Gestion du Risque

5 délégations
territoriales départementales

- **La direction de la Stratégie et de la Performance**

Ses missions :

- mettre en place et faire vivre les éléments de la nouvelle démocratie sanitaire
- porter et animer les grands projets stratégiques de l'Agence
- impulser une dynamique de performance tant externe qu'interne
- gérer l'internat en médecine, pharmacie, biologie

- **La direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie**

Elle regroupe en 3 pôles toute l'offre de soins sanitaire ambulatoire, hospitalière et médico-sociale au sein d'une même direction pour une unicité de décision et d'analyse, et afin de favoriser les transversalités.

- **La direction de la Santé Publique et de l'Environnement**

Chargée du pilotage de la santé publique et environnementale, dans un ensemble qui vise au travers de ses deux pôles à :

- promouvoir les actions de prévention et de promotion en santé
- conforter une veille sanitaire régionalisée et professionnaliser la réponse aux alertes et situations de crise

- **La direction déléguée de la Qualité et de la Gestion du Risque**

Veille à la qualité des soins et à la pertinence de la dépense au sein de 2 départements chargés de :

- la régulation de l'offre par l'optimisation de la qualité, l'utilité et le coût des prises en charge
- l'évaluation qualitative par les missions d'inspection, de contrôle, de gestion des plaintes, d'évaluation, de promotion de la qualité des soins et de la bienveillance

- **Les Délégations Territoriales**

Exercent un rôle de proximité :

- assurer l'interface avec les acteurs, établissements et structures au travers des actions de mise en oeuvre de la politique régionale de santé (planification, financement, santé publique ...),
- animer les instances de concertation territoriales,
- ancrer le projet régional de santé dans les territoires et faciliter son appropriation.

Pour atteindre ces objectifs, chaque délégation territoriale a construit une organisation adaptée à ses nouvelles missions afin de garantir une mise en oeuvre optimale du principe de continuité des services.

La répartition des activités entre siège et délégations territoriales reste à affiner, ce qui est naturel au bout d'un an de fonctionnement.

DES FONCTIONS D'APPUI

ARS LR

Effectif : **410** agents

335 Etat

11 mis à disposition

64 Assurance Maladie

Recrutements en 2010 : **18**

Nombre de sites : **5**

p.12

Budget Fonctionnement : **31 442 154**

Investissement : **30 000**

Crédits d'intervention : **10 550 598**

Ü L'Agence Comptable et les Services Financiers

Est chargée :

- Ü du contrôle et du paiement des dépenses, du recouvrement des recettes,
- Ü du contrôle interne comptable, de la gestion de trésorerie, de l'analyse financière,
- Ü de la préparation du budget, de la liquidation de la paie et tenue de la comptabilité analytique.

Ü Le département des Ressources Humaines

Est chargé d'assurer la gestion des carrières et des statuts, d'accompagner le changement par des actions de formations adaptées, tout en développant la gestion prévisionnelle des emplois et compétences et en proposant aux personnels un cadre unique de travail à construire par l'animation d'un dialogue social renouvelé.

Ü Le département des Affaires Générales

Regroupe les activités supports de logistique et de gestion immobilière, informatique, téléphonie, service juridique.

Ü La cellule Communication

Est chargée :

- Ü d'informer le personnel de l'ARS,
- Ü de gérer les relations avec les médias, la communication au grand public, aux usagers, aux institutionnels, aux acteurs de santé.

Au cours de la période, le service de communication a mis en place des supports d'information (lettre interne, information hebdomadaire sur les moments forts de l'Agence, consolidation et enrichissement des supports intra et extranet) et a accompagné les premières campagnes de sensibilisation de l'Agence auprès des partenaires et du grand public (semaine européenne de la vaccination, dépistage du cancer.....). Ces actions se poursuivent en 2011 par l'élaboration d'un plan pluriannuel de communication suite à une enquête de besoins menée auprès des agents.

Ü La Cellule Observation, Statistique et Aide à la Décision

Garantit l'accessibilité, la cohérence et la diffusion des informations de santé et de leurs déterminants utiles aux acteurs de l'ARS. Elle assure une veille et alerte sur la qualité des données et leurs résultats.

La COSAD intègre ces éléments pour l'aide à la décision, au pilotage et à l'évaluation. Elle développe, dans le cadre des systèmes d'information, une politique d'indicateurs mis à disposition de l'ensemble des directions et délégations de l'ARS. Elle s'implique en particulier au sein de groupes de travail nationaux (schéma directeur des SI, tableau de bord de pilotage, application Diamant...) et régionaux (GSTAT, projection de population dépendante...). Elle met en œuvre les enquêtes nationales auprès des établissements de santé (SAE, SSIAD, EHPA, PMSI...).

La COSAD s'investit dans l'élaboration des documents stratégiques et opérationnels de l'ARS (PSRS, SROS..). Elle développe des méthodologies d'analyse innovantes (chirurgie ambulatoire...) et facilite l'accès aux informations par la publication de documents de référence (Statiss, carthothèque, fiche de synthèse établissements...) et la mise à jour d'outils d'aide à la décision (Cartosanté).

Le CPOM

3 axes stratégiques – 9 objectifs
opérationnels

33 indicateurs métiers dont

5 indicateurs prioritaires pour 2011

2 indicateurs spécifiques régionaux

Adoption du CPOM

Approbation par le CNP: 14/01/2011

Avis favorable du conseil de
surveillance : 28/01/2011

Signature du DG ARS : 02/02/2011

Signature des ministres : 08/02/2011

Un dialogue entre l'ARS et le Comité National de Pilotage (CNP) qui associe les directions ministérielles, la CNAMTS et la CNSA, a permis de déterminer les orientations du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qui fixe les grandes priorités pour notre Agence jusqu'en 2013.

Le CPOM s'articule autour de trois axes :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- promouvoir l'égalité devant la santé,
- développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Ces axes se déclinent en 9 objectifs opérationnels communs à l'ensemble des ARS qui portent sur l'ensemble des champs d'intervention de l'ARS et qui sont basés sur la mise en œuvre de priorités et plans impulsés au niveau national (Alzheimer, cancer, autisme ...).

A ces objectifs sont associés des plans d'actions et des indicateurs (33) de résultats ou de déploiement visant des cibles régionales d'évolution favorable annuelles ou pluriannuelles (cf. annexe 3).

Parmi ces 33 indicateurs communs nationaux, l'Agence en a ciblé 5 prioritaires pour 2011 :

- taux de participation au dépistage du cancer colo-rectal chez les 50 à 74 ans,
- qualité de l'eau : % d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5 000 hab. présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité,
- nombre de contrats locaux de santé signés sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés),
- taux de pratique de la chirurgie ambulatoire,
- taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR, PASA).

p.13

Elle s'est, en outre, positionnée sur 2 indicateurs complémentaires :

- taux de patients victimes d'AVC pris en charge dans une unité neurovasculaire,
- nombre de greffes d'organes : cœur, foie, rein.

Le CPOM a été signé le 8 février 2011 par Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé et Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il est suivi annuellement et évalué tous les quatre ans.

2011
2012 PERSPECTIVES

Au cours de l'année 2011 vont se déployer les plans d'actions, sachant que la capacité d'infléchir certains indicateurs nécessitera de rechercher des coopérations et de mettre en place des actions coordonnées avec d'autres partenaires intervenant dans le champ de la santé (éducation nationale, assurance maladie, Cohésion Sociale ...). Le CPOM sera révisé afin de prendre en compte le Projet Régional de Santé qui doit être élaboré pour décembre 2011.

—

—

—

p.14

—

—

—

—

—

—

—

Le PROJET REGIONAL DE SANTE : Agir ensemble pour la santé de tous

Chapitre II

p.15



—

—

—

p.16

—

—

—

—

—

—

—

Chap. II – Le PROJET REGIONAL DE SANTE : Agir ensemble pour la santé de tous

2.1 Le Projet Régional de Santé : de la définition des territoires au Plan Stratégique

Le scénario départemental
s'accorde au mieux avec les
politiques publiques

Arrêté de constitution des
territoires de santé :
11/10/2010



Pour répondre aux enjeux régionaux de santé et construire une vision partagée avec ses partenaires, l'ARS définit et met en place des actions coordonnées concourant à améliorer la santé de chacun et à accroître l'accessibilité et l'efficacité du système de santé : il s'agit du Projet Régional de Santé (PRS).

Ce projet porte une vision, des choix, mais il a aussi l'ambition de dessiner les contours de l'action territoriale de l'ARS, au plus près des populations. La définition de ces territoires a constitué un préalable à l'élaboration de ce projet.

DEFINITION DES TERRITOIRES DE SANTE

Selon la loi HPST, l'ARS définit *les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premiers recours.*

Trois scénarii de constitution des territoires de santé ont été présentés à la CRSA en assemblée plénière le 12 juillet 2010 :

- le maintien du découpage initial en 8 territoires de santé s'appuyant sur l'attractivité des services hospitaliers (MCO) avec un ajustement par les bassins de vie
- un découpage départemental s'accordant avec les politiques publiques
- un découpage supra-départemental Gard/Lozère, Hérault, Aude/Pyrénées Orientales

p.17

Parce qu'il correspond à l'espace de coordination des politiques publiques et permet ainsi une traduction opérationnelle rapide des actions de l'Agence, le département a été retenu par le directeur général de l'ARS, après avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), du préfet de région et des présidents des conseils généraux, le 11 octobre 2010.

5 territoires de santé ont ainsi été définis : Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales.

Dans chaque territoire de santé a été installée une conférence de territoire permettant d'associer l'ensemble des acteurs locaux du système de santé et les usagers.

Chap. II – Le PROJET REGIONAL DE SANTE : Agir ensemble pour la santé de tous

2.1 Le Projet Régional de Santé : de la définition des territoires au Plan Stratégique

Le PSRS

Un diagnostic partagé
Des propositions de priorités d'action
Des modalités d'évaluation

Une large concertation
Atlas régional : septembre 2010
Enquête aux maires : 823 maires ont
répondu représentant 63% de la
population régionale

De nombreuses rencontres avec les
commissions

Une concertation publique via un
questionnaire en ligne

5 domaines prioritaires

Maladies chroniques
Comportements favorables à la santé
Dépendances et handicap
Parcours en santé mentale
Sécurité et prévention des risques sanitaires

Première étape de constitution du PRS, le plan stratégique régional de santé (PSRS) fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région. Il ouvre les perspectives qui guideront les schémas (prévention et réponse aux risques sanitaires, organisation des soins, organisation médico-sociale), les programmes et les contrats locaux de santé.

Le plan stratégique régional de santé est élaboré sur la base d'une évaluation des besoins de santé et de leur évolution (situation démographique, risques sanitaires, données épidémiologiques, inégalités sociales et territoriales, données sur la santé et le handicap). Il détermine les priorités d'actions et les modalités d'évaluation du projet régional de santé.

5 domaines prioritaires et 5 exigences opérationnelles :

- accessibilité : faire progresser le système de santé sans creuser les écarts entre les populations
- qualité/efficacité : promouvoir des modes de prise en charge innovants répondant aux enjeux de chronicité des maladies et de la dépendance
- évitabilité : intervenir précocément à tous les stades du parcours de vie des populations
- efficacité/pertinence : accroître la performance médico-économique en fluidifiant les parcours de santé dans le premier recours, l'hospitalier et le médico-social.
- sécurité : renforcer la politique de sécurité et de prévention des risques

Une large concertation a nourri l'élaboration du plan stratégique régional de santé, depuis l'étape diagnostique (septembre 2010) jusqu'à l'élaboration de propositions de priorités (février 2011).

Le travail de diagnostic sur la situation de la région et des territoires de santé a débuté avec la publication d'un Atlas régional, la réalisation d'une enquête auprès des 1 545 maires de la région puis s'est poursuivi avec l'élaboration de diagnostics territoriaux complétés par les conférences de territoire, et d'une grille d'analyse comparative des indicateurs de santé des départements du Languedoc Roussillon par rapport aux autres départements français.

Ces éléments ont été débattus dans le cadre de la CRSA, tant par la commission permanente que par les commissions spécialisées. Les commissions de coordination des politiques publiques et la commission régionale de gestion du risque ont également contribué par leurs travaux à la construction de ce document.

Le plan stratégique régional de santé a été soumis à la concertation le 15 février 2011 et ce, pour six semaines. Il a été examiné par la CRSA réunie en assemblée plénière le 28 mars 2011 et par le Conseil de surveillance le 19 avril. Les deux instances ont donné un avis favorable au PSRS.

Tous les documents contributifs au plan stratégique régional de santé ainsi que le questionnaire permettant de recueillir les avis et propositions des usagers, des professionnels de santé et des partenaires de l'ARS sont accessibles sur le site internet de l'ARS : <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante>

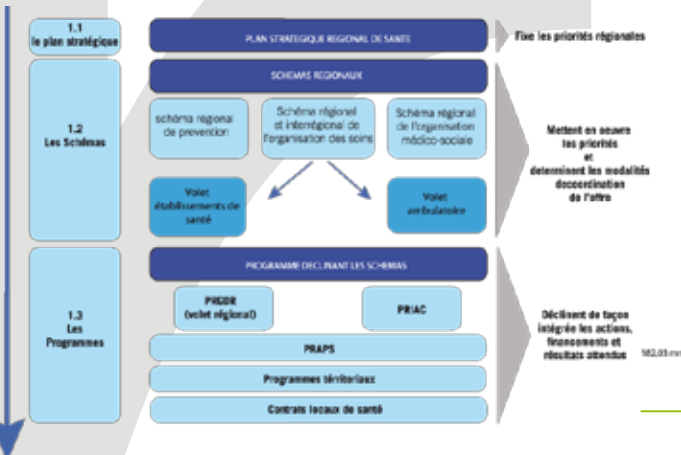
L'élaboration du projet régional de santé, au travers des schémas et programmes, devrait se poursuivre dans les prochains mois pour s'achever fin 2011.

Chap. II – Le PROJET REGIONAL DE SANTE : Agir ensemble pour la santé de tous

2.2 Le Projet Régional de Santé : des schémas aux programmes et contrats locaux

Le PRS

Un plan stratégique régional de santé
Des schémas régionaux
Des programmes
Des contrats locaux de santé



En déclinaison du plan stratégique régional de santé, le Projet Régional de Santé est en effet composé :

- de 3 schémas régionaux sur les champs de compétences de l'ARS : un schéma régional de prévention (SRP), un schéma régional de l'offre de soins (SROS) comprenant deux volets ambulatoire et hospitalier, un schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS),
- de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas : le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), le programme régional de gestion du risque (PRGDR), le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme de développement de la télémédecine et des programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé.

Parmi les programmes obligatoires, celui de la télémédecine doit permettre d'améliorer l'organisation et la coordination des professionnels entre eux et d'optimiser l'accès aux soins. Une attention particulière sera portée sur les projets de proximité, d'accessibilité dans les zones fragilisées identifiées dans le cadre des travaux liés à la permanence des soins et à la régulation. Le programme développera les diverses modalités : télé-expertise, télé-radiologie, télésurveillance.

Les contrats locaux de santé sont l'instrument de mise en œuvre au niveau local des trois schémas et font partie intégrante du projet régional de santé. p.19

Le contrat local de santé matérialise le volet santé d'un projet de territoire. Sa plus value, mobilisant tout le champ de compétence de l'ARS, est sa contribution à la réduction des inégalités ainsi que l'association de tous les partenaires de la coordination des politiques publiques.

L'ARS prévoit de signer 3 contrats en 2011 dont un sur Alès dont la préfiguration a été finalisée au printemps.

2011 2012 PERSPECTIVES

Les objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé se traduiront en termes d'organisation dans les différents schémas, qui seront arrêtés d'ici septembre 2011, et en termes d'actions dans les programmes, qui seront arrêtés d'ici décembre 2011.

Chap. II – Le PROJET REGIONAL DE SANTE : Agir ensemble pour la santé de tous

2.3 Une animation au plus près des territoires de santé

L'animation territoriale autour du projet régional de santé a été initiée avec l'installation des conférences de territoires. Ces conférences dont le champ de compétence a été élargi pour s'accorder avec celui de l'ARS (de la prévention au médico-social) peuvent porter de véritables projets de santé en territoire.

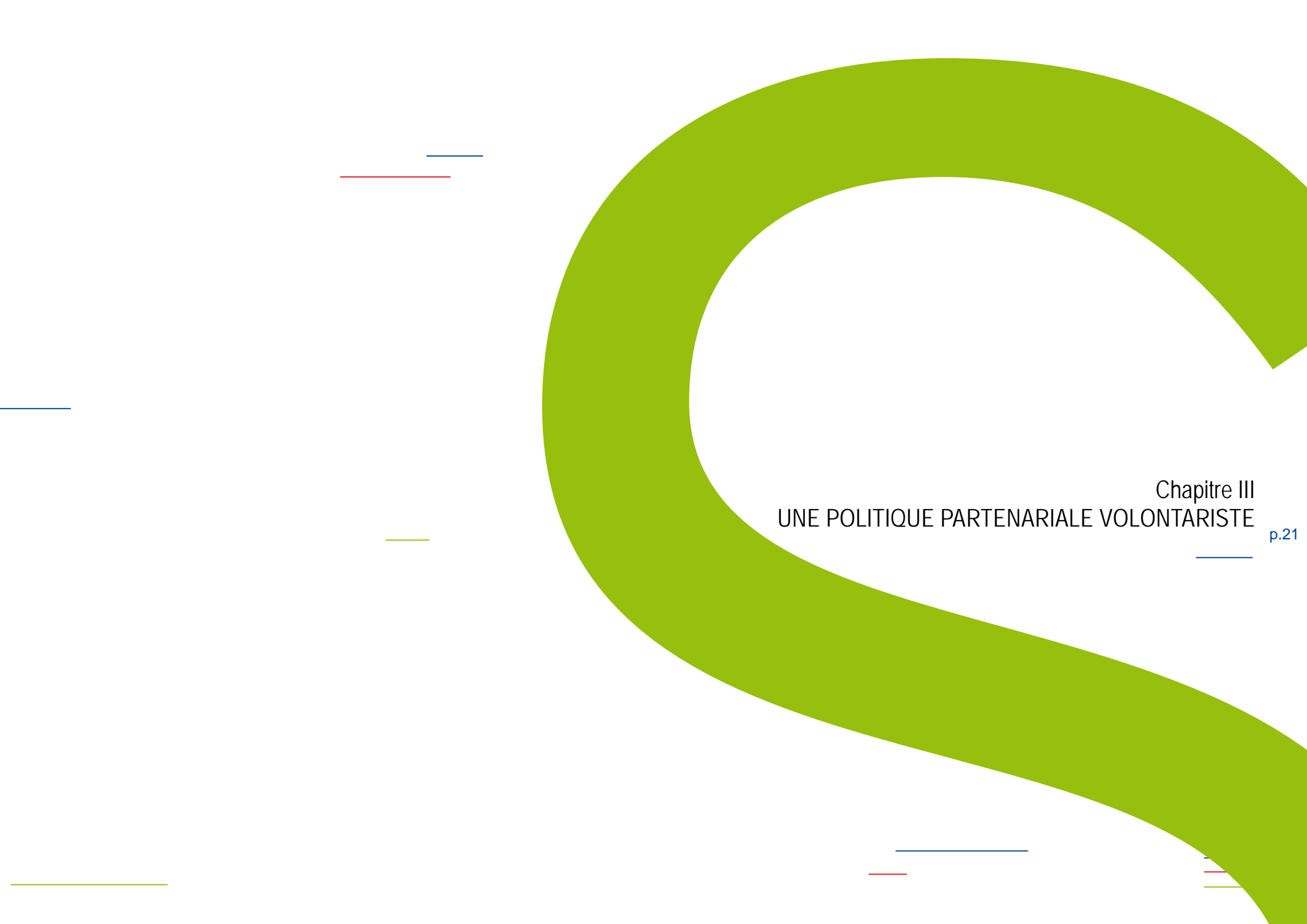
L'investissement des conférences dès l'étape de détermination des priorités a été déterminant pour les étapes de mise en œuvre (schémas, programmes, contrats locaux de santé) prévues au deuxième semestre 2011.

2011
2012 PERSPECTIVES
...

La grande implication des délégations territoriales aux côtés des présidents des conférences de territoire permettra d'affiner les diagnostics locaux et de préparer des projets de santé de territoire conformes aux attentes des usagers et des professionnels de santé.

D'une manière générale, cette animation sera suscitée par l'ensemble des acteurs portant un intérêt à la santé, et s'appuiera sur toutes les initiatives locales existantes (Ateliers Santé Ville, Contrats Urbains de Cohésion Sociale...).

Elle intégrera tout le champ de compétence de l'ARS (démarche de promotion de la santé, d'accès aux soins, problématiques de santé environnement, mise en réseau des acteurs sanitaires et médico-sociaux présents sur le territoire) sur des territoires prioritaires.



Chapitre III
UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

p.21

—

—

—

p.22

—

—

—

—

—

—

—

Chap. III – UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

3.1 Des synergies à impulser avec les professionnels de santé

ELECTIONS URPS

Médecins libéraux : 04/10/2010

Chirurgiens dentistes, infirmiers, masseurs
kinésithérapeutes, pharmaciens : 21/12/2010

ASSEMBLEES GENERALES CONSTITUTIVES DES URPS

Médecins : 16/11/2010

Pharmaciens : 09/03/2011

Masseurs kinésithérapeutes : 24/03/2011

Chirurgiens dentistes : 19/04/2011

Infirmiers : 09/05/2011

Rencontre avec le collège régional des
généralistes enseignants : 17/11/2010

L'ARS du Languedoc Roussillon développe, à travers des instances de concertation et des partenariats, une politique régionale de santé concertée.

UN ACTEUR NOUVEAU : LES URPS

La loi HPST dans son article 123 a prévu la création dans chaque région des unions régionales des professionnels de santé (URPS). Les URPS sont les interlocuteurs privilégiés de l'ARS dans le champ ambulatoire. Elles ont pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre.

Elles peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence. Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale.

Les premières élections des URPS concernant les médecins libéraux, les infirmiers, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens et les masseurs kinésithérapeutes ont été organisées sous la responsabilité de l'ARS.

La procédure électorale se déroulant sur une période de plus de 6 mois, a nécessité la création d'un groupe de travail transversal associant les soins de 1^{er} recours, les services juridique et logistique de la direction des affaires générales, le service communication et des correspondants dans chaque délégation territoriale.

Dès lors, l'ARS a pu installer les différentes URPS et organiser la représentation des professionnels de santé non concernés par la procédure électorale (biologiste, orthophoniste, orthoptiste, sage-femme, podologue). p.23

UN RENFORCEMENT DES RELATIONS PARTENARIALES

Collège Régional des Généralistes Enseignants : une rencontre a été organisée le 17 novembre 2010 entre le directeur général de l'ARS, les membres du collège, le doyen de la faculté de médecine et un représentant de l'HAS. Cette rencontre a ouvert la discussion sur l'universitarisation de la médecine générale et la réalisation en 2011 du « guichet unique » pour aider les médecins souhaitant s'installer.

Ordres et syndicats professionnels : des relations partenariales ont également été renforcées avec les conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens et des médecins, le syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO) et le syndicat des orthophonistes en Languedoc Roussillon (SDOLR).

Chap. III – UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

3.1 Des synergies à impulser avec les professionnels de santé

UN PARTENARIAT AU SERVICE DE LA FORMATION

L'approche prospective des professions de santé doit alimenter les réflexions liées à la construction du projet régional de santé, en particulier pour les schémas régionaux d'organisation des soins dans sa dimension ambulatoire et d'organisation médico-sociale, face aux enjeux liés, à la permanence des soins, à la dépendance, et au maintien à domicile.

Ainsi, l'ARS doit essayer de réguler au mieux le nombre de professionnels dans les différentes disciplines et spécialités en mobilisant les ressources de l'appareil de formation. Les formations avec les partenaires seront engagées en bénéficiant des préconisations du Comité Régional de la Démographie des Professions de Santé (CRDPS) qui sera prochainement installé.

Le partenariat avec l'Université est soutenu, la direction générale participant très régulièrement aux ~~Conseils de~~ Gestion de la Faculté de Médecine. Une action conjointe est menée avec l'Université sur l'internat et la régulation des spécialités médicales. Il est à noter pour 2010 que le nombre des internes tant en médecine qu'en pharmacie a augmenté, portant ce nombre à 1012.

En novembre 2010, a été également mise en place la filiarisation des spécialités médicales et chirurgicales aux épreuves classantes nationales.

Une réforme des commissions de subdivision et des stages des étudiants est engagée, permettant aux établissements privés de participer à la formation des internes.

L'accompagnement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers : l'ARS a pour mission d'assurer le suivi pédagogique des 45 instituts de formation des professions paramédicales et de les accompagner sur les réformes d'ampleur en cours portant sur la réforme des études concernées par le cursus LMD. Ses représentants président 79 conseils pédagogiques, techniques et de discipline et participent aux jurys de diplômes d'Etat et commissions (23 participations) concernant les professionnels paramédicaux ressortissants de la Communauté européenne.

L'ARS a également pour mission d'accompagner la reconnaissance de nouvelles professions paramédicales autorisées (exemple : ostéopathes, psychothérapeutes...).

Elle est par ailleurs étroitement associée par le Conseil régional à la préparation du schéma régional des formations sanitaires et collabore activement à l'étude prospective des besoins et de l'offre de formation.

Nombre d'internes en 2010

Médecine = 738

Pharmacie = 274

Soit 1012

p.24

Nombre d'établissements de formation

para-médicaux suivis : 45 établissements

4 500 étudiants/an

Nombre de dossiers instruits pour la

reconnaissance du titre de

psychothérapeute : 49 dossiers

Nombre de présidences de conseils : 79

Chap. III – UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

3.2 Développer les instances de la démocratie sanitaire



Installation de la **CRSA** : 12/07/2010

Président : Professeur Henri PUJOL

Séances de la CRSA

de septembre 2010 à janvier 2011 :

Commission Permanente : 4

Commission de la Prévention : 3

Commission d'organisation des Soins : 3

Commission Médico-sociale : 3

Commission droits des usagers : 4

LA COMMISSION REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE (CRSA) : DES AVIS POUR ORIENTER LES CHOIX

La loi HPST place le patient, l'usager du système de santé au cœur du dispositif. Pour ce faire, elle met en place une démocratie sanitaire renouvelée permettant d'associer tous les acteurs dans la conception, la réalisation et l'évaluation du PRS dont les principes d'action et les exigences opérationnelles s'appliquent sans exception au bénéfice des usagers :

- expression collective : la santé est un projet citoyen, affaire de chacun à titre individuel et collectif,
- respect des droits de la personne : conditions d'accueil, d'hébergement de prise en charge, existence de procédures de promotion de la bientraitance, droit à l'information, qualité des soins : autant de sujets de respect des droits des usagers.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), organisme consultatif, rend des avis et peut faire toute proposition au Directeur Général de l'ARS.

Installée le 12 juillet 2010, elle a élu son Président en la personne du Professeur Henri PUJOL. Elle organise ses travaux au sein des formations suivantes :

- la COMMISSION PERMANENTE qui exerce l'ensemble des attributions dévolues à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.
- quatre COMMISSIONS SPECIALISEES dans les domaines :
- de la prévention qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention (président : Dr Robert CRAUSTE).
- de l'organisation des soins qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins (président : Dr Pierre CALLAMAND).
- des prises en charge et accompagnements médico-sociaux qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de l'organisation médico-sociale (président : Mme Isabelle MEUNIER).
- des droits des usagers du système de santé qui est chargée, entre autres, en collaboration avec les autres commissions spécialisées, de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social (président : M. Jean-Pierre LACROIX).

Chap. III – UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

3.2 Développer les instances de la démocratie sanitaire

Le choix de l'ARS a été de l'associer complètement aux travaux préparatoires du diagnostic, du projet stratégique, des schémas et programmes constituant le Projet Régional de Santé, malgré les délais contraints.

2011

2012

PERSPECTIVES

Après que la CRSA a émis un avis favorable au projet de PSRS, assorti d'observations et recommandations (cf. annexe 4), les instances de Démocratie Sanitaire se prononceront sur les schémas et sur le PRS en séance plénière. La CRSA produira son rapport annuel sur le respect des droits des usagers. Des actions de formation seront également mises en œuvre à destination des représentants des usagers.

**Installation des
Conférences de territoire :**

Aude : 10/01/2011

Lozère : 11/01/2011

Hérault : 12/01/2011

Gard : 14/01/2011

Pyrénées Orientales : 31/01/2011

LES CONFERENCES DE TERRITOIRES

Le projet régional de santé constitué du plan stratégique et des différents schémas trouvera sa mise en œuvre dans les programmes territoriaux et les contrats locaux de santé.

C'est aux conférences de territoire, chacune composée de gestionnaires d'établissements, d'acteurs de santé publique, de professionnels de santé libéraux, de représentants d'usagers, d'élus locaux, de personnalités qualifiées qu'il revient d'impulser et concrétiser les actions de décroisement, d'intersectorialité afin de répondre aux principes, exigences et recommandations, socle du plan stratégique.

A la suite de l'arrêté du DGARS du 11 Octobre 2010 découpant le territoire régional en 5 territoires de santé, les Conférences ont été composées le 24 décembre 2010 et installées au cours de la deuxième quinzaine de janvier 2011.

Chacune a élu son président (3 Conseillers Généraux - 1 Maire - 1 directeur d'établissement), son vice-président et son bureau et participe avec le délégué territorial à l'animation territoriale de la politique de santé régionale.

Les conférences de territoires seront régulièrement consultées et associées aux travaux des trois schémas régionaux afin de favoriser la pertinence et l'efficacité de ceux-ci. [p.27](#)

Chap. III – UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

3.3 Engager les partenariats avec l'ensemble des acteurs du système

DES SYNERGIES A RECHERCHER AVEC LES AUTRES PARTENAIRES DE LA REGION (COLLECTIVITES TERRITORIALES, CONSEIL REGIONAL, EDUCATION NATIONALE, ASSURANCE MALADIE)

- La loi HPST engage les ARS à développer une politique de promotion de la santé en région autour de nouveaux enjeux : couvrir le territoire pour atteindre toute la population concernée, réduire les inégalités sociales de santé en développant des programmes de santé globale construits de manière participative dans les territoires et permettre des interventions de qualité par un réseau d'acteurs identifié et coordonné. Une telle ambition nécessite d'identifier puis élaborer des coopérations avec des réseaux partenaires partageant ou portant ces objectifs.

L'ARS a construit un cadre partenarial de travail avec la Mutualité française et la MSA qui couvre le territoire rural, avec le Conseil régional et les réseaux intervenant auprès des jeunes sortis du système scolaire (Missions locales, Points accueil etc...), avec les Conseils généraux et les réseaux de la périnatalité et de la parentalité (REAPP), avec les associations d'envergure régionale et les collectifs associatifs régionaux sur les thématiques prioritaires (addictions, VIH, précarité...), avec la DIRECTE s'associant à l'élaboration du plan régional santé travail.

Elle a animé des journées de travail dans chaque territoire, en premier lieu avec les partenaires institutionnels (Conseil Général, communes, Education Nationale, CPAM, Direction de la Cohésion Sociale...) puis avec les acteurs, associatifs, médico-sociaux et sanitaires. Ceux-ci ont donc été associés au diagnostic de chaque territoire afin que le schéma régional de prévention soit adapté à chaque territoire, conforte ou suscite les coopérations et réponde aux attentes de tous.

Enfin, elle a mis en place une mission exploratoire concernant les contrats locaux de santé, contactant les élus engagés dans le portage de dynamiques de santé sur leur territoire, expertisant la possibilité et les conditions de construction d'un projet local global porté par un contrat local de santé.

Afin de conforter au niveau régional le partage des objectifs et de favoriser la convergence des forces, elle a mis en place ou redéfini le cadre de travail de groupes experts sur des sujets portants des enjeux forts : conférence régionale de la politique vaccinale, conférence régionale nutrition santé. Elle s'est engagée à le faire sur la périnatalité lui associant l'enfance. Enfin elle a établi de nouvelles relations partenariales avec le COREVIH, reconnaissant ses compétences et sa légitimité dans le domaine de la lutte contre le VIH dans la région.

Chap. III – UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

3.3 Engager les partenariats avec l'ensemble des acteurs du système

Mise en place de la Commission Régionale de Gestion du Risque

: 27/09/2010

- L'ARS poursuit l'objectif de concilier la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité.

Pour cela, l'ARS déploie des programmes de gestion du risque en coopération étroite avec les organismes d'Assurance Maladie. La gestion du risque vise à développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

La structuration de la gestion du risque a été mise en place, avec l'Assurance Maladie, au travers :

- de la commission régionale de gestion du risque qui regroupe les directeurs d'organismes autour du Directeur Général de l'ARS,
- du comité régional opérationnel de gestion du risque qui assure le suivi opérationnel des programmes,
- de groupes de travail par thématique chargés de la mise en œuvre des programmes.
(cf. projets GDR – Chap. 5.4 Réguler l'offre et améliorer la qualité des soins)

Chap. III – UNE POLITIQUE PARTENARIALE VOLONTARISTE

3.3 Engager les partenariats avec l'ensemble des acteurs du système

LES COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

Installées en septembre 2010, les deux commissions de coordination des politiques publiques regroupent les partenaires institutionnels régionaux dont l'intervention a un impact sur la santé : services de l'Etat, Assurance maladie, collectivités (Conseil régional, conseils généraux et communes).

Elles ont pour objet d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions conduites par chacun des partenaires de l'ARS en matière :

- de prévention, de santé scolaire, santé au travail, protection maternelle et infantile,
- de prise en charge et accompagnement médico-social.

LA COMMISSION DE COORDINATION DE LA PREVENTION

La commission de coordination de la prévention a été installée le 7 septembre 2010 et réunit les partenaires qui, par leur action, interviennent sur les facteurs qui agissent sur la santé des populations : conditions environnementales (transports, habitat, conditions de travail), éducation (école et dans la famille), conditions sociales. Il a été décidé de construire une intervention concertée et donc une politique intersectorielle et d'en inscrire les outils dans le schéma régional de la prévention.

La Commission s'est dotée d'un comité technique qui s'est réuni chaque mois avec l'objectif de contribuer au PSRS, puis au schéma de la prévention enfin aux programmes locaux et territoriaux à travers une approche par populations : quels programmes concertés en direction de la périnatalité et de la petite enfance, des jeunes de 16 à 25 ans, des seniors, de la population rurale, de la population au travail, des personnes exclues ? Six sujets par ailleurs alimentés par les observations faites par chacun des partenaires au niveau territorial.

LA COMMISSION DE COORDINATION MEDICO-SOCIALE (CCMS)

Installée le 14 septembre 2010, cette dernière regroupe les partenaires institutionnels régionaux afin d'envisager des sujets sous l'angle stratégique et politique dans le domaine des prises en charges et des accompagnements médico-sociaux. Elle peut décider d'un commun accord entre ses membres de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional d'organisation médico-sociale. Elle examine également les schémas départementaux d'organisation médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Elle favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale.

2011
2012

PERSPECTIVES

Les Commissions de coordination des politiques publiques au cours de l'année 2011 vont contribuer à l'élaboration des schémas de prévention et médico-social et favoriser la complémentarité des actions conduites.

Nombre de séances des Commissions de Coordination des Politiques Publiques

Septembre 2010 – Janvier 2011

Commission Prévention : 2

Commission Médico-Social : 2



Chapitre IV
ACTIONS EN SANTE PUBLIQUE

—

—

—

p.32

—

—

—

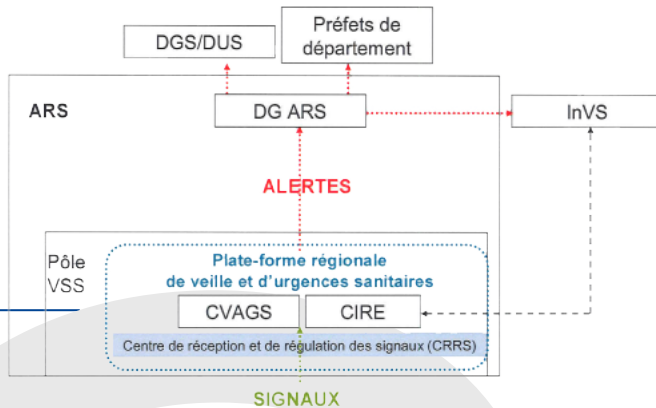
—

—

—

—

4.1 Veille et sécurité sanitaire : renforcer l'efficacité du dispositif régional



Dès le 1^{er} juillet 2010, une organisation régionalisée autour d'une plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires a été mise en place au sein de l'Agence.

Dotée d'une permanence notamment téléphonique, elle constitue un point central de réception, d'analyse et de transmission des signaux d'alerte de santé publique et de gestion des urgences sanitaires (épidémiologie, environnement pour la population générale, vigilances, événements indésirables dans les établissements de santé, risques ou accidents compromettant la continuité des soins, la sécurité des agents et personnes accueillies dans les établissements sanitaires et médico sociaux).

Elle se compose d'une :

- Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) en lien avec la cellule des Vigilances,
- Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie qui dépend de l'INVS (CIRE),
- Cellule régionale de défense et de sécurité (CRDS).

Elle est en lien permanent avec le Département des Urgences Sanitaires (Ministère de la Santé) et permet l'intervention si nécessaire, des personnels techniques compétents de l'Agence (ingénieurs, médecins, infirmières) à partir du siège régional ou des délégations territoriales.

La sécurité sanitaire étant au cœur des relations entre l'ARS et l'administration préfectorale, un protocole précisant les actions et prestations mises en œuvre par l'Agence pour le Préfet de département hors des crises sanitaires ou pour les autres actions de veille, de sécurité et de police sanitaires relevant de ses compétences a été conclu pour 3 ans dans chaque département sous une forme identique, en aout 2010.

Il est à noter une montée en charge forte de l'activité liée par exemple à l'impact d'un mauvais taux de vaccination (rougeoles).

L'Agence a mis en place un plan d'actions visant à vérifier et actualiser les plans nationaux et les procédures de veille. En 2010, un travail a plus particulièrement été mené sur le plan canicule et sur la lutte antivectorielle.

2011
2012 PERSPECTIVES

En 2011, l'Agence va conforter l'efficacité et l'opérationnalité de l'organisation de la plateforme régionale :

- en l'inscrivant dans une véritable démarche stratégique globale préventive, dans le cadre d'un volet spécifique du schéma régional de prévention, mais aussi en lien avec les professionnels de santé, les établissements de santé et médico-sociaux. Cette démarche concerne les trois schémas.
- en améliorant le système d'information régional et en harmonisant les pratiques en procédant notamment à des retours d'expériences.

Chap. IV – ACTIONS EN SANTE PUBLIQUE

4.2 Prévention des maladies et promotion de la santé : porter une politique ambitieuse

LE DEPLOIEMENT TERRITORIAL D'UNE POLITIQUE REGIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE

Au sein de la DSPE, le pôle prévention promotion de la santé a mis en place les outils qui doivent permettre à l'ARS de définir et déployer avec ses partenaires une politique régionale de promotion de la santé qui couvre le territoire régional.

- En assurant la continuité du financement des opérateurs et préparant l'évolution vers de nouveaux modes de contractualisation.

Le service d'ingénierie technique et administrative a assuré, en lien avec les services financiers, le transfert des fonctions du Groupement Régional de Santé Publique à l'ARS, la révision des procédures, le conventionnement et le paiement des 195 projets retenus suite à l'appel à projet 2010. Les délais ont été tenus.

La procédure d'appel à projet a été maintenue pour 2011 mais avec des réorientations importantes préparant le passage à un processus de déploiement négocié sur le territoire de programmes resserrés autour des priorités, soutenus par des cahiers des charges précisés. L'ensemble des opérateurs de la région a été invité à une présentation et discussion de ces évolutions.

- En œuvrant pour la mise en place d'un pôle régional d'ingénierie en éducation / promotion de la santé.

L'IREPS, les CODES et une plateforme d'associations œuvrant dans ce champ, fortement soutenus par la DRASS puis l'ARS ont tracé la voie de ce pôle et conduit les premiers travaux ouvrant les perspectives de réalisation. L'enjeu est bien, pour les décideurs et les acteurs, de disposer des ressources méthodologiques, en formations, en données probantes, en outils pour faciliter la prise de décision, accroître l'efficacité des programmes conduits et permettre leur évaluation. Ce travail de fond, dynamisé en 2010 par la mise en place de l'ARS, devrait permettre une concrétisation à travers le schéma régional de la prévention.

- En recherchant les partenariats avec les réseaux d'acteurs couvrant le territoire et agissant au plus près des personnes les plus « éloignées » des programmes.

Recherche d'un partenariat avec les élus portant des dynamiques locales de santé, en lien avec les délégations territoriales; partenariat avec les Conseils Généraux et le Conseil Régional pour une mobilisation des réseaux couvrant le territoire et implantés au plus près des populations en difficulté (missions locales d'insertion, points écoute jeunes, réseau parentalité etc...); partenariat avec l'éducation nationale pour le déploiement d'une éducation à la santé dès le plus jeune âge, dans la durée et de qualité.

LE RENFORCEMENT DES PROGRAMMES SUR LES PROBLEMES PRIORITAIRES DE LA REGION

· **Les addictions**

Les conduites addictives sont en Languedoc Roussillon un problème majeur touchant très fortement les jeunes et très jeunes (y compris en termes de polyconsommation et de produits stupéfiants). Le tabagisme (notamment croissant chez les femmes), l'ivresse mais aussi la maladie alcoolique, les produits psychotropes et les dégâts par exemple en termes de contaminations par le VIH et les hépatites ou encore d'accidents de la route ont un impact majeur sur la santé et la désinsertion sociale dans la région. Les mesures nouvelles (1 426 851 €) de l'ONDAM médico-social portant l'enveloppe globale à 20 289 846 €, ont permis en 2010 de renforcer les dispositifs :

- en lits halte soin santé, adossés à des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) et en lien avec les Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS),
- en places d'appartements de coordination thérapeutique dans tous les territoires,
- en structures spécialisées : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA-prise en charge médico-sociale) et Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD - accueil bas seuil et réduction des risques de toxicomanes actifs).

L'ensemble des CSAPA de la région a vu son agrément revu, conformément aux textes, après passage en CROSS : tous ont maintenant un agrément généraliste permettant d'évoluer vers une prise en charge globale des addictions (alcool, tabac et substances toxiques).

p.35

· **Le surpoids, l'obésité**

Plus généralement la malnutrition constitue également un problème majeur en Languedoc Roussillon, dont la précarité des populations fait le lit. La publication des résultats du baromètre santé nutrition en LR dont l'élaboration est soutenue par l'ARS montre l'ampleur du problème, mais aussi les progrès faits sur le sujet.

L'ARS, avec la Conférence régionale nutrition santé qu'elle pilote, a organisé une journée sur le thème de la prévention et de la prise en charge de l'obésité infantile qui a remobilisé le tissu régional (140 participants aux quatre ateliers) et tracé les perspectives des programmes à mettre en œuvre.

Au long de l'année, l'effort a été soutenu : poursuite du partenariat avec la DRAAF pour l'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire pour les populations en situation de précarité ; travail avec les élus et trois nouvelles Villes Actives pour le Programme National Nutrition Santé (PNNS) ; formation de formateurs au PNNS et interventions diverses (villes, universités, écoles para médicales, CCI, CODES ...).

· **La couverture vaccinale**

La situation vaccinale de la population du Languedoc Roussillon n'est pas satisfaisante, laissant courir le risque d'émergence ou de ré-émergence de maladies et d'épidémies. L'épidémie massive de rougeole vécue en 2010 dans l'Aude et les Pyrénées Orientales, poursuivie début 2011 dans le Gard et l'Hérault puis la Lozère en est le témoignage. Au-delà de la gestion de cette épidémie qui a fortement mobilisé l'agence afin d'éviter que les sujets fragiles soient atteints, c'est toute la base d'une politique vaccinale en région qui a été mise en place, avec les partenaires institutionnels (éducation nationale, conseils généraux) et professionnels (centres de vaccination, hôpitaux, libéraux) réunis au sein de la conférence régionale de la politique vaccinale. Une sensibilisation du grand public sur le thème de la vaccination, en particulier de la rougeole en tant que priorité nationale, a été menée en avril 2010 au travers de la « semaine européenne de la vaccination » renouvelée en 2011.

Les perspectives sont bien d'améliorer la couverture par les vaccinations obligatoires mais aussi en région la protection contre la rougeole (et la vaccination ROR), la tuberculose (et la vaccination des nourrissons) ainsi que l'hépatite B.

· **Le dépistage des cancers**

Deux programmes de dépistage systématiques sont développés en région : le cancer du sein chez les femmes au-delà de 50 ans et le cancer colo-rectal chez les hommes et les femmes de plus de 50 ans. L'accès à ce dépistage est un enjeu de santé publique étant donné le poids de ces pathologies en région. Deux campagnes ont été conduites, pilotées par les structures de dépistage avec un fort investissement de l'ARS. La réponse du public montre l'intérêt accordé. Les perspectives sont de mobiliser les professionnels médicaux, leviers les plus efficaces, et de susciter des actions dans les quartiers pour accompagner les populations dans cette démarche.

LE DEPLOIEMENT DE DISPOSITIFS

La loi HPST définit les conditions de mise en œuvre de **l'éducation thérapeutique**. La DSPE a été chargée du pilotage d'une mission transversale à l'ARS pour en accompagner la mise en œuvre. Le cahier des charges élaboré rend bien compte de la dimension qui lui est accordée : éducation à la santé du patient et de son entourage et amélioration de la qualité de vie. Chargée de l'agrément des programmes, la mission a traité 120 dossiers, témoins de l'importance du sujet dont l'enjeu est par ailleurs de ne pas aggraver les inégalités de santé par un inégal accès : en ce sens, les perspectives sont bien de favoriser des projets en collaboration entre secteur du soin (particulièrement les hôpitaux) et accompagnement ambulatoire notamment par les associations.

Les 3 axes du PRSE 2

Connaître et limiter l'exposition des populations
aux risques sanitaires

Réduire les inégalités sociales et territoriales

Préparer l'avenir : veille sur les risques émergents,
information, formation et participation

Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE 2) a été arrêté le 20 décembre 2010 pour la période 2010 à 2014. Il décline au niveau régional des mesures envisagées par le plan national santé environnement (PNSE 2) élaboré, conformément au Grenelle Environnement, en collaboration avec les représentants des associations, les élus, les partenaires sociaux, les employeurs et l'Etat.

Le PRSE 2 vise à améliorer le dépistage, la prise en charge et la prévention des risques sanitaires émergents. Il identifie les enjeux régionaux principaux atteignables à court ou moyen terme, veille à la complémentarité des plans régionaux et locaux et à la cohérence des actions engagées.

Il se compose de 15 actions réparties selon 3 axes et peut être consulté sur le site de l'ARS www.prse2-languedocroussillon.fr

Il repose sur un partenariat étroit avec l'ensemble des acteurs régionaux : DREAL, DRAAF, CIRE, Agence de l'eau, collectivités, DRJSCS...

L'ARS est en charge de l'animation territoriale et de la mise en œuvre des actions (cf annexe 5) qui relèvent de son champ de compétences (9 actions sont pilotées par l'ARS, 3 actions sont en co-pilotage ARS/ DREAL, Agence de l'eau).

p.37

2011 2012 PERSPECTIVES

Les travaux menés dans le cadre du PRSE 2 doivent alimenter le schéma régional de prévention devant être arrêté au 30 septembre 2011 et prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé ainsi que la veille sur les risques sanitaires émergents.

La réalisation des priorités du PRSE2 permet de développer une culture environnement et santé, de traiter ou prévenir certains points noirs, de repérer les risques émergents et de développer des lieux d'échange et de savoir faire ouverts à tous dans une démarche citoyenne.

—

—

—

p.38

—

—

—

—

—

—

—



Chapitre V
ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTE p.39

—

—

—

p.40

—

—

—

—

—

—

—

ACCESSIBILITE AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

Un état des lieux de la la région sur l'offre ambulatoire a été finalisé à partir du découpage des bassins de vie (100 en Languedoc Roussillon) dans le cadre des travaux de préparation à l'élaboration du volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins. Il met en évidence les points suivants en ce qui concerne les médecins généralistes :

- les patients de la région recourent en majorité au médecin généraliste de leur bassin de vie,
- le temps d'accès au médecin généraliste le plus proche est inférieur de 20 mn pour la majorité des habitants de la région (moins de 1000 personnes à plus de 20 mn),
- tous les bassins de vie bénéficient d'au moins un médecin généraliste en activité,
- 19% de la population est domiciliée sur un bassin de vie où la moitié ou plus de médecins a plus de 55 ans,
- la desserte médicale est estimée à un médecin en activité pour 910 habitants,
- seulement 225 médecins libéraux sont maîtres de stage (dont 15% en milieu rural).

L'état des lieux présente également un diagnostic régional concernant les autres professionnels de santé : infirmiers libéraux (4 zones sur 132 sont très sous-dotées), kinésithérapeutes, dentistes, sage-femmes, centres de santé, pharmacies d'officine, laboratoires de biologie médicale.

Un travail complémentaire est en cours afin de définir les nouvelles zones déficitaires de la région (seule partie opposable du volet ambulatoire du SROS). Ces zones, définies une première fois en 2005, ouvrent droit aux aides à l'installation des médecins généralistes. La méthodologie devra s'appuyer sur un indicateur national de densité médicale et la typologie obtenue sera soumise à la concertation au 2^{ème} semestre 2011.

Installation des CODAMUPS-TS

Pyrénées Orientales : 19/01/2011

Aude : 25/01/2011

Lozère : 26/01/2011

Hérault : 27/01/2011

Gard : 01/02/2011

PERMANENCE DES SOINS (PDS)

Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 prévoit que chaque ARS organise la permanence des soins sur son territoire. C'est une mission de service public permettant de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux. L'objectif est de garantir sur tous les territoires une réponse médicale adaptée.

Outre l'installation des Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS), des actions ont été menées par l'ARS sur le champ de la PDS :

- Mise en œuvre des projets de maisons médicales de garde (MMG) : Montpellier, Nîmes et Clermont l'Hérault ; du Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) de Lodève,
- Révision de certains secteurs de PDS : projet de fusion des secteurs de Villeneuve les Avignon et du Grand Avignon effectif au 1^{er} mai 2011, arrêté de l'ARS autorisant l'arrêt des gardes à minuit sur le secteur 16 de Leucate, sur Lézignan fusion de trois secteurs par l'ouverture d'une MMG depuis le 1^{er} juillet 2010.
- Régulation libérale : pour l'Hérault demande de financement de la régulation libérale sur le FIQCS obtenu pour 2011, pour les Pyrénées Orientales expérimentation de régulation en nuit profonde déportée au domicile du médecin libéral organisée depuis le 1^{er} juillet 2010.
- Enveloppe financière régionale PDS : échange avec le ministère (DGOS) sur l'enveloppe de forfaits d'astreinte et de régulation au titre de la PDS.

2011 2012 PERSPECTIVES

Un état des lieux régional et départemental partagé sera réalisé d'ici septembre 2011 afin d'identifier les points forts et les points à améliorer du dispositif actuel de permanence des soins (points fixes, volume d'activité dans les tranches horaires de PDS, organisation et régulation libérale, transports sanitaires, lien avec le SDIS). Ce diagnostic alimentera le cahier des charges régional de la PDS qui doit être arrêté par le Directeur Général de l'ARS avant le 31 décembre 2011.

Le contenu du cahier des charges régional sera fondé sur les orientations du PRS et dans le respect des objectifs définis par le SROS, en articulation avec les dispositions du volet urgences. Il précisera l'organisation générale de l'offre de soins de PDS, la régulation libérale des appels, la rémunération forfaitaire des personnes participant à la PDS et à la régulation médicale. Ce contenu sera décliné par département. Il sera soumis pour avis aux CODAMUPS-TS de chacun des 5 départements, aux préfets de départements et à la commission spécialisée de la CRSA.

Elaboration d'un cahier des charges régional

en concertation avec l'URPS médecins, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins et les associations de médecins impliqués dans la PDS

LES STRUCTURES D'EXERCICE COLLECTIF

- **Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** : la circulaire du 27 juillet 2010 mettant en œuvre le plan présidentiel prévoit le développement de MSP en milieu rural à hauteur de 250 d'ici 2012 au niveau national. Les structures à créer ont été pré-identifiées dès le 2^{ème} semestre 2010 lors des réunions du Comité régional de sélection des projets de maisons de santé en milieu rural :
- 3 MSP financées par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) : Tuchan (11), Bousquet d'Orb (34), St Paul de Fenouillet (66)
- 4 projets en 2011 : La Canourgue (48), Sauve (30), Salles sur l'Hers (11), Axat (11)
- Une démarche a été entreprise auprès du ministère fin 2010 afin d'obtenir un **complément de financement** sur l'enveloppe FIQCS 2010 impactant l'ensemble des structures.
- En 2011, **une concertation est menée avec l'ensemble des structures financées par le FIQCS** (28) faisant l'objet soit de la signature d'un CPOM pour un an (9 structures en renouvellement), soit d'un avenant conventionnel pour les structures sous convention de trois ans (19).

LA REFORME DE LA BIOLOGIE MEDICALE

L'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 concernant la biologie médicale fixe 3 volets d'intervention :

- accompagner la mise en œuvre de la réforme dans des objectifs d'efficience et de qualité des pratiques : ce volet a conduit à la création de 17 laboratoires de biologie médicale (LBM) multisites regroupant plus de 50% des laboratoires pré-existants,
- fixer dans le SROS des règles d'implantation territoriale pour les LBM publics et privés afin d'assurer l'accès de la population à la biologie : enquête réalisée auprès de tous les laboratoires publics et privés en vue d'élaborer une cartographie de l'offre de biologie médicale,
- prévoir les évolutions dans le cadre du SROS sur l'organisation territoriale de l'offre de biologie pour tous les établissements publics et privés : recensement des mutualisations pertinentes en cours.

LES PHARMACIES

L'agence est chargée d'attribuer les autorisations de créations et de transferts des officines. A noter que cette activité régalienne a donné lieu à l'organisation du déplacement de l'IGAS le 16 mars 2011 à l'ARS LR pour rencontrer les acteurs et professionnels de santé liés à l'exercice de la pharmacie d'officine. L'objectif de cette rencontre a été l'évaluation de 13 officines de pharmacie de la région, qui a été finalisée et transmise à l'IGAS. A cette occasion, une enquête a été réalisée en février 2011 auprès de 1021 pharmacies d'officine avec un taux de réponses à 93%. Cette enquête a mis en évidence que 40% des officines ont un chiffre d'affaires en baisse de 2008 à 2009 soit 408 officines, avec une prédominance en milieu rural.

Comité régional de sélection des
maisons de santé en milieu rural :

20/10/2010, 30/11/2010,
24/03/2011

- création de 17 LBM multisites
- enquête sur l'offre de biologie
médicale : clôture en avril 2011

1021 Officines ouvertes
dans la région – Pour 2010 =
Transferts : Aude (4), Gard (5), Hérault (4),
Lozère (1), PO (1)
Créations : Gard (1), PO (1)

Nombre d'établissements sanitaires :
164 et 28 entités d'équipements matériels lourds

Nombre d'autorisations : 153 dont
100 en SSR (décrets d'avril 2008) et CPOM
actualisés

9 nouveaux EML suite modification du SROS
imagerie fin 2009

L'activité du pôle soins hospitaliers s'est ancrée dans la mise en oeuvre de la Loi HPST en accompagnement de la mise en place de la nouvelle gouvernance au travers de la constitution des conseils de surveillance.

La mise en place des conseils de surveillance dans les **33** établissements publics de santé a été effective au 3 juin 2010.

La démarche d'amélioration de la performance hospitalière s'est structurée autour d'une équipe pluridisciplinaire qui allie expertise régionale et proximité territoriale. Son action est appuyée par la politique de financement et de suivi des équilibres, de délivrance des autorisations et de conformité ainsi que par la contractualisation.

Une analyse fine des Etats des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) et du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) a été réalisée.

L'activité d'instruction et de décision concernant les autorisations d'activités, les équipements lourds ainsi que les CPOM s'est poursuivie. Un suivi et un accompagnement des établissements sur les investissements (ex : CH de Perpignan et d'Alés) a été mis en place. Une gestion est prévue pour les cliniques privées.

2011
2012 PERSPECTIVES

171 renouvellements d'autorisations
acceptés dont 17 suite à une injonction

6 projets de coopération retenus par le
Centre National de Pilotage en région

Les travaux d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins dans ses volets ambulatoire et hospitalier (15 thématiques) se poursuivent en lien étroit avec les professionnels de santé et les fédérations d'établissements et dans le respect des acteurs de la démocratie sanitaire. Axé sur l'amélioration de la pertinence des soins et la promotion des modes de prises en charge alternatifs à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, dialyse à domicile), le SROS PRS vise une meilleure réponse de l'offre aux besoins et un accroissement de l'efficience de l'offre par rapport au parcours de vie.

La politique de performance est portée auprès des acteurs hospitaliers au travers de la mise à disposition d'outils de pilotage, et par des démarches d'accompagnement. Les objectifs d'amélioration de la performance seront déclinés dans les différents contrats liant l'ARS aux établissements (contrats de performance, retour à l'équilibre, contrat pluriannuel d'objectif et de moyens).

Une dotation régionale limitative
en 2010

351,9 millions d'€ sur le secteur Personnes
Agées

368,7 millions d'€ sur le secteur Personnes
Handicapées

578 établissements et services PH
441 pour les PA.

Adoption du SROMS : septembre 2011

Le secteur médico social est actuellement traversé par une profonde mutation sur l'ensemble de ses domaines (tarification, autorisation, contractualisation...).

Néanmoins, avec la mise en place de l'ARS, la continuité du service public a été assurée (actualisation du PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), fin des autorisations du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale en octobre 2010) dans un contexte particulièrement délicat sur le plan budgétaire. La campagne 2010, démarrée tardivement, s'est caractérisée par la prise en compte d'un double débasage des crédits, temporaire et définitif.

Le retard constaté de la région en matière de renouvellement des conventions tripartites (de 30% à près de 70%) a été quasiment rattrapé en moins d'un an, grâce à une politique volontariste. La formation des médecins tout au long de l'année 2010 à PATHOS (système d'information sur les niveaux de soins nécessaires à la prise en charge des personnes âgées) a permis de faire face à cette montée en charge.

L'année 2010 a vu également la mise en application des nouvelles dispositions de la loi HPST. Parmi celles-ci, la mise en place d'un groupe projet sur le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS), élaboré pour la première fois, qui est emblématique des enjeux liés au secteur.

Le planning contraint du schéma a été respecté et l'analyse par territoire de santé, en cours de finalisation, s'est réalisée de manière partenariale et constructive avec les Conseils Généraux.

La procédure relative aux appels à projet a été engagée et se poursuivra sur l'exercice 2011.

Enfin dans le cadre du plan Alzheimer la mesure 16 (UHR, PASA) et la mesure 6 (équipes spécialisées en SSIAD) ont été largement engagées.

2011
2012 PERSPECTIVES

- Les enjeux sur le secteur médico social sont nombreux.
- Le décret et la circulaire du 30 décembre 2010 relative à la participation des médecins dans les Ehpad vont modifier sensiblement l'intervention médicale au sein de ces établissements et participer de la gestion du risque.
- L'adoption définitive en septembre du schéma médico social est un des enjeux majeurs de cette année 2011.

Chap. V – ORGANISATION DE L'OFFRE DE SANTE

5.3 Conforter la gestion de l'offre médico-sociale

La poursuite et la finalisation des commissions d'appels à projets constituent également une échéance importante.

La redynamisation et la généralisation des mesures issues du plan Alzheimer (PASA, UHR, SSIAD..) ainsi que la création de 2 Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) sont une des priorités fortes du pôle. La mise en place de nouvelles procédures devrait permettre de répondre à ce défi (cf. appel à projet lancé début 2011. 2 projets retenus)

Ainsi, de nouveaux outils de pilotage vont voir le jour.

L'élaboration d'un CPOM type auquel travaillent les services de l'agence, devrait permettre d'harmoniser les pratiques tarifaires et d'assurer un pilotage efficient des principales associations.

La régionalisation et le suivi rapproché par le Siège d'outils stratégiques (Selia, e-PRIAC) vont faciliter le suivi des objectifs programmés issus notamment du futur schéma.

La mise en place du futur logiciel de pilotage et de tarification budgétaire (HAPI) va nécessiter une forte mobilisation du pôle Médico Social.

Le pôle médico social et les délégations territoriales seront en lien étroit tout au long de l'année afin de faire face au contexte budgétaire délicat et d'assurer un financement optimal des établissements et services médico-sociaux de la Région.

ONDAM : 3% en 2010
2,9% en 2011
2,8% en 2012

**Circulaire du 19/07/2010 fixe
les 10 priorités aux ARS :**

Montant économies 2010 : 360 M€

Montant économies 2011 : 490 M€

Contrôle de la T2A

Campagne 2009 : 11 établissements sanctionnés

Campagne 2010 : Etablissements contrôlés

MSAP Chirurgie ambulatoire :

10 établissements accompagnés

MSAP hors chirurgie ambulatoire :

5 établissements accompagnés

La Loi HPST a prévu la signature d'un contrat Etat/UNCAM fixant pour 4 ans des objectifs de gestion du risque devant permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM.

Pour cela, l'ARS déploie des programmes de gestion du risque en coopération étroite avec les organismes d'Assurance Maladie.

Afin de faciliter la diffusion de cette culture, au sein de l'ARS, des réunions de travail ont été organisées avec les directions du siège et les délégations territoriales.

Les 10 thématiques nationales de gestion du risque issues du contrat Etat UNCAM ont été déployées. En particulier, la réalisation des réunions avec les **EHPAD** sur les bonnes pratiques professionnelles, a été l'occasion d'un travail commun entre le siège, les délégations territoriales et l'Assurance Maladie.

A noter le travail entrepris sur la **chirurgie ambulatoire**, qui est une priorité régionale : les programmes de mise sous accord préalable en chirurgie ambulatoire ont été relancés. Ils visent à encourager les établissements et les professionnels de santé à développer la chirurgie ambulatoire et à structurer l'offre de soins en ce sens. Tous les établissements concernés ont été rencontrés avant la mise en œuvre du programme.

Le contrôle de la tarification à l'activité : les nouvelles instances (commission de contrôle, unité de coordination régionale) ont été mises en place. Elles ont organisé le traitement de la campagne 2009, la réalisation de la campagne 2010 et proposé au Directeur Général de l'ARS les sanctions à appliquer. Les fédérations ont été régulièrement rencontrées.

Au niveau des **produits de santé**, l'évaluation annuelle des contrats de bon usage a été réalisée afin de veiller à l'amélioration de la sécurité et de la qualité du circuit du médicament, en lien avec l'OMEDIT. La maîtrise des prescriptions des produits de santé facturés en sus des GHS a fait l'objet de contrôles réalisés avec l'Assurance Maladie et d'un suivi préventif. Le plan d'actions arrêté du plan national sera mis en œuvre en région en 2011.

2011
2012
...

PERSPECTIVES

- **Programmes nationaux**

Au-delà de la poursuite des programmes déployés en 2010, l'année 2011 a déjà été marquée par la mise en œuvre des actions suivantes en matière :

- **de prescriptions hospitalières de transports** : contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution est supérieur au taux fixé nationalement et expérimentation de nouveaux modes de gestion des transports hospitaliers,

- **de prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville** : contractualisation avec des actions fortes d'accompagnement auprès des établissements dont le taux d'évolution est supérieur au taux fixé nationalement,

- **d'insuffisance rénale chronique terminale** : élaboration d'un plan d'actions pour la prévention et la prise en charge en lien avec une des priorités régionales qui porte sur le développement des greffes d'organes,

- **d'accompagnement des EHPAD** et notamment suivi de la montée en charge du contrat de coordination des professionnels de santé libéraux intervenants.

- **Structuration de la Gestion Du Risque, à finaliser par :**

- l'élaboration du Programme Régional de Gestion du Risque et détermination en lien avec l'Assurance Maladie, des actions régionales complémentaires à mettre en œuvre, y compris dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les addictions.

- la signature des contrats ARS – organismes d'Assurance Maladie afin de décliner la mise en œuvre du projet régional de santé et du Programme Régional de Gestion du Risque.

Contractualisation transports
(5 établissements) et
médicaments
(6 établissements)

Plan d'action IRCT et chirurgie
ambulatoire

Campagne de contrôle T2A 2011

Contrats ARS / Assurance Maladie

Nombre de réunions de la commission
des plaintes sanitaires et de 1^{er}
recours :

7 réunions

Nombres de plaintes et
signalements instruits :

149 plaintes et 17 signalements

Nombre de rapports CRUQ traités :

124 rapports

Nombre de fiches inter-faces ARS/HAS
produites en 2010 :

27 fiches

Au plan de l'approche qualitative des établissements de santé, de l'offre de soins de 1^{er} recours et des établissements médico-sociaux, l'ARS intervient sous 5 focales :

- **la gestion des plaintes d'usagers**

Un travail de structuration de la gestion des plaintes et signalements relevant des établissements du secteur médico-social a été entrepris avec l'ensemble des DT pour parvenir à une gestion harmonisée et efficace. Ces plaintes et signalements sont gérés par les délégations territoriales en partenariat avec les Conseils Généraux et l'Assurance Maladie avec l'appui technique du siège de l'A.R.S.

Sur le champ des établissements de santé et de l'offre de soins de premier recours, une commission régionale des plaintes et des signalements a été installée au sein de l'ARS (siège). Elle est chargée de leur orientation et de leur instruction. Cette instruction peut conduire à mettre en évidence des dysfonctionnements qui donnent lieu à des inspections ou à des recommandations adressées aux professionnels et aux établissements de santé.

- **la gestion des rapports CRUQ transmis par les établissements sanitaires**

Les informations issues de la gestion des plaintes sont mises en perspective avec les rapports annuels d'activité des Commissions de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) que chaque établissement de santé est tenu de fournir à l'ARS. Une synthèse de ces rapports, accompagnée de propositions et de pistes d'action a été réalisée et présentée à la Commission spécialisée des usagers de la CRSA. Un plan d'actions en la matière a été défini. La proposition innovante faite aux établissements d'assurer la transmission et le traitement des rapports CRUQ à l'ARS grâce une interface informatique partagée et à un questionnaire-type a été accueillie très positivement. Elle devrait permettre à l'ensemble des établissements de gagner en qualité sur la production de ces rapports.

- **la démarche de certification des établissements de santé**

L'ARS travaille en amont des visites de certification des visiteurs-experts de la HAS en les renseignant grâce à une fiche interface HAS-ARS. Ce document faisant l'objet d'échanges techniques itératifs entre l'ARS et la HAS, permet d'enrichir la certification d'éléments de contexte propres à chaque établissement.

A noter que la démarche de certification est complémentaire de la démarche de contractualisation qui est mise en œuvre par l'ARS au travers des CPOM qu'elle conclut avec les établissements et qui comportent des éléments qualitatifs. Les résultats des visites de certification peuvent également, s'ils sont négatifs, générer des missions d'inspection ciblées.

Nombres d'inspections-contrôles :

158 inspections-contrôles
dans le secteur sanitaire
33 inspections-contrôles
dans le secteur médico-social

- **l'Inspection-contrôle**

En 2010, des inspections-contrôle ont été diligentées auprès de structures ou de professionnels dont l'activité relève du champ de compétence de l'ARS. Ces inspections ont été déclenchées soit suite à des plaintes ou signalements, soit dans le cadre de programmes d'interventions nationaux ou d'actions régionales programmées portant sur des thématiques ciblées (exemple : IVG,...).

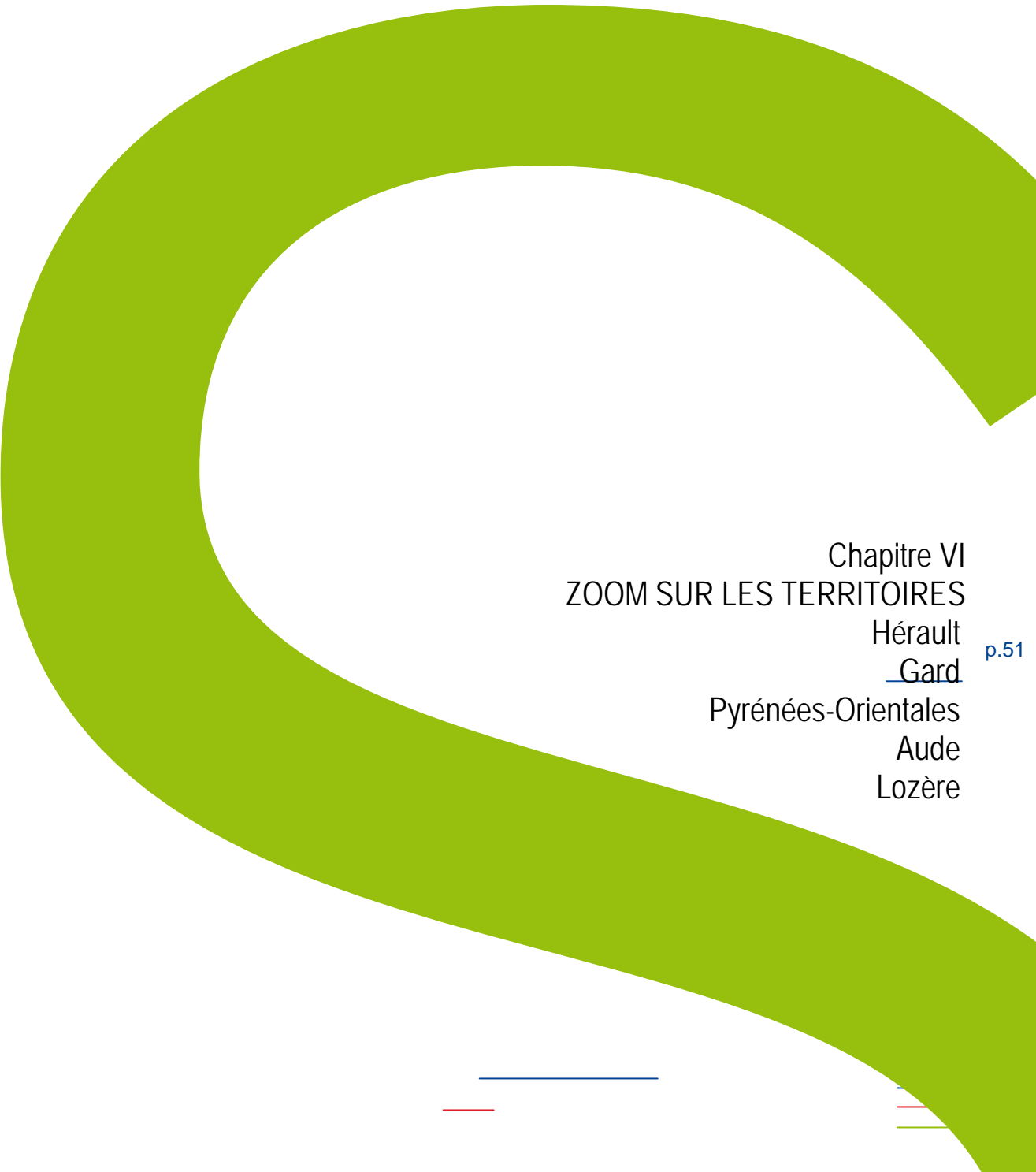
2011
2012
...
PERSPECTIVES

Dans le champ médico-social et plus particulièrement **des EHPAD**, l'ARS déploiera, dans le cadre d'un projet interrégional avec les régions Midi Pyrénées et Limousin, des actions visant à évaluer et à promouvoir la qualité de la prise en charge en EHPAD. Ce projet qui sera mené avec des EHPAD volontaires a notamment pour objectifs d'améliorer : l'adéquation de la prescription médicamenteuse et la lutte contre la iatrogénie, la prise en charge des troubles psychologiques et/ou comportementaux, la qualité des prises en charge soignantes et des pratiques professionnelles, la qualité de l'alimentation des personnes résidant en EHPAD ainsi que la lutte contre les risques infectieux.

Ce projet sera mené en parallèle de l'évaluation régionale des modalités d'appropriation des obligations (loi 2002-2) qui s'appliquent aux **établissements médico-sociaux** en matière **d'évaluations interne et externe**.

Au-delà de ces projets, des plans d'action seront développés en partenariat avec les établissements afin de promouvoir et de consolider l'amélioration de la prise en charge des usagers :

- accompagnement des établissements de santé sur les démarches de certification de la HAS et la production et la valorisation des rapports CRUQ,
- amélioration de l'analyse intégrée des éléments d'information qualitative que les différents services de l'ARS peuvent produire et traiter.



Chapitre VI
ZOOM SUR LES TERRITOIRES
Hérault
Gard
Pyrénées-Orientales
Aude
Lozère

—

—

—

p.52

—

—

—

—

—

—

—

Chaque délégation territoriale met en œuvre la politique régionale en matière de prévention et promotion de la santé, de santé environnementale, de veille et sécurité sanitaire, de suivi et d'accompagnement des établissements hospitaliers et médico-sociaux et assure des missions transversales telles que l'inspection contrôle ou l'animation territoriale.

Ces missions s'exercent en tenant compte des spécificités locales, des forces et des compétences dont dispose la délégation.

Le focus effectué au sein des pages suivantes, sur chacun des territoires, permet tout à la fois de disposer au final d'une vision d'ensemble sur toutes les activités menées par les délégations territoriales et de connaître les actions ciblées, correspondant aux besoins spécifiques à chaque territoire.

A l'issue d'une période de restructuration (fin juin 2010) tant organisationnelle par rapport aux directions métiers et transversales du siège, que géographique par sa réimplantation sur le site de l'ex DRASS/DDASS, la **DELEGATION TERRITORIALE DE L'HERAULT**, à l'instar des autres délégations, s'est inscrite dans les orientations régionales.

Une participation active à la préparation du PRS

- Contribuer à faire comprendre et accepter le redécoupage territorial
- Affiner, territorialiser et hiérarchiser le diagnostic régional, en associant les partenaires locaux, en recueillant leurs avis et suggestions sans attendre l'installation des conférences de territoires (contributions des établissements de santé publics, des Agences du conseil général, de l'éducation nationale, des fédérations...)
- Faciliter la constitution et le fonctionnement de la conférence de territoire de l'Hérault et susciter une dynamique participative conduisant à la création de 5 groupes de travail (maillage territorial / accessibilité, personnes âgées, addictions, handicap psychique et santé mentale, maladies chroniques hors santé mentale)

Une démarche de renforcement des partenariats

Conseil Général : instauration de contacts réguliers et fréquents avec la Direction du Pôle départemental de la Solidarité et ses différents services permettant notamment un co-pilotage des politiques de suivi et d'animation des ESMS.

Une collaboration a également été instaurée avec les fédérations des établissements de santé, ESMS, Préfecture, DDI-DDCS, l'inspection d'Académie, les collectivités territoriales.

Des actions menées en santé publique et environnementale

La délégation territoriale gère les dispositifs et plans départementaux, participe à l'astreinte avec le siège, concourt au bon fonctionnement du point focal unique d'entrée chargé de la veille, de l'accueil et du traitement des alertes sanitaires.

- Réécriture du plan canicule Hérault
- Contrôle de l'eau potable, des eaux de baignade et des piscines : 5743 prélèvements et analyses sur les Installations publiques ou privées de captage, traitement et distribution d'eau destinée à la consommation, 3 692 analyses sur la qualité des eaux de baignade.
- Habitat insalubre : 26 arrêtés d'insalubrité concernant 33 logements, 4 levées d'arrêté, 6 mises en demeure pour saturnisme. Création le 27 avril 2010 du Pôle départemental de lutte contre l'habitat insalubre.

Une optimisation de l'offre de santé

- Soins de premier recours : la cellule ADELI (système d'information national sur les professionnels de santé) a enregistré 2322 professionnels de santé (+5,6% par rapport à 2009) principalement des infirmières (+25%). 1500 arrêtés d'hospitalisation d'office. Une recherche d'amélioration de la permanence des soins via la MMG de Clermont l'Hérault, le CAPS de Lodève, la MSP du Bousquet d'Orb.

- Etablissements de santé : suivi de 19 établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (suivi des CPOM, de l'état prévisionnel des recettes et dépenses 2010, du plan global de financement pluriannuel 2010-2014, des retraitements comptables 2009. Réalisation de 2 visites de conformité.

Fin de système d'autorisation : 19 projets de création ou d'extension de capacité instruits devant le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS).

Visites d'établissements hospitaliers dont le CH de Béziers et rencontres avec les établissements privés, non suivis antérieurement par les DDASS.

- Champ personnes âgées : création de 6 Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour un total de 313 places, 3 EHPAD ont bénéficié d'extensions de capacité pour un total de 17 places d'où 358 places créées en 2010, 18 conventions tripartites signées au 31/12/2010, 6 visites de conformité, 9 inspections pluridisciplinaires, une enveloppe financière de 119 940 821 euros pour les dotations soins des EHPAD et Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), 9 rencontres avec des responsables d'EHPAD dont 2 responsables de mutuelles et un représentant du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Montpellier.

- Champ personnes handicapées : 121 places supplémentaires dans les diverses catégories d'établissements d'accueil, une structure expérimentale d'accueil de jour pour jeunes adolescents « border line » financée pour un montant de 3 689 190 euros.

Signature de 3 CPOM regroupant 34 structures dans le champ médico-social personnes handicapées.

- Réforme de la biologie médicale : création de 6 laboratoires multi-sites réunissant 44 laboratoires pré-existants au 2^{ème} semestre 2010.

- Renforcement du suivi budgétaire et financier des ESMS et des autorisations. Demande de prise d'un arrêté préfectoral portant fermeture immédiate et provisoire d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) mettant en danger grave ses résidents.

Une affirmation de la présence de l'ARS sur le territoire

En particulier dans 2 domaines d'actions transversales :

- Qualité et gestion du risque : mettre en œuvre les programmes d'inspection et de gestion du risque notamment autour de la bientraitance. Promouvoir les démarches d'évaluation interne et externe et la diffusion de bonnes pratiques.
- Animation territoriale : susciter et accompagner les initiatives locales visant à apporter des réponses innovantes et efficaces aux besoins du territoire, à améliorer l'accessibilité géographique, temporelle, financière et culturelle aux soins.

2011
2012 PERSPECTIVES

- Mettre en place des nouveaux régimes d'autorisation suite au PRS et à ses schémas.
- Conforter notre organisation en tant que délégation territoriale au regard des missions confiées.
- Renforcer l'animation territoriale.
- Développer les visites de conformité et les inspections des établissements publics et privés.
- Poursuivre la réforme de la biologie avec créations des laboratoires multi-sites et « disparition » des laboratoires indépendants.
- Mettre en œuvre la réforme des hospitalisations sans consentement.
- Mettre en œuvre les dispositions du plan Alzheimer (PASA, UHR, MAIA, régularisation des accueils de jour de faible capacité ainsi que la formation aux aidants familiaux)
- Renégocier les CPOM dans le champ médico-social personnes handicapées arrivant à échéance.

Les dossiers majeurs menés par **LA DELEGATION TERRITORIALE DU GARD** en 2010 :

Le lancement de trois investissements d'envergure au centre hospitalier universitaire de NIMES

En 2010, trois investissements importants et structurants ont été engagés dans cet établissement.

- la construction d'un pôle de psychiatrie sur le site de Caremeau (700 m² SU) comportant une tranche ferme de 120 lits (dont 10 lits de psychiatrie infanto juvénile) pour un total de 18 M€ avec un financement PRISM de 809 336 €

-la reconstruction du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle du Grau du Roi (1^{ère} pierre le 8/10/10) à dimension régionale avec la construction d'un bâtiment compact et fonctionnel de 190 lits permettant une meilleure organisation des soins et de la logistique. Le centre assurera la rééducation et la réadaptation neurologique, locomotrice ainsi que des soins en addictologie, diabétologie et traitera les maladies de la nutrition. Cette opération d'un coût de 32 650 000 € est inscrite au Plan Hôpital 2012.

-la restructuration du Pôle urgences réanimation (1^{ère} pierre le 21/10/10) qui comporte une extension de 2 500 m² accueillant le SAMU, le SMUR et la zone administrative des urgences. Cette opération destinée à assurer une meilleure fluidité des prises en charge représente un coût de 11 M€ engagé par autofinancement.

Le lancement du plan national de développement de maisons de santé pluri professionnelles

Destinées à répondre aux difficultés d'accès aux soins observées dans les territoires ruraux, les maisons de santé pluri-professionnelles doivent favoriser la collaboration entre les professionnels de santé, optimiser le temps médical et répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins.

Des initiatives se sont exprimées dans le Gard, notamment à Sauve, Le Vigan, Bessèges et Saint Jean du Gard qui nécessitent d'être accompagnées et consolidées afin d'obtenir le soutien de l'Etat, des collectivités territoriales ou du fonds d'intervention à la qualité et à la coordination des soins (FIQCS).

Le développement des équipements en faveur des personnes âgées dépendantes

En 2010, l'effort de création de nouvelles capacités d'accueil des personnes âgées dépendantes a été poursuivi en collaboration avec le Conseil Général du Gard, permettant d'atteindre un taux d'équipement départemental de 102,67 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Ainsi, 196 places supplémentaires ont été mises en service en 2010, soit par extension des capacités existantes, soit par création d'établissements nouveaux (Aigues-Mortes, Aramon et Vergèze).

Enfin, 24 places supplémentaires en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été créées afin d'accompagner le maintien à domicile des personnes âgées, dont 10 places spécialement dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Financé dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, ce projet expérimental porté par la Croix Rouge à Nîmes permet une prise en charge des malades à leur domicile, par une équipe paramédicale spécifiquement formée aux soins d'accompagnement et de réhabilitation.

2011
2012 PERSPECTIVES

L'ouverture du nouvel hôpital d'Alès.

Le centre hospitalier d'Alès a ouvert au printemps 2011 son nouvel hôpital qui, avec 292 lits et places, abrite les services d'hospitalisation et de consultation, ainsi qu'un plateau technique regroupant urgences, réanimation, bloc opératoire, imagerie, laboratoire, pharmacie et stérilisation.

Il accueillera l'ensemble des parturientes du bassin compte-tenu de la fermeture de la maternité de la clinique Bonnefon à Alès.

Cette opération d'un coût de 127 M€, est accompagnée sur le plan Hôpital 2007 et sur la marge régionale respectivement à hauteur de 3,8 M€ et de 0,65 M€ en soutien aux surcoûts d'investissement.

La création d'une maison médicale de garde à Nîmes.

Cette nouvelle structure située à proximité du service des urgences du CHU de Nîmes est destinée à assurer, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, des soins non programmés à la population de l'agglomération Nîmoise et de sa périphérie. Il s'agira d'une structure collective de médecine générale, sécurisée, facilement repérable et fonctionnant de manière coordonnée avec le SAMU centre 15, SOS Médecins à Nîmes et le service des urgences du CHU.

Cette opération dont l'investissement a été financé en grande partie par les collectivités territoriales va bénéficier pour son fonctionnement d'une aide du fonds d'intervention à la qualité et à la coordination des soins (FIQCS).

En premier lieu la mise en place de l'ARS et de sa **DELEGATION TERRITORIALE DES PYRENEES-ORIENTALES**, expression de l'agence sur le territoire a conduit à réorganiser la délégation, en particulier dans ses relations avec le siège pour l'ensemble des métiers.

Hôpital de Cerdagne

Projet novateur et ambitieux, l'hôpital de Cerdagne est le premier hôpital transfrontalier européen. Son ouverture est prévue en 2012. Il permet d'organiser une offre de soins de qualité pour la population vivant sur le plateau Cerdan des deux côtés de la frontière, sur la base d'un projet médical commun et d'une intégration des services.

Le chantier de construction a été mis en œuvre dès 2010 sous l'égide de la Generalitat de Catalogne puis sous celui des Groupements Européens de Coopération Territoriale (GECT) dont le Conseil d'administration a été installé le 15 décembre 2010 associant la Catalogne et la France. Ce dossier fait l'objet d'une attention particulière de la Direction Générale et d'un suivi opérationnel par la délégation territoriale des Pyrénées-Orientales, en lien avec ses différents partenaires.

Dans le domaine de l'offre de soins sanitaire

- § Ouverture du nouvel hôpital du CH Perpignan, phase 1, et début de la reconstruction, phase 2.
- § Ouverture de l'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) de l'hôpital de Prades, et prélabellisation de 5 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).
- § Signature et mise en place en décembre du Groupement Européen de Coopération Territoriale (GECT) de l'hôpital transfrontalier de Puigcerda.

Dans le domaine de l'offre de soins médico-sociale

- § Ouverture de la MAS des Myrtilles à Osséjà, de la MAS des Sources à Thuès-les-Bains, du SESSAD Poc à Mas à Prades et de la MAS de l'Orri à Prades fin 2010. Ouverture de l'EHPAD de la Mutualité à Pézilla-de-la-Rivière.
- § Organisation de la rencontre avec les EHPAD sur les thèmes de la dénutrition et de la géronto psychiatrie, dans le cadre des actions de gestion du risque au niveau national.
- § Réalisation d'une campagne budgétaire dans des délais très courts et dans un contexte budgétaire très tendu.
- § Signature de conventions tripartites afin d'améliorer les soins pour les résidents.

Dans le domaine de la Veille et Alerte

- § Mise en place de nouvelles procédures avec le siège, de déclaration des alertes et de leur traitement.
- § Concrétisation du réseau de veille sanitaire des Pyrénées Orientales, pour améliorer la coopération entre partenaires et le traitement des signaux d'alerte.
- § Fin de la campagne vaccination contre la grippe H1N1, et gestion de toute la logistique induite (paiement des professionnels, repli des centres de vaccination).

Soins de premiers recours

- § Préparation de la mise en place et installation des CODAMUPS.

Santé Environnementale

- § Atteinte en fin d'année d'un pourcentage de 82 % de captages dotés d'un périmètre de protection et d'une autorisation préfectorale.
- § Action très importante sur la lutte contre l'habitat indigne, menée avec les partenaires institutionnels (Conseil général, CAF, Perpignan Méditerranée Communauté d'agglomération, DDTM, ville de Perpignan).

Plans et Schémas

- § Participation à l'élaboration du diagnostic régional sur l'état de santé de la population, dans le cadre de l'élaboration du PRS.
- § Révision complète du plan départemental canicule.

2011
2012 PERSPECTIVES

L'élaboration du PRS et des schémas régionaux (offre de soins, prévention ...) est l'occasion de faire émerger les besoins de la population en matière de santé et de dégager les pistes pour améliorer l'état de santé de cette population. Dans le département des Pyrénées Orientales, un accent doit être mis sur la part de population en état de précarité et sur la difficulté d'accès aux soins, tant financière que géographique.

Offre de soins sanitaire

- § Poursuite de la reconstruction du CH Perpignan, et détermination d'un programme de phase 3 qui permette une reconstruction complète de l'établissement pour un fonctionnement rationnel prenant en compte les besoins réels du territoire.
- § Mise en œuvre de coopérations entre établissements publics et privés pour répondre aux besoins.
- § Fin des travaux de l'hôpital transfrontalier de Puigcerda et préparation des conditions de son ouverture.
- § Restructuration de l'offre de soins SSR du territoire.
- § Réduction des écarts par rapport à la région pour les indicateurs de santé.

Offre de soins médico-sociale

- § Après les ouvertures d'établissement sur le champ du handicap ces dernières années, et la prévision d'ouverture de la MAS Handas à Argelès-sur-Mer fin 2011 début 2012, il est nécessaire de stabiliser l'enveloppe dans le nouveau contexte de gestion défini par la CNSA pour le secteur du handicap.
- § Dans le secteur des personnes âgées, encore déficitaire en nombre de place d'EHPAD par rapport à la région, permettre l'ouverture des établissements programmés en lien avec le Conseil Général.
- § Porter une attention à l'accessibilité financière aux établissements, et aux conclusions du débat sur la dépendance. Porter une attention particulière à la bientraitance, tant en établissement que dans le maintien à domicile.

Dans le cadre du plan Alzheimer, la poursuite de la mise en place de PASA pour atteindre l'objectif régional sera recherchée.

Les personnes âgées entrant en EHPAD à un âge de plus en plus avancé, leur prise en charge est de plus en plus lourde pour le personnel et il faudra en tirer les conséquences en particulier pour le volet des soins.

Soins de premiers recours

Face à la pénurie de professionnels de santé dans les zones d'arrière pays, qui freine la revitalisation de ces zones, des solutions adaptées devront être apportées, que ce soit les maisons de santé pluriprofessionnelles ou d'autres modes d'incitation pour faire rester ou revenir des professionnels de santé, en utilisant également les modes modernes de communication (télémédecine ...).

Veille et Alerte

Le dispositif régional et départemental de veille et alerte mis en place en 2010 par l'ARS doit être amélioré au vu de l'expérience, en lien avec les partenaires du réseau de veille sanitaire du territoire. La révision des plans d'urgence menée avec le Service Interministériel de Défense et Protection Civile (SIDPC) confortera le dispositif pour la gestion des crises.

Santé environnementale

En dehors des objectifs figurant au CPOM (mise en place des périmètres de protection des captages, lutte contre l'habitat indigne), pour lesquels la délégation a déjà une action forte, les nouveaux risques vont prendre une place importante, lutte antivectorielle, amélioration de la qualité de l'air intérieur, lutte contre les légionelloses ... L'amélioration de l'état de santé de la population devrait bénéficier en direct de ces actions.

Promotion de la Santé

La mise en œuvre du schéma régional de prévention amènera la poursuite et le renforcement déjà engagés dans un territoire où la précarité et le problème des addictions sont importants. Les thèmes retenus dans le CPOM comme la lutte contre l'obésité seront particulièrement étudiés.

Les principaux dossiers traités par **LA DELEGATION TERRITORIALE DE L'AUDE** sur l'année 2010 ont pour certains des retentissements sur l'année 2011 :

Installation d'une plateforme médico-logistique à MONTREDON : financée dans le cadre du plan hôpital 2007 administrée par plusieurs établissements de santé publics et privés du département, cette plateforme a pour objectif la massification des achats dans plusieurs domaines : ravitaillement général programmé, achat pharmaceutique, blanchisserie, restauration / cuisine et préparation de repas. L'appui de la délégation territoriale, en lien avec la DOSA, consiste à suivre avec attention le processus de massification des achats et la pertinence du service rendu de cette plateforme.

Redémarrage des Thermes de Rennes les bains : après une longue période de fermeture liée à des analyses bactériologiques de l'eau défavorables, les thermes ont pu rouvrir leurs portes au titre de la saison 2010. Même si l'exploitation reste fragile, la délégation territoriale, en lien avec le sous préfet d'arrondissement réalise un travail d'accompagnement et de suivi sanitaire régulier de l'eau délivrée aux curistes.

Suivi du fonctionnement de l'usine d'embouteillage des eaux d'Alet : entreprise symboliquement importante dans la haute vallée, cette usine a toujours bénéficié d'un appui sanitaire et politique important afin de préserver des emplois et de continuer à produire de l'eau minérale dans l'Aude. Toutefois, faute de repreneurs sérieux, les investissements attendus pour l'embouteillage n'ont jamais été à la hauteur des recommandations de l'unité santé environnement de la délégation territoriale au point que la fermeture administrative a été préconisée.

Dossier du CORRY à FERRAN (lieu de vie fermé par décision préfectorale) : dossier sensible et signalé s'il en est, après une période de crise qui a atteint son paroxysme au mois de mai 2010 avec un emballement médiatique et politique local conséquent. Avec l'appui des services du siège, la délégation territoriale a pu procéder à une sortie de crise en partenariat avec le conseil général de l'Aude et en lien avec le préfet. Cette sortie de crise a abouti au financement d'un projet expérimental de type FAM porté par le GCSMS Autisme France et financé par le ministère.

Suivi des cas de cancer de la vessie à ESPERAZA : dossier important en termes de santé publique, il s'agit d'un vrai dossier de santé environnementale (DT) et épidémiologique (siège et CIRE) qui a conduit, à la demande de l'INVS, à la mise en œuvre d'un comité de pilotage au début de l'année 2011, afin d'expertiser le risque d'exposition de la population à la problématique du cancer de la vessie.

2011
2012 PERSPECTIVES


Au titre de l'année 2011, la délégation territoriale entend poursuivre son travail de suivi de dossiers de fond en routine ou de façon plus particulière au titre de comités de pilotages. Tous les dossiers qui ont émergé en 2010 et sont mentionnés ci-dessus restent d'actualité et devraient connaître de nouveaux développements.

Un autre dossier a été relancé par l'attribution d'un financement en début d'année 2011. Il s'agit de la Maison des adolescents à NARBONNE : ce dossier porté par l'association ANAA adossée à l'hôpital de Narbonne sur le plan des financements a vocation à innover en matière de partenariats et réseaux pour la prise en charge des troubles du comportement et la santé mentale des adolescents. L'idée est de développer ce dossier sur l'ensemble du territoire Audois en lien avec l'Association Audoise Sociale et Médicale (AASM), gestionnaire de la psychiatrie dans l'Aude. La délégation territoriale pilote le dossier et accompagne la montée en charge de la maison des adolescents en s'assurant notamment de sa structuration sous la forme de GCS.

L'année 2010 a été marquée par l'organisation de **LA DELEGATION TERRITORIALE DE LA LOZERE** avec la définition d'un organigramme et des fiches de poste pour tous les agents.
Poursuite des missions de gestion des activités cœur de métier de l'agence notamment dans le domaine de la santé publique et environnementale, de la permanence des soins, des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles.
Programme d'inspection réalisé en lien avec les services de l'Etat (soutien technique).
Poursuite de l'animation territoriale.

2011
2012 ... PERSPECTIVES

- Participation à l'élaboration des schémas régionaux.
- Contribution à l'élaboration des volets territoriaux des schémas et du PRS.
- Animation des instances de démocratie sanitaire à l'échelon territorial.
- Participation aux groupes de travail.
- Poursuite des missions « cœur de métier » notamment sur le volet médico-social.
- Articulation avec les directions métiers du siège de l'ARS.
- Déroulement du programme d'inspection, contrôle, évaluation.



Annexes
Composition du Conseil de Surveillance
Présentation des Groupes Projets
Objectifs CPOM/ARS Ministères
Avis de la CRSA du 28 mars 2011 sur le PSRS
Les 15 actions du PRSE 2

—

—

—

p.66

—

—

—

—

—

—

—

Ø **MEMBRES AVEC VOIX DELIBERATIVE**

Présidence	
BALAND Claude	Préfet de la région Languedoc-Roussillon Président du Conseil de surveillance de l'ARS
1° Représentant de l'État	
PHILIP Christian	Recteur de l'Académie de Montpellier
RIGAUX Jean-Pierre	Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DELAGE Jean-François	Préfet des Pyrénées-Orientales
2° Membres des Conseils ou Conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie	
LEUZ Mohamed	Syndicat CGT – titulaire
FOUILHE Gilbert	Syndicat CGT- Force Ouvrière – titulaire
ARTIERES Jacques	Syndicat CFDT – titulaire
FERRER Michel	Syndicat CFTC – titulaire
MORANDINI Jean-Christophe	Syndicat CFE-CGC - titulaire
BESSION Daniel	Syndicat MEDEF – titulaire
ROSIER Josiane	Syndicat CGPME – titulaire
FUSTER Serge	Syndicat UPA – titulaire
GIBELIN Olivier	Mutualité Sociale Agricole – titulaire
ROUQUETTE Christian	Régime Social des Indépendants – titulaire

3° Représentants des collectivités territoriales	
DELIEUX Suzanne	Conseiller régional – titulaire
JOURDET Anne-Marie	Vice-Présidente du Conseil Général de l'Aude – titulaire
GUIBAL Michel	Conseiller Général de l'Hérault – titulaire
BLANC Jacques	Sénateur-Maire de la Canourgue – titulaire

4° Représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées de la CRSA	
BESSAC Roselyne	Représentant les associations de patients – titulaire
SITBON Simon	Représentant les associations œuvrant en faveur des personnes âgées – titulaire
ROQUE Francis	Représentant les associations œuvrant en faveur des personnes handicapées – titulaire
5° Personnalités qualifiées	
BARTHEYE Evelyne	Personnalité qualifiée
D'HAUTEVILLE Anne	Personnalité qualifiée
PUJOL Henri	Personnalité qualifiée
ROUSSON Jean-Claude	Personnalité qualifiée

Ø **MEMBRES AVEC VOIX CONSULTATIVE**

Dr Aoustin Martine	Directeur Général
LEBRUN Etienne	Agent comptable, chef des services financiers
CHAUVIERE Nadine	Directeur des Finances Publiques
GUILLEBERT Olivier	Représentant du personnel
KLEIN Guillaume	Représentant du personnel

THEMATIQUES	GROUPES "PROJET"	OBJECTIFS
PRRS	PRRS (Projet régional de santé)	Déterminer, dans le cadre du plan stratégique, les actions prioritaires de santé menées par l'ARS en privilégiant l'accessibilité aux soins et la lutte contre les inégalités sociales. Coordonner les différents schémas et programmes qui composent le PRRS.
	SROS (Schéma régional d'organisation des soins) volet ambulatoire	Permettre une adaptation de l'offre de soins aux besoins en santé de la population en coordonnant les modes de prises en charge et en assurant une offre de soins de premier recours dans les zones fragilisées.
	SROS (schéma régional d'organisation des soins) volet hospitalier	
	SROMS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale) incluant le PRIAC (Programme inter départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie)	Assurer l'accès aux soins aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie sur chaque territoire de santé et programmer le financement des actions prioritaires.
	SRP (Schéma régional de prévention)	Développer la promotion de la santé, l'éducation, la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, la santé environnementale et la sécurité sanitaire.
	PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes démunies)	Lutter contre les exclusions par un accompagnement des personnes en situation de précarité (migrants, jeunes en situation de vulnérabilité, détenus, gens du voyage, exclus...)
	PRGDR (Programme pluriannuel régional de Gestion du Risque)	Définir et mener les actions prioritaires en termes de gestion du risque en lien avec l'assurance maladie et en tenant compte des spécificités régionales.

THEMATIQUES	GROUPES "PROJET"	OBJECTIFS
Accessibilité à la santé	Prospectives sur les professionnels de santé	Anticiper l'évolution démographique des professionnels de santé et proposer des nouveaux modes d'organisation et d'action sur les métiers de santé afin de maintenir une offre satisfaisante.
	Transports sanitaires	Proposer des voies d'amélioration dans la gestion des transports sanitaires en favorisant des modes de transport partagés, en améliorant la régulation au sein des établissements de santé et la prise en charge des patients en situation d'urgence. Mener des actions de contrôle des dépenses de transports sanitaires.
	Permanence des soins (PDS)	Elaborer un dispositif fiable et pérenne de permanence des soins et favoriser une meilleure coordination des professionnels de santé et des urgences hospitalières.
	Observatoire des territoires et inégalités de santé	Analyser les inégalités de santé dans les territoires, repérer les thématiques prioritaires et cibler les territoires afin de déployer nos actions dans une logique de convergence des politiques publiques de santé.
	Accès aux soins et technologies innovantes (inclut le programme télémédecine)	Faciliter la coordination et l'accès aux soins grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.
Personnes âgées	Pôle régional de gérontologie	Créer un pôle régional de gérontologie en association avec l'agglomération de Montpellier pour une prise en charge coordonnée de la personne âgée.
	EHPAD	Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées et les pratiques professionnelles en EHPAD. Promouvoir une coordination des professionnels de santé.
	Prévention et gestion de la perte d'autonomie	Agir sur les facteurs de perte de l'autonomie pour privilégier le maintien choisi à domicile et améliorer les conditions de prise en charge de la personne dans son milieu de vie ordinaire.

THEMATIQUES	GROUPES "PROJET"	OBJECTIFS
Modalités de prise en charge et filières	Adéquation des modes de prise en charge	Rechercher l'efficacité des modes de prise en charge et des filières de soins (ambulatoire, hospitalière, médico-sociale) et les leviers de l'hospitalisation évitable.
	Chirurgie ambulatoire	Promouvoir une chirurgie ambulatoire de qualité et efficace dans le cadre d'une offre territoriale cohérente, optimiser les structures existantes en lien avec la démarche de performance hospitalière.
	IRC (insuffisance rénale chronique)	Maîtriser l'évolution de la maladie rénale et assurer une prise en charge adéquate et efficace des patients. Promouvoir le dépistage et la prévention, améliorer l'accès aux soins et développer les greffes rénales.
Régulation	Performance hospitalière	Améliorer la performance interne des établissements de santé.
	Soins de suite et de réadaptation (SSR)	Maîtriser le volume d'activité du SSR en améliorant son recours et en favorisant les liens avec le secteur médico-social et les médecins libéraux.
	Produits de santé	Suivre et analyser les pratiques de prescriptions dans un souci de bon usage des médicaments, des prestations et des produits notamment ceux de la "liste en sus". Mener des actions de sensibilisation et de contractualisation avec les établissements gros prescripteurs. Effectuer des propositions pour une politique régionale des produits de santé dans l'ensemble des champs ambulatoire, hospitalier et médico-social.
	Imagerie médicale	Favoriser un développement cohérent des équipements au regard de l'évolution des indications médicales, un accès priorisé, à l'IRM pour les enfants, et pour les AVC et les cancers. Promouvoir une mutualisation des ressources et une régulation des dépenses d'imagerie.

THEMATIQUES	GROUPES "PROJET"	OBJECTIFS
Accompagnement des populations	Education thérapeutique	Répondre aux besoins en éducation thérapeutique de la population dans le cadre de pathologies ciblées, par la mise en œuvre de programmes adaptés et de qualité.
	Santé des détenus	Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans le cadre du plan gouvernemental 2010-2014. Mener des actions de prévention (suicide, addictions), d'accès aux soins adapté (santé mentale, télémédecine) et de continuité des soins.
	Santé mentale	Poursuivre la démarche entreprise par le Plan psychiatrie et santé mentale notamment dans le domaine de la prévention, du suivi médico-psychique des personnes souffrant de troubles mentaux et d'actions auprès de publics spécifiques (enfants et adolescents, personnes détenues).
	Addictologie	Améliorer la prévention et la prise en charge des personnes addictées. Lien avec le PRAPS, les schémas et la santé des détenus.
Santé et Environnement	Plan régional santé environnement (PRSE 2)	Connaître et limiter l'exposition des populations aux risques sanitaires et assurer une veille sur les risques émergents.
Partage de l'information et communication	Communication interne	Elaborer un plan de communication pluriannuel permettant l'émergence d'une culture commune, la diffusion des priorités stratégiques de l'agence en interne et le renforcement de la communication institutionnelle.

Récapitulatif de l'ensemble des objectifs et indicateurs métier retenus au contrat

PRIORITES NATIONALES	OBJECTIFS	N°	INDICATEURS DE RESULTAT
Améliorer l'espérance de vie en bonne santé	Réduire la mortalité prématurée évitable	1.1	Taux de mortalité prématurée évitable
		1.2	Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge
		1.3	<i>Taux de patients victimes d'AVC passant par une Unité Neuro-Vasculaire</i>
		1.4	<i>Nombre de greffes d'organes : cœur, foie, rein</i>
	Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies	2.1	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle
		2.2	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle
		2.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans
		2.4	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans
		2.5	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
	Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires	3.1	% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année
3.2		% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab., présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité	
Promouvoir l'égalité devant la santé	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	4.1	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale
		4.2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP
		4.3	Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)
		4.4	Ecart intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)
Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient	Améliorer la qualité et l'efficience des soins et des services médico-sociaux	5.1	% d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non)
		5.2	% d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe
		5.3	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque
	Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins	6.1	Taux de recours à la chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée
		6.2	Taux de places installées sur places financées en ESMS par public
		6.3	Part des services dans l'offre globale médico-sociale
		6.4	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
		6.5	Part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés
		6.6	Nombre de journées de HAD / 10 000 hab.
	Optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoire	6.7	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé)
		7.1	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS
	Maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé	7.2	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins (sondage à définir basé sur des critères nationaux et décliné régionalement)
		8.1	Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé (K€)
		8.2	Volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO en nombre de séjours
		8.3	Taux d'établissements publics dont le ratio ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la médiane nationale 2008
	Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et personnes handicapées	8.4	Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%
		9.1	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional
9.2		Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)	

Indicateurs prioritaires nationaux surlignés en gris / Indicateurs prioritaires pour l'ARS en gras / Indicateurs spécifiques à la région en italique



Béziers, le 28 Mars 2011

AVIS

sur le projet de Plan Stratégique Régional de Santé.

A. Méthode de l'Avis

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

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

B- Contenu de l'Avis

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

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

1 – Appréciations d'ordre général

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

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

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

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

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

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

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

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

2 – Observations

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

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

- De même, plusieurs concepts mériteraient d'être accompagnés d'une définition (évitabilité - focus – désinstitutionnalisation, ce dernier terme étant mal accepté et à éviter).

- Elle demande que soient inscrites les problématiques suivantes insuffisamment présentes, à son sens :

- **Précarité – vulnérabilité** : c'est une problématique majeure largement partagée comme étant un facteur déterminant pour l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement, et comme facteur aggravant de problématiques de santé et sociales déjà présentes. Il convient de développer en LR une politique de santé solidaire et accessible à tous et les schémas devront tracer des pistes d'actions pour réduire les écarts. Sont concernées toutes les personnes vulnérables qu'elle que soit l'origine de cette vulnérabilité qui n'est pas seulement économique. Il s'agit de promouvoir l'égalité devant la santé (gradient social de santé). La nécessité de reconnaître et valoriser les partenariats doit être affirmée avec l'ensemble des points d'entrée potentiels : collectivités, mutuelles, associations... avec la mise en place de contractualisation ou conventionnement. Les indicateurs d'ordre social ne sont pas suffisamment pris en compte ; or, l'importance des déterminants sociaux est essentielle ; de même que les déterminants psycho-sociaux.

- **Démographie – métiers – formations** : les données et tendances d'évolution de la démographie des professionnels de santé inquiètent profondément la Conférence. Les politiques régionales doivent agir sur tous les champs d'action impactant l'exercice professionnel :

- plan quantitatif : nombre ; schémas, numerus clausus ...
- formation initiale et continue (compétences techniques, psycho-sociales notamment)
- répartition des professionnels plus efficiente, par une meilleure organisation et coopération avec les professionnels de santé permettant d'assurer la continuité des soins, une permanence des soins optimale notamment dans le domaine de la réponse à l'urgence.
- condition d'exercice : modèles d'organisation innovants. La coordination voire l'intégration des services est une condition sine qua non à la réussite des plans nationaux de santé publique.
- nouveaux métiers : tout en continuant à s'appuyer sur les professionnels de santé libéraux ou non, s'ouvrir notamment aux métiers de la prise en charge de la dépendance ou des maladies chroniques

- En matière de **prévention**, la conférence souhaite qu'on évite les termes de « comportements peu vertueux » au profit de politiques publiques à mettre en place pour induire des comportements favorables à la santé. En effet, la prévention ne relève pas de la seule responsabilisation individuelle mais plutôt de politiques favorisantes qui s'adressent à l'ensemble de la population, à des citoyens. (§ 2.3.2)

- Ainsi, en matière de vaccination, il appartient à l'ARS d'être moteur afin de remédier au manque flagrant de culture de santé publique dans ce domaine, tant chez les professionnels de santé que chez les citoyens. La rougeole qui connaît actuellement une croissance exponentielle en région, se caractérise par un taux de couverture vaccinale la plus faible de France, inversement proportionnelle au taux de démographie médicale. L'objectif est d'obtenir une couverture vaccinale efficace grâce à un travail sur la confiance, et à des outils modernes de suivi tout au long de la vie.
- Dans le domaine n°2 des politiques favorables à la santé, devraient être ajoutées la périnatalité et la problématique des grossesses adolescentes. .

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

- En matière de **handicap**, la Conférence s'étonne de l'absence de focus. Elle regrette que ce domaine soit peu développé, se réduisant à l'intégration en milieu ordinaire. Or, cette orientation ne saurait remettre en cause la pertinence du projet de vie qui doit être au cœur des dispositifs, quelle que soit leur nature. Elle insiste sur l'importance du diagnostic précoce et préconise que soit traité l'accompagnement de l'annonce du handicap tout au long de la vie.

- Le domaine de la **santé mentale**, devrait être étendu à la réussite éducative et à la socialisation. Au-delà des adolescents et jeunes adultes, la santé mentale concerne également les personnes handicapées adultes et notamment les personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles les maisons de retraite ne sont pas « armées ». L'adaptation des établissements à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques devrait également être abordée.

La maladie mentale mérite d'être prise en compte au travers du décloisonnement des acteurs (Sanitaire / Médico-Social / Educatif), de sa chronicité d'une part, de l'accompagnement des personnes et de l'entourage (désocialisation, vie affective, etc), d'autre part.

3 – Recommandations

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

1. Reprenant le rapport 2009 de la Conférence Nationale de la Santé et parce que les inégalités de traitement ne sont pas acceptables, la Conférence demande que le PSRS retienne comme principe d'action la vigilance constante contre **les refus de soins**. Il est nécessaire d'entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance des acteurs (notamment à l'égard des bénéficiaires de la CMU), de même qu'il est souhaité que les acteurs explicitent aux patients leurs droits et les critères de qualité (lutte contre les infections nosocomiales ...)

2. Un recueil de données homogènes sur le territoire est pour la conférence un impératif : elle préconise d'examiner la possibilité d'associer des organismes comme le CREA1 et l'ORS pour se doter d'un système d'information fiable et partagé.

En conclusion.

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

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

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

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



Professeur Henri PUJOL

N°	TITRE DE L'ACTION	OBJECTIFS	PILOTE
Axe 1 : Connaître et limiter l'exposition des populations aux risques sanitaires			
1	Réduire les expositions de la population aux substances toxiques prioritaires	Réduire de 30% d'ici 2013 les émissions de substances toxiques dans la région en prenant en compte les populations les plus exposées.	DREAL
2	Améliorer les connaissances sur les expositions aériennes aux pesticides et l'évaluation des risques sanitaires	Evaluer l'exposition de la population sur une ou plusieurs zones pilotes et élaborer des préconisations pour limiter la contamination de l'air par les produits phytosanitaires sur les zones concernées et plus généralement en Languedoc Roussillon.	ARS
3	Prendre en compte l'impact sanitaire des transports dans le cadre des Plans de protection de l'atmosphère (PPA)	Evaluer l'impact sur la santé de la pollution due aux transports routiers pour les différents utilisateurs de voies. Apporter des informations précises aux services des collectivités territoriales en charge des transports et de l'aménagement du territoire.	DREAL
4	Prévenir les risques liés à la qualité de l'air intérieur	A partir de 2012, la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les lieux clos ouverts au public sera obligatoire. Une 1 ^{ère} campagne nationale concerne les écoles et les crèches. Le plan vise à développer la profession de Conseiller médical en environnement intérieur, à sensibiliser les collectivités et les professionnels du bâtiment, à instaurer une cellule d'intervention et de surveillance de la qualité de l'air intérieur.	ARS
5	Améliorer le diagnostic du saturnisme infantile dans la région	Faire émerger les zones géographiques où il existe un risque d'exposition au plomb afin de cibler les actions de sensibilisation au dépistage des enfants tant envers les professionnels de santé que les familles. Régler le problème de prise en charge par la sécurité sociale des plombémies.	ARS
6	Mieux connaître l'exposition aux cyanobactéries dans les eaux douces superficielles	Etudier la contamination environnementale par les cyanobactéries dans la région afin d'organiser les dispositifs de veille sanitaire et de cibler les opérations de sensibilisation auprès des professionnels de santé et des élus.	ARS
7	Prévenir le risque de légionellose dans les établissements touristiques	Informar les professionnels de leurs obligations de surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire. Accompagner dans la prévention de la légionellose les partenaires concernés.	ARS
8	Améliorer les connaissances sur l'exposition aux rejets de médicaments et réduire les rejets dans l'environnement	Mieux connaître la contamination des eaux par les résidus de médicaments en région afin de renforcer la surveillance dans les zones à risque, et mettre en œuvre des actions et des préconisations visant les professionnels du médicament ainsi que le grand public.	ARS

N°	TITRE DE L'ACTION	OBJECTIFS	PILOTE
Axe 2 : Réduire les inégalités sociales et territoriales			
9	Lutter contre la précarité énergétique	Disposer d'un diagnostic logement intégrant les questions de santé. Au regard du diagnostic, interventions d'amélioration de l'habitat et d'accompagnement sanitaire et social.	ADEME – CR
10	Prévenir les allergies dues aux pollens	Renforcer les outils développés dans la région permettant de prévoir les émissions de pollens et ainsi élaborer un traitement préventif. Informer le public sur le sujet tout en valorisant les bienfaits de la pollinisation. Organiser en concertation avec le niveau national la surveillance du front de colonisation de l'ambroisie.	ARS
11	Améliorer la qualité sanitaire de l'eau dans les petites collectivités	Evaluer la nature des freins, les leviers d'aide disponibles et les modalités de regroupement permettant un vrai programme de reconquête de la qualité de l'eau distribuée. Mettre en œuvre les solutions envisagées au niveau des unités de distribution et des collectivités concernées par une non-conformité de l'eau.	ARS/ AGENCE DE L'EAU
12	Réduire l'exposition de la population au radon dans les territoires concernés	Connaître les zones d'exposition accrue au radon dans la région et informer (élus, particuliers, propriétaires et gestionnaires d'établissements publics) sur les risques sanitaires et les méthodes de réduction du risque.	ARS
13	Améliorer la connaissance et la gestion des situations de surexposition à des nuisances environnementales	Comblent les lacunes de connaissances sur les surexpositions environnementales dans la région (inventaire et gestion des situations de surexposition). Apporter des solutions concernant les zones « orphelines » en termes de prise en charge et de moyens.	ARS / DREAL

N°	TITRE DE L'ACTION	OBJECTIFS	PILOTE
Axe 3 : Préparer l'avenir : Veille sur les risques émergents, information, formation et participation			
14	Organiser une plate forme de partage de connaissances pour repérer l'émergence de nouveaux risques sanitaires en Languedoc Roussillon	Partager les connaissances permettant d'identifier l'émergence de nouveaux risques dans le champ de la santé environnementale. Organiser le système d'acteurs dédié à la veille sur les risques émergents en partageant les informations, les compétences et les expériences. Définir une méthode de hiérarchisation des risques émergents en vue d'une meilleure communication envers les professionnels et la population.	ARS
15	Mettre en place les outils d'une démocratie sanitaire et développer une véritable pédagogie régionale en santé environnement.	Renforcer en région la formation et l'information dans le domaine de la santé environnementale en se situant au plus près des besoins des populations locales (citoyens, professionnels, élus...). Des états généraux santé-environnement seront organisés alternativement dans chaque département de la région.	ARS / DREAL

010

Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon
26-28 Parc Club du Millénaire
1025 rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2
Tél. : 04 67 07 20 07
www.ars.languedocroussillon.sante.fr