

**CONSULTATION DES MAIRES
DU LANGUEDOC-ROUSSILLON**



RAPPORT D'ÉTUDE OCTOBRE 2010

ÉVALUATION DES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION

Contribution aux travaux préparatoires à l'élaboration du
Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

Madame, Monsieur le Maire,

Dans le cadre de la concertation que l'ARS a souhaitée mener sur les priorités de santé en Languedoc-Roussillon, le choix a été fait que les 1 545 maires de notre région soient chacun consultés pour faire part de leur ressenti des problèmes de santé au plus proche du terrain.

Le 21 juin 2010, vous avez été conviés à participer à une consultation régionale visant à mieux identifier vos priorités.

823 d'entre vous ont répondu à cette consultation, mettant ainsi en évidence leur attachement aux problématiques de santé.

A partir de ces résultats, une analyse a été réalisée par l'Agence Régionale de Santé dont il importe que vous soyez les premiers destinataires.

Le document qui vous est joint se décompose en deux parties :

- une synthèse qui permet d'accéder aux conclusions essentielles de cette enquête,
- une étude plus complète qui approfondit les thèmes traités, notamment avec un zoom plus territorialisé.

La richesse des conclusions appelle un dialogue qui doit s'enrichir de tous les constats déjà repérés dans notre atlas diagnostique disponible sur le site de l'agence.

Les conférences de territoires qui se mettront en place prochainement seront le lieu de cette construction commune des projets de santé de territoires et qui devront trouver une application concrète et opérationnelle aux problèmes que vous rencontrez.

Toute l'équipe de la stratégie se tient à votre disposition pour rendre ce débat actif et transparent.

Je vous remercie de votre participation à cette consultation et je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération distinguée.

Docteur Alain CORVEZ


Directeur de la Stratégie et de la Performance

Sommaire

Introduction	7
Préambule et contexte régional	9
Résultats de l'enquête par questions	15
Partie I : Populations et problèmes de santé	17
QUESTION N°1- Populations posant des problèmes de santé	17
QUESTION N°2- Quelles maladies doivent , selon vous, faire l'objet d'un traitement prioritaire ?	21
QUESTION N°3 – Comportement et environnement : les thèmes prioritaires pour mettre en œuvre des actions	28
Partie II : Accessibilité géographique, financière à la santé.....	35
QUESTION N°4.1- Accessibilité géographique	35
QUESTION N°4.2- Accessibilité aux services d'urgence et de la permanence des soins.....	40
QUESTION N°4.3- Accessibilité financière à la santé	42
QUESTION N°4.4- Sensibilisation aux apports d'Internet dans le domaine de la santé.....	46
Partie III : Projets de santé et démocratie sanitaire.....	51
QUESTION N°5 – Avez-vous des projets d'actions dans le domaine de la santé.....	51
QUESTION N°6 – Développement de la démocratie sanitaire	52
ANNEXES.....	55
Annexe 1 : Méthodologie de la consultation des maires.....	57
Présentation du questionnaire	57
Méthode d'Analyse :	60
Annexe 2 : Définition du zonage en aires urbaines et espace rural : ZAUER ..	61
Annexe 3 : Listes des tableaux, graphiques et cartes.....	63

Introduction

La santé au cœur des préoccupations de l'Agence Régionale de Santé, des maires et de la population.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) est chargée depuis le 1^{er} avril 2010 d'élaborer et de mettre en œuvre la politique régionale de santé sur un champ global qui s'étend de la prévention, des risques sanitaires, au secteur sanitaire (soins de ville et soins hospitaliers) ainsi qu'au secteur médico-social (population âgée et personnes handicapées).

Elle a pour objectif de définir des priorités dans le cadre d'un Projet Régional de santé (PRS) pour les cinq prochaines années.

L'élaboration de ce PRS est un acte majeur qui constitue une opportunité de coordination avec l'ensemble des acteurs qui, dans leur domaine de compétence, concourent à des politiques publiques qui ont des impacts sur la santé.

Ce PRS doit s'appuyer sur une analyse la plus complète possible des besoins de santé de la population.

L'ARS Languedoc-Roussillon a souhaité associer de manière étroite à ce projet les collectivités territoriales du Languedoc-Roussillon et notamment les maires, élus de proximité.

Qu'est ce que le « PRS » ?

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010.

Le PRS (Projet Régional de Santé) porte sur l'ensemble du champ de compétence de l'ARS.

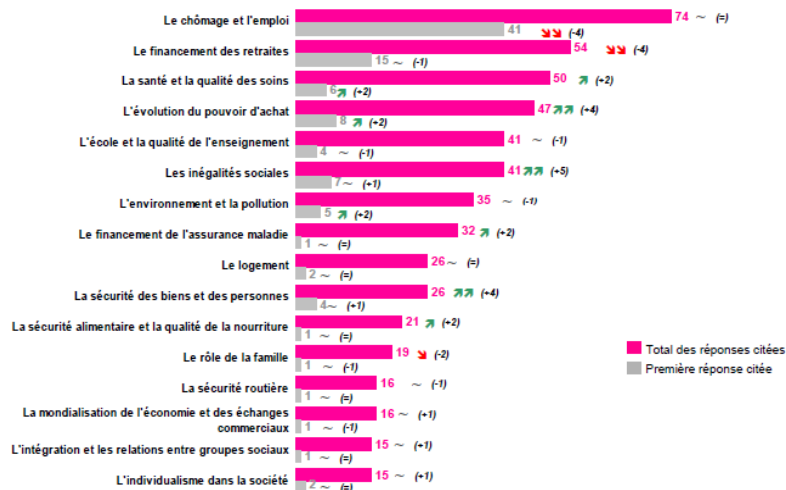
Il est notamment élaboré à partir d'un diagnostic qui comprend une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution. C'est ce document qui fixe les objectifs et orientations pluriannuels de santé visant à améliorer la réponse aux besoins de santé et l'efficacité du système de santé.

Le PRS doit être élaboré dans le cadre d'une démarche participative.

L'enjeu principal du PRS est de développer des **coopérations transversales** entre des secteurs jusqu'ici séparés : promotion de la santé, prévention médicalisée, soins ambulatoires, soins hospitaliers. Il doit aussi chercher, en dehors de l'ARS, des complémentarités avec les politiques portées par l'Etat ou les collectivités locales afin de développer **des approches intersectorielles de la santé**.

Les préoccupations des Français en Septembre 2010

Parmi les sujets suivants, quels sont ceux qui vous préoccupent personnellement le plus ? En premier ? Et ensuite ?



Selon le dernier baromètre TNS-SOFRES de septembre 2010, les français déclarent que la santé et la qualité des soins sont au troisième rang de leurs priorités.

Elus et pouvoirs publics ont le souci de prendre en compte cette attente dans les actions et les projets à mettre en œuvre.

Préambule et contexte régional

Préambule :

Dans la continuité des consultations déjà réalisées auprès des maires dans la région en 1998 et 2004, un questionnaire a été envoyé aux 1 545 maires du Languedoc-Roussillon afin de recueillir leur avis sur les problématiques de santé qui leur semblent prioritaires dans leur circonscription.

La méthodologie détaillée de l'enquête et de son dépouillement se trouve en annexe 1 du présent document.

Le questionnaire se décompose en trois grands chapitres :

- Populations et problèmes de santé,
- Accessibilité géographique et financière à la santé,
- Projets d'actions en matière de santé.

La présentation des résultats de cette enquête suit l'ordre des questions de l'enquête.

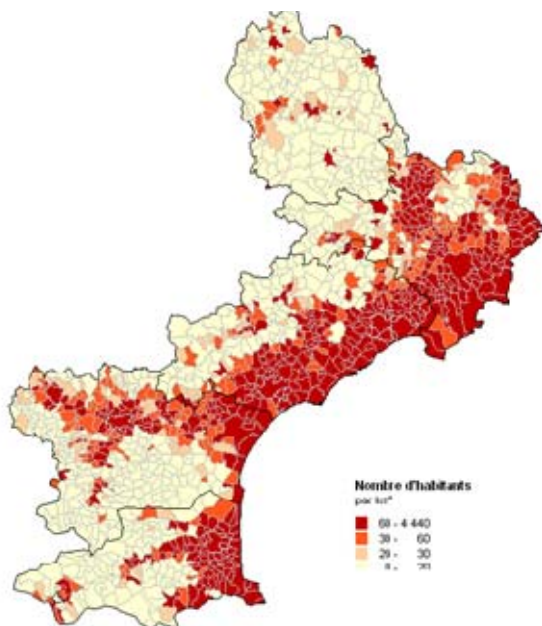
A chacune de ces questions, chaque fois que cela était possible, les priorités des maires ont été complétées par des éléments de cadrage national, régional et le cas échéant par des définitions.

Contexte :

Le Languedoc-Roussillon se caractérise par une bipolarité géographique et un contexte socio-démographique contrasté qui ont été pris en compte pour conduire l'analyse des résultats.

Une bipolarité géographique et démographique.

Carte 1 : Densité de population par commune en Languedoc-Roussillon en 2008



Avec 2 616 000 habitants, le Languedoc-Roussillon est la 8^{ème} région française de part sa population.

En termes de géographie et de la répartition de sa population, le Languedoc-Roussillon se distingue par un déséquilibre démographique entre le littoral et l'arrière pays.

L'espace rural couvre 71% du territoire, mais l'essentiel de la population de la région se concentre dans les communes urbanisées situées sur le littoral.

1 personne sur 3 vit au sein des communautés d'agglomération de Montpellier, Nîmes et Perpignan.

2 niveaux de découpage géographique.

L'étude a privilégié deux niveaux d'analyse géographique : le niveau régional et le territoire départemental.

- **Le découpage régional** : la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 fixe le niveau régional comme le niveau de référence de l'analyse et du traitement des questions de santé pour les populations afin de mener des politiques plus adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque population, de chaque territoire.
- **Le découpage départemental** est celui qui correspond aux territoires de santé définis par l'ARS le 12 octobre 2010 : ils présentent notamment l'avantage d'une bonne lisibilité pour les populations.

En fonction des constats précédents, à chacun de ces niveaux, une distinction a été faite selon l'appartenance des communes à l'espace urbain ou rural à partir de la classification en ZAUER définie par l'INSEE (ZAUER : Zone Aire Urbaine et Espace Rural).

Carte 2 : Zonage en Aires Urbaines et Espace Rural du Languedoc-Roussillon.

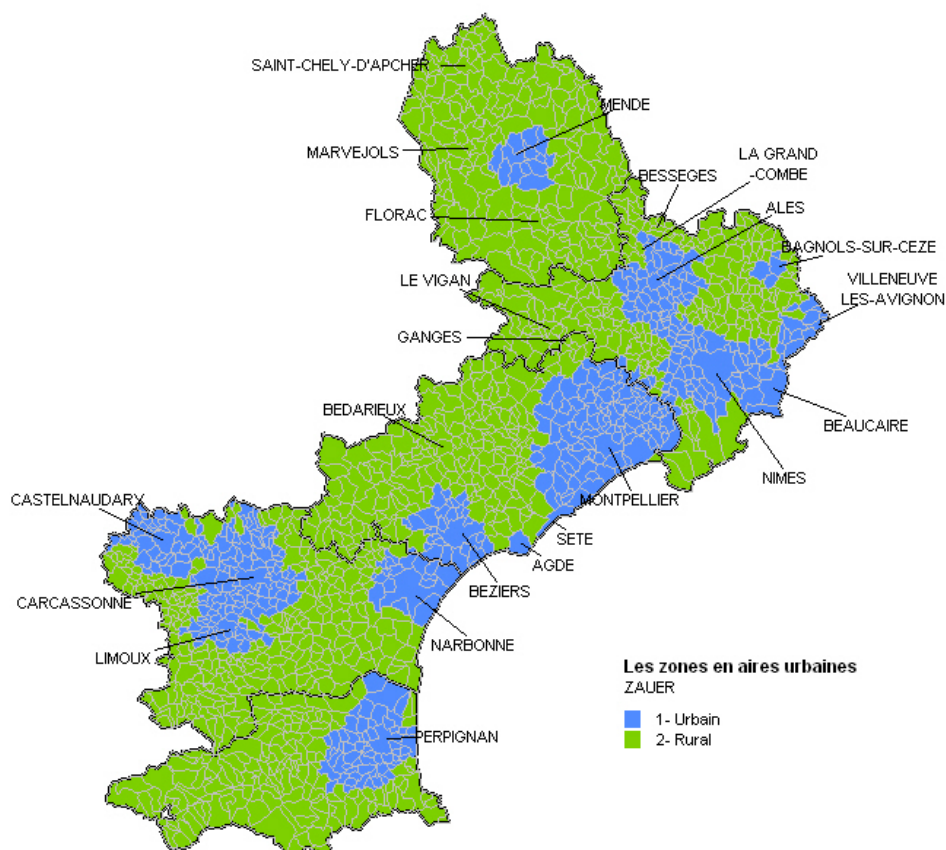


Tableau 1 : Répartition du nombre de communes et de la population couverte par ZAUER et par département.

	zone urbaine		zone rurale		Total		Part des zones rurales	
	Nbre communes	Nbre habitants RP2007	Nbre communes	Nbre habitants RP2007	Nbre communes	Nbre habitants RP2007	% communes	% Hab.
11-Aude	170	240 115	268	114 636	438	354 751	61%	32%
30-Gard	142	482 462	211	222 818	353	705 280	60%	32%
34-Hérault	139	817 397	204	211 800	343	1 029 197	59%	21%
48-Lozère	14	18 629	171	62 366	185	80 995	92%	77%
66-Pyrénées-Orientales	61	285 156	165	160 721	226	445 877	73%	36%
Languedoc-Roussillon	526	1 843 759	1 019	772 341	1 545	2 616 100	66%	30%

Le tableau ci-dessus, montre que :

- 1 019 communes se situent en zone rurale, soit 66% des communes de la région et 30 % de la population.
- Si l'Hérault avec 79 % de sa population dans l'espace urbain est le plus urbain des départements de la région, la Lozère, à l'inverse se caractérise par un taux de ruralité très élevé, puisque 77 % de la population et 92 % de son territoire sont en zone rurale.

Résultats de l'enquête par questions

- **Partie 1 : Populations, pathologies, comportements et environnements**
 - Question 1 : Populations posant des problèmes de santé
 - Question 2 : Quelles maladies doivent faire l'objet d'un traitement prioritaire ?
 - Question 3 : en matière de comportements et d'environnement, quels thèmes sont prioritaires pour la mise en œuvre d'actions

- **Partie 2 : Accessibilités géographiques et financières**
 - Accessibilité géographique
 - Accessibilité financière
 - Sensibilisation à Internet pour la Santé

- **Partie 3 : Démocratie Sanitaire, actions actuellement réalisées**

Partie I : Populations et problèmes de santé

La population et les problèmes de santé ont été appréhendés au travers de 3 questions :

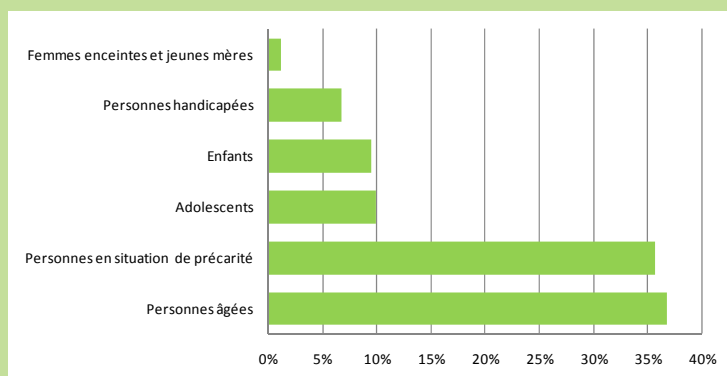
- Populations présentant des problèmes de santé
- Pathologies devant faire l'objet d'un traitement prioritaire
- Comportement et environnement : les thèmes prioritaires pour mettre en œuvre des actions

QUESTION N°1 POPULATIONS POSANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ

« EN VOTRE QUALITE DE MAIRE, QUELS SONT LES PUBLICS DE VOTRE COMMUNE QUI VOUS POSENT DES PROBLEMES DE SANTE ? »

Graphique 1 : Population posant des problèmes de santé

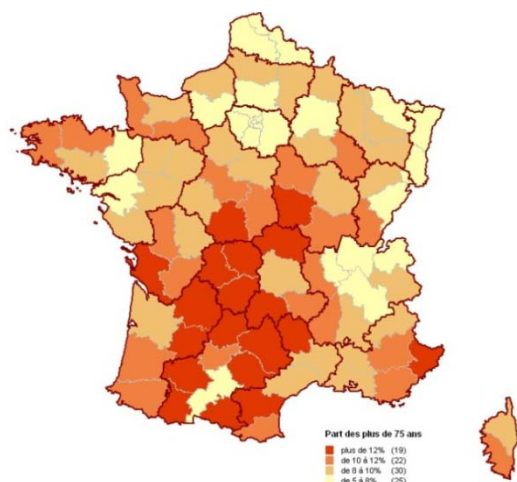
Réponses des maires pondérées par la population de la commune



92 % des maires positionnent en tête de leurs préoccupations les personnes âgées et les personnes en situation de précarité. Ensuite, ils citent les adolescents, les enfants et les personnes handicapées. Les femmes enceintes et jeunes mères sont mentionnées seulement dans 9% des questionnaires.

Comme dans les enquêtes précédentes de 1998 et 2004, la problématique des « personnes âgées » continue d'être la première priorité des maires de la région. Rappelons que les plus de 75 ans représentent 10 % de la population de la région.

Carte 3 : Part des personnes de plus de 75 ans

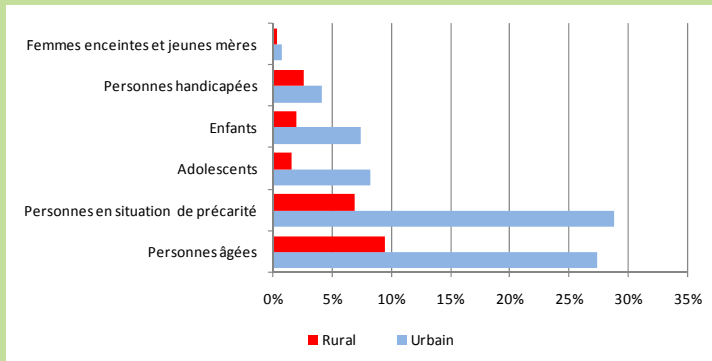


La carte ci-contre met en exergue de fortes disparités entre les départements : l'Aude et la Lozère se caractérisent par une part importante des plus de 75 ans (environ 12%), similaire à celles constatées dans les départements du Massif Central. Alors que le Gard et l'Hérault n'ont que 9% de personnes de plus de 75 ans. Rappelons toutefois que c'est bien en milieu urbain que les personnes âgées sont les plus nombreuses en nombre absolu. 65% des 264 000 personnes de plus de 75 ans habitent en milieu urbain.

La population de la région est plus âgée que la moyenne nationale. La part des jeunes de moins de 20 ans et celle de la population en âge de travailler (20 à 59 ans) sont plus faibles dans la région qu'en moyenne nationale.

Graphique 2 : Population posant des problèmes de santé selon le milieu urbain/rural

Réponses des maires pondérées par la population de la commune

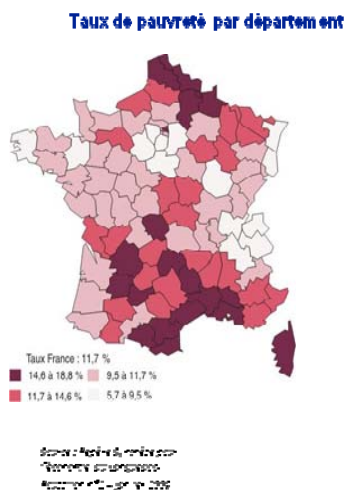


Les problématiques de santé des personnes âgées et des personnes en situation de précarité sont les deux priorités dominantes quel que soit le territoire (urbain/rural).

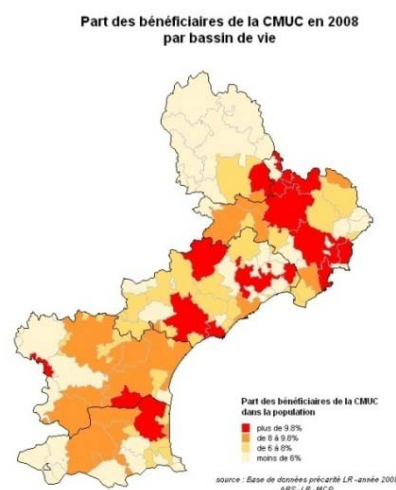
Dans les aires rurales : les préoccupations des maires relatives aux « personnes âgées » précèdent celle des « personnes en situation de précarité ». En 3^{ème} position, se situent les personnes handicapées.

Dans les aires urbaines, c'est la problématique des « personnes en situation de précarité » qui vient en tête. Viennent ensuite celle des « personnes âgées » et des enfants et adolescents.

Carte 4 : Taux de pauvreté par département en France



Carte 5 : Part des bénéficiaires de la CMUC en 2008 en Languedoc-Roussillon par bassins de vie



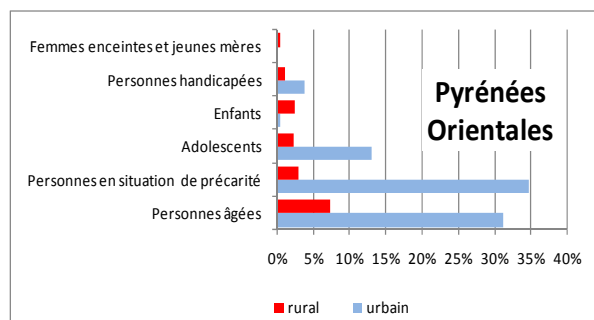
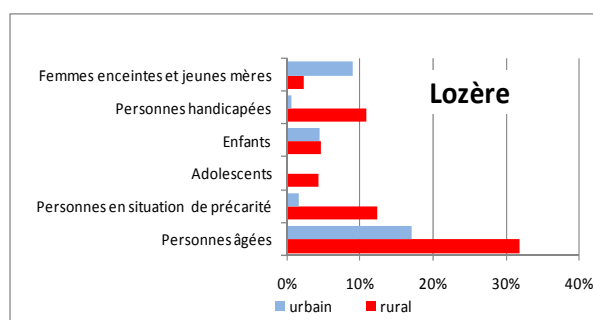
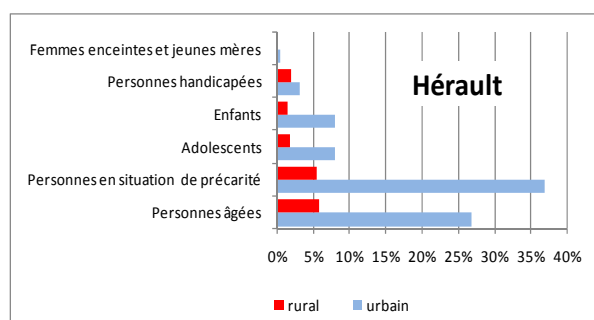
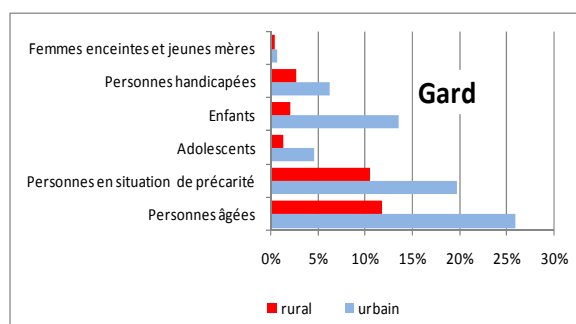
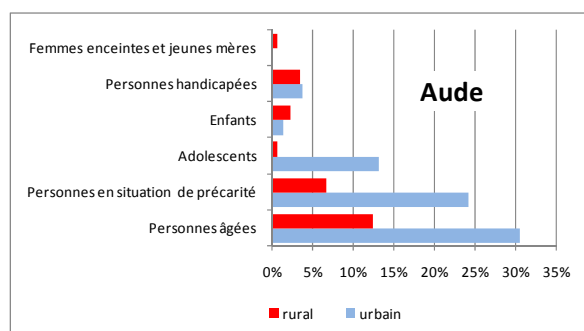
Le Languedoc-Roussillon se caractérise par un niveau de pauvreté significatif sur l'ensemble des départements : une pauvreté élevée qui n'épargne aucune classe d'âge où 1 enfant sur 4 vit sous le seuil de pauvreté ; 2^{ème} région en terme de bénéficiaires de la CMUC, en particulier dans les grandes villes ; Le plus fort taux de chômage en France

(4^{èmes} trimestres 2008 et 2009). (Source INSEE). Rappelons que les Pyrénées-Orientales, l'Hérault et le Gard sont les trois départements de France métropolitaine qui présentent le plus fort taux de chômage.

DEPARTEMENTS :

Graphique 3 : Populations posant des problèmes de santé par département et selon le zonage urbain/rural

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Dans les aires rurales : pour tous les départements, le constat est comparable à celui porté au plan régional qui définit comme prioritaires les problématiques des personnes âgées et des personnes en situation de précarité.

Dans les aires urbaines, contrairement à l'Aude et le Gard, les Pyrénées-Orientales et l'Hérault situent la question des « personnes en situation de précarité » avant celle des « personnes âgées ». Les problèmes liés aux enfants et adolescents sont plus prégnants dans les zones urbaines.

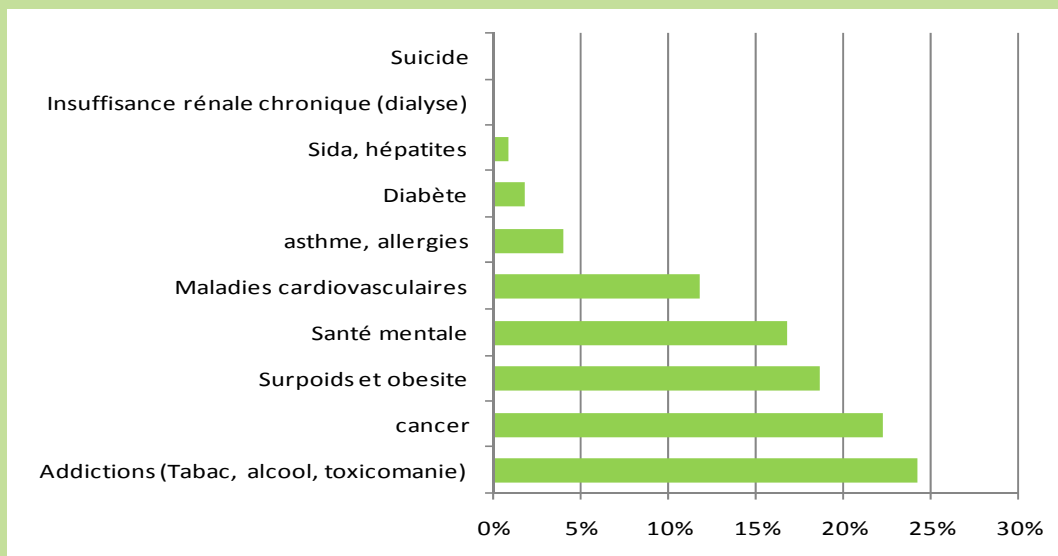
Pour mémoire, les Pyrénées-Orientales se caractérisent par des taux importants de personnes âgées et de personnes en situation de précarité (cf. Carte 3 : Part des personnes de plus de 75 ans -page 17).

QUESTION N° 2 QUELLES MALADIES DOIVENT, SELON VOUS, FAIRE L'OBJET D'UN TRAITEMENT PRIORITAIRE ?

- **AU REGARD DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION DE VOTRE COMMUNE, INDIQUEZ QUELLES SONT LES MALADIES POUR LESQUELLES DES ACTIONS PRIORITAIRES SERAIENT A MENER ? »**

Graphique 4 : Maladies devant faire l'objet d'un traitement prioritaire

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



En Languedoc-Roussillon, 93% des maires ont choisi par ordre d'importance : les addictions, le cancer, le surpoids et l'obésité et les problèmes de santé mentale.

Bien que 2^{ème} cause de mortalité après les cancers, les maladies cardiovasculaires (infarctus, AVC) ne sont citées qu'en 5^{ème} position.

Les problèmes de santé mentale et d'addictions sont des priorités fortes pour les élus de notre région.

En revanche, le sida est rarement cité.

La maladie d'Alzheimer n'a pas été spécifiquement proposée sur le questionnaire. Toutefois, en question ouverte, un certain nombre de maires l'ont identifiée comme une priorité.

Les trois premières priorités des Français : le cancer, la maladie d'Alzheimer et le SIDA. (Source : sondage réalisé par vision critical pour Europe 1 et Doctissimo – 19 mars 2010.)

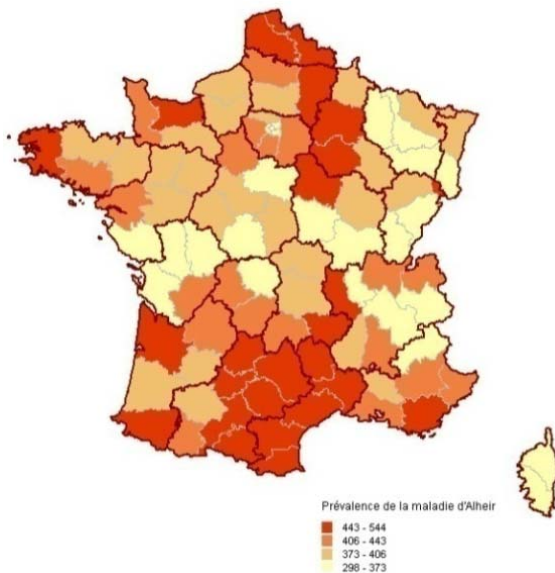
Les cancers, cités par 8 personnes sur 10, se situent nettement en tête des priorités de la population en termes de recherche médicale pour les années à venir. La maladie d'Alzheimer (53%) et le SIDA (45%) sont cités en 2^{ème} et en 3^{ème} positions par des proportions élevées d'individus. A un niveau moindre, viennent ensuite les maladies cardiovasculaires (21%) et l'obésité (12%).

Le SIDA est davantage cité par les plus jeunes (18-24 ans, 71%), puis le pourcentage de citations décroît régulièrement en fonction de l'âge.

La maladie d'Alzheimer est en revanche plus souvent considérée comme prioritaire par les populations les plus âgées. Les cancers sont quant à eux cités de façon assez homogène par toutes les classes d'âge.

Carte 6 : Taux standardisé de patients atteints de la maladie d'Alzheimer en ALD

Source : CNAMTS- 2008



La carte établie à partir des données ALD de l'assurance maladie 2008 met en évidence une prévalence importante de cette maladie dans la région. Ce qui explique que certains maires ont souhaité en faire état.

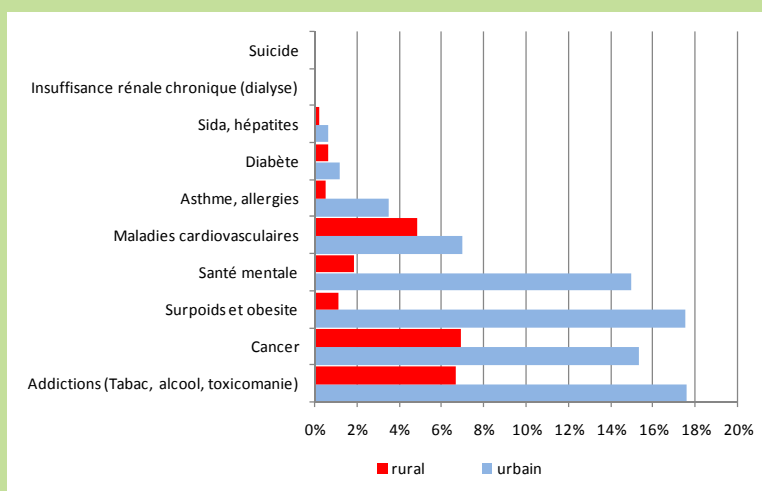
« 128 structures d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad ou USLD) en région déclarent accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou disposent d'unités spécifiques » (ORS 2009 – L'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Le nombre de personnes atteintes de cette maladie et de symptômes apparentés atteint 18% de la population âgée de 75 ans et plus (SROS 3 – volet personnes âgées 24 juin 2009).

En Languedoc-Roussillon, on évalue le nombre de malades d'Alzheimer entre 27 000 et 28 000 (Source : Cohorte Paquid 2003 extrapolée en 2008).

Graphique 5 : Les pathologies devant faire l'objet d'un traitement prioritaire selon les zones urbaines et rurales

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Les maires des zones rurales n'identifient pas les maladies mentales ni l'obésité comme devant faire l'objet d'un traitement prioritaire.

ZOOM SUR LES 5 PROBLEMES DE SANTE IDENTIFIES COMME PRIORITAIRES PAR LES MAIRES : ADDICTIONS, CANCER, SURPOIDS ET OBESITE, SANTE MENTALE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.

Addictions (source : ARS LR).

Le Languedoc–Roussillon est placé dans le 1^{er} quart des régions cumulant les problématiques liées à la consommation de drogues licites et illicites. Tableau des caractéristiques distinctives :

- 9^{ème} rang des régions pour la vente de cigarettes
- 10^{ème} rang pour la vente de tabac à rouler
- 9^{ème} rang en mortalité prématurée par cancer liée au tabac
- 8^{ème} rang en mortalité prématurée liée à l'alcool
- 5^{ème} rang pour la vente de stéribox
- 7^{ème} rang pour la vente de subutex
- 8^{ème} rang pour la vente de méthadone
- 4^{ème} rang pour le nombre de décès par surdose

Les usages dans la région se situent :

- dans la moyenne pour les usages (quelle que soit la fréquence d'usage considérée) de tabac, de médicaments psychotropes, de boissons alcoolisées.
- supérieurs à très supérieurs pour l'usage quotidien de Cannabis, pour l'ivresse alcoolique, pour l'expérimentation d'inhalants, d'ecstasy, de LSD, et de cocaïne.

	Languedoc-Roussillon		Reste de la France
	Taux	Rang	Taux
Ivresse répétée	22,0	8	18,9
Cannabis quotidien	7,0	1	5,5
Expérimentation d'inhalants	7,0	3	5,0
Expérimentation d'ecstasy	6,2	1	4,1
Expérimentation de LSD	2,3	1	1,9
Expérimentation de cocaïne	3,1	1	1,9

Ces indicateurs sont disponibles aussi par département. Par exemple, chez les jeunes scolarisés en classe de 3^{ème}, une différence significative est constatée : la fréquence des usages d'alcool dans l'Hérault est de 61%, dans l'Aude de 57% pour une moyenne régionale de 57%.

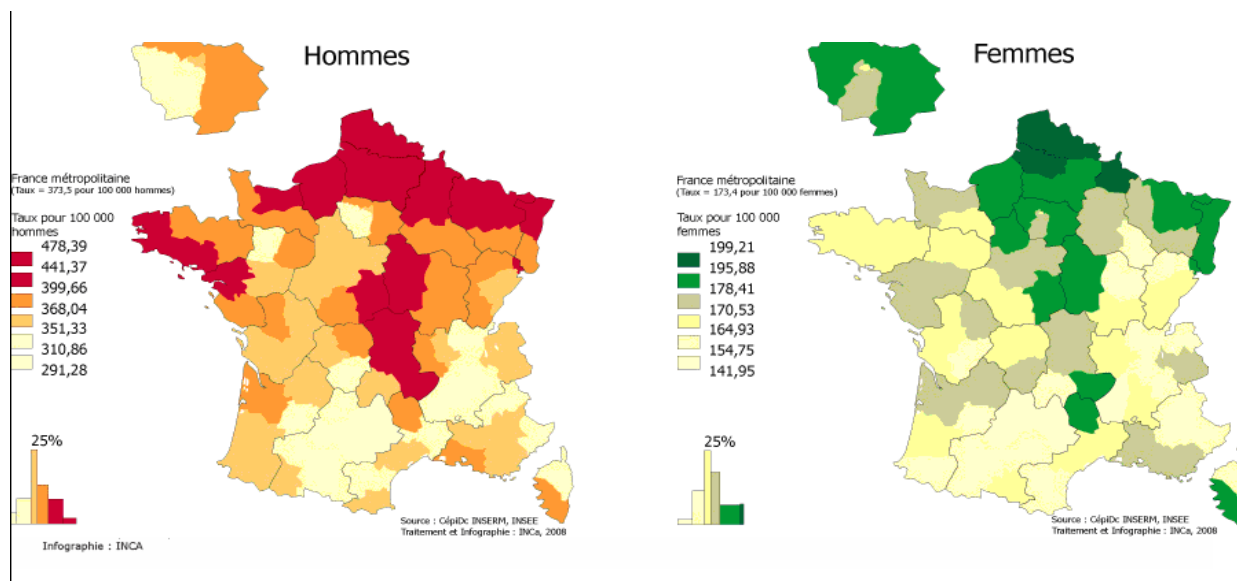
Cancers :

Les trois principales causes de mortalité générale en Languedoc-Roussillon (source : ORS- LR) sont :

- les maladies cardiovasculaires, (30,1%),
- les cancers (27%),
- les morts violentes (7,6%).

Le cancer est la 1^{ère} cause de mortalité chez les hommes. Le Languedoc-Roussillon est comparativement aux autres régions françaises moins touché.

Carte 7 : Taux standardisé de mortalité par cancer (2002/2004)

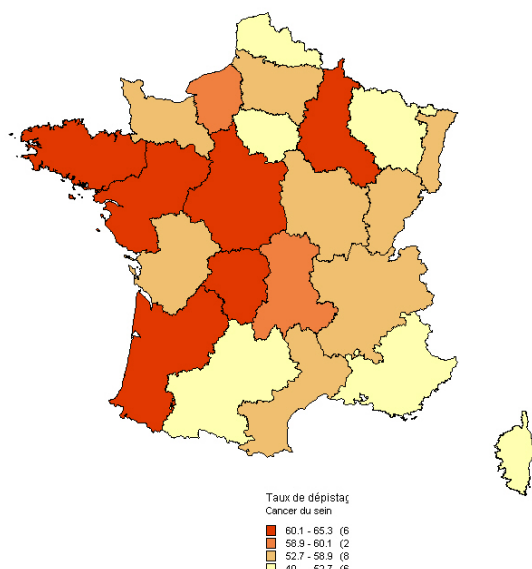


En Languedoc-Roussillon, le nombre de nouveaux cas de cancers colorectaux est en augmentation (1 459 cas en 2003, soit 11 % des nouveaux cas de cancers pour l'ensemble des 2 sexes). Plus de la moitié sont recensés chez les hommes. Les départements de l'Hérault et du Gard regroupent 63 % de ces nouveaux cas.

Pour les hommes le taux de mortalité est proche des valeurs nationale et régionale dans l'Hérault, supérieur en Lozère et inférieur dans les 3 autres départements.

Pour les femmes, ce taux est proche des valeurs de référence dans l'Hérault, l'Aude, et les Pyrénées-Orientales. Il est supérieur dans le Gard et la Lozère.

Carte 8 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein - 2008 à 2009

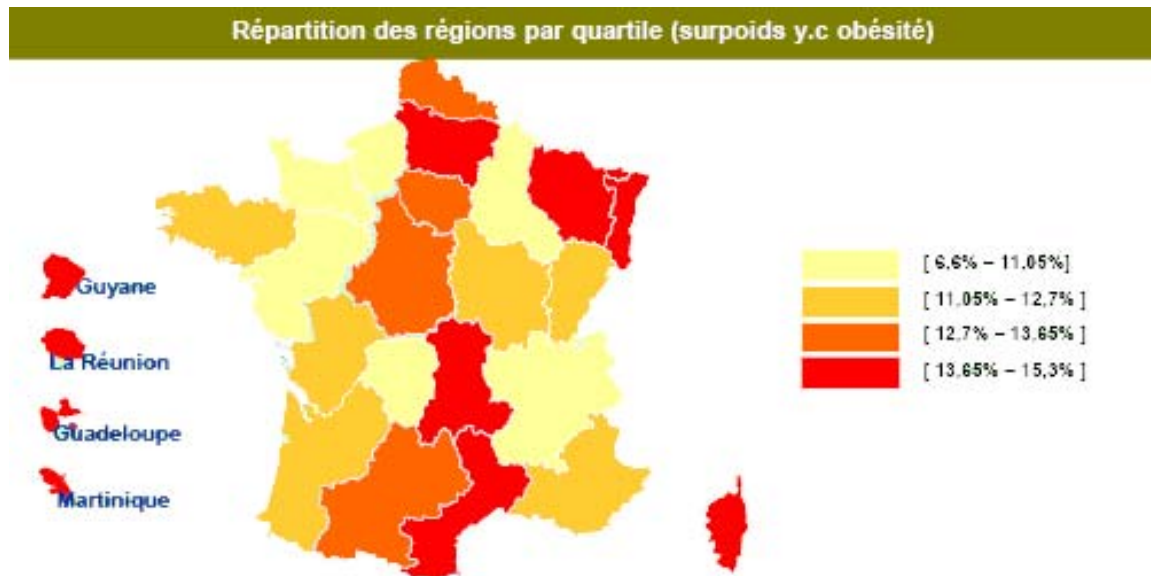


Avec un taux de participation des femmes au dépistage du cancer pour sein de 53,6%, le Languedoc-Roussillon se trouve au 15^{ème} rang (sur 22 régions), juste au-dessus de la moyenne française de 52,8%.

Surpoids et obésité

Carte 9 : Répartition par région du nombre d'enfants en surpoids (y.c. obésité)

Source DRESS – Education nationale /données 2005-2006

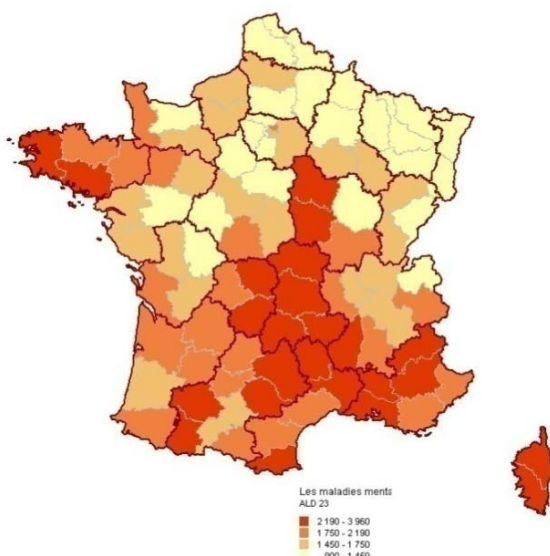


La région présente une prévalence de surpoids et obésité parmi les enfants en section de grande maternelle qui demeure préoccupante et rend nécessaire la mise en place de programmes d'actions ciblés.

Depuis 1997, la région reste toujours au dessus de la prévalence nationale (Source : Atlas ORS LR décembre 1999). L'excès de poids est à l'origine de nombreuses pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les diabètes de type II, sans oublier les conséquences psychosociales. Il existe des inégalités selon le niveau socio-économique. Le surpoids et l'obésité diminuent quand les revenus du ménage augmentent.

Santé mentale (sauf suicide)

Carte 10 : Taux standardisé du nombre d'ALD en santé mentale – source : CNAMTS-données 2008



Les problèmes de santé mentale sont placés en 4^{ème} position des préoccupations par les maires de la région quelque soit leur milieu d'appartenance (urbain /rural).

Il n'est pas aisé de rendre compte par des indicateurs de santé chiffrés actuels de la situation des habitants d'une région sur cette thématique car cette maladie est polyforme.

La carte ci-contre montre les disparités existantes entre départements sur les ALD en santé mentale. Ces affections concernent un

ensemble hétérogène d'affections graves (psychoses, les troubles de l'humeur récurrents ou persistants, la déficience intellectuelle et les troubles graves du comportement durant l'enfance, les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement).

Les taux les plus importants sont enregistrés dans le Centre et Sud de la France. Trois départements de la région (Lozère, Gard, Pyrénées-Orientales) se singularisent par des taux élevés.

Les maladies cardio-vasculaires

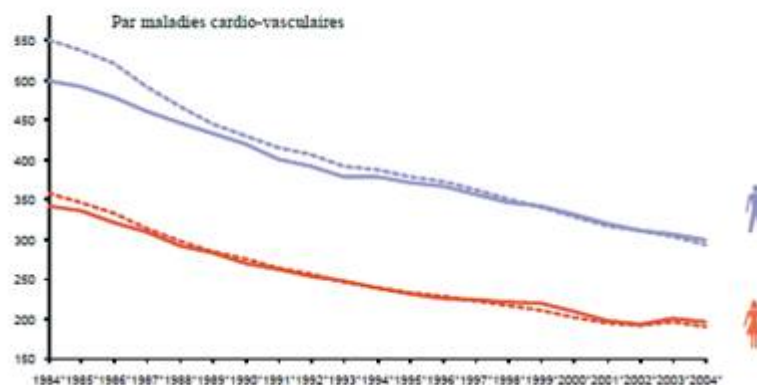
Les maladies cardio-vasculaires (infarctus, accidents vasculaires cérébraux (AVC)) constituent en France la première cause de décès, d'admission en affection de longue durée et de recours aux soins en médecine libérale, et le troisième motif d'hospitalisation en service de court séjour.

Plusieurs facteurs favorisent la survenue de ces pathologies : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, alimentation et sédentarité.

Plus de 20 millions de personnes seraient concernées en France par ces facteurs de risque. Leur réduction passe par l'information du grand public et par l'éducation thérapeutique des patients.

En Languedoc Roussillon, 20 personnes meurent chaque jour de maladies cardio-vasculaires (dont 2 avant 65 ans). Cette région, qui présentait en 1980 un taux de mortalité nettement inférieur à celui observé en France est aujourd'hui dans la moyenne nationale.

Evolution des taux comparatifs de mortalité générale en Languedoc-Roussillon entre 1983-1985 et 2003-2005
Unité : taux pour 100 000 personnes du même sexe



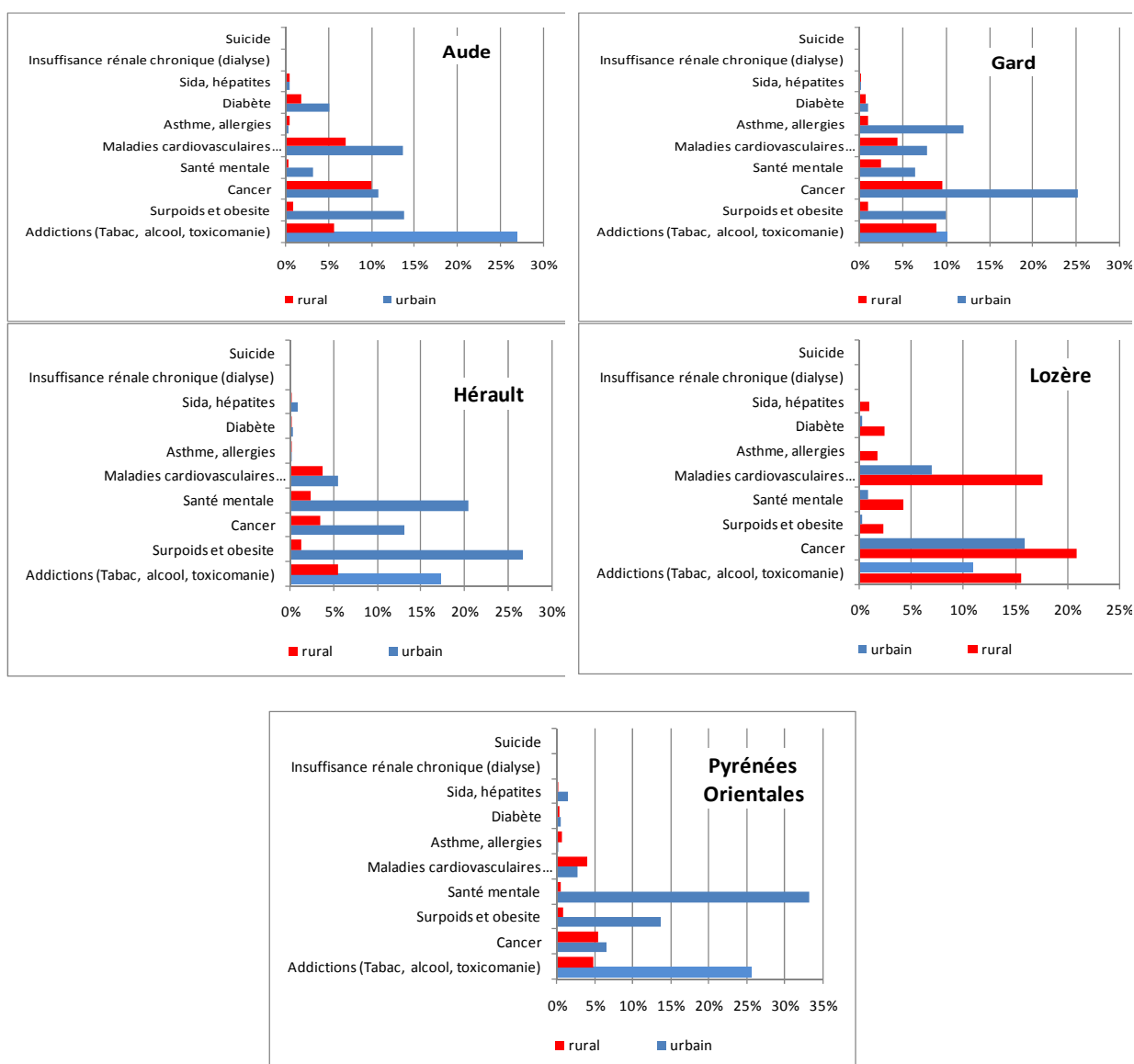
Les nouvelles pratiques médicales associées à une prévention et une organisation optimale de la filière du domicile jusqu'au secteur médico-social permettent d'attendre une nouvelle baisse de la morbidité et de la mortalité dans les prochaines années.

DEPARTEMENTS : LES MALADIES DEVANT FAIRE L'OBJET D'UN TRAITEMENT PRIORITAIRE

- Les avis des maires, notamment des aires urbaines, rendent compte de différences assez marquées selon les départements : l'Aude place le thème des addictions comme prioritaire, alors que pour les élus du Gard, c'est le « Cancer » qui arrive en tête des préoccupations.
- Les Pyrénées Orientales et l'Hérault ont un profil général de réponses assez similaire : santé mentale, addictions et surpoids et obésité sont des thèmes prioritaires.
- Pour la Lozère, plus rural que les autres départements, les cancers, les addictions et les maladies cardiovasculaires sont les trois pathologies qui sont majoritairement citées.

Graphique 6 : Classement des pathologies par département

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



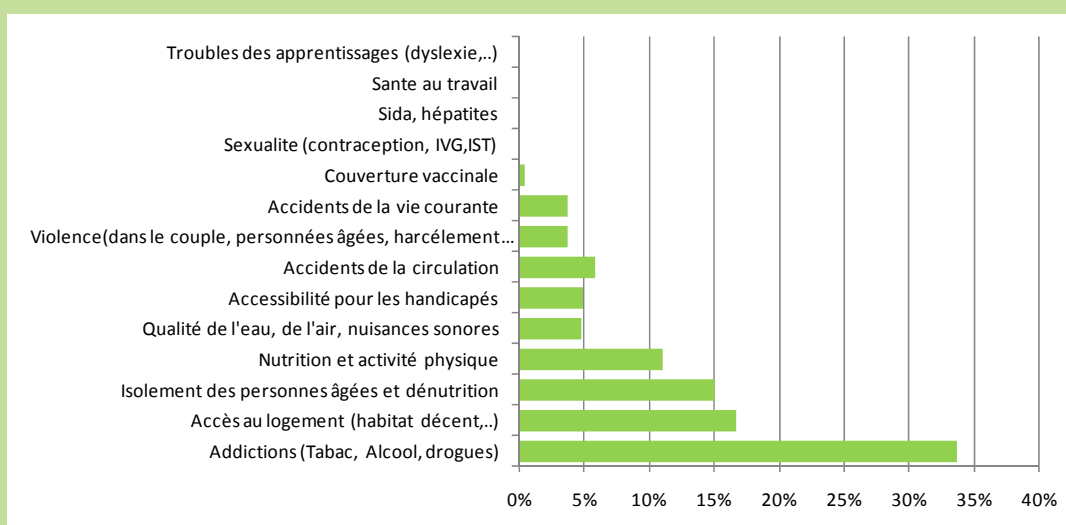
QUESTION N° 3 **COMPORTEMENT ET ENVIRONNEMENT : LES THEMES PRIORITAIRES POUR METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS.**

● **« EN MATIERE DE COMPORTEMENT ET D'ENVIRONNEMENT, SUR QUELLES THEMATIQUES SOUHAITERIEZ-VOUS QUE DES ACTIONS SOIENT MISES EN ŒUVRE POUR AMELIORER LA SANTE DE VOS ADMINISTRES »**

Cette question, qui complète les deux précédentes, se place plus dans une dynamique d'actions. Elle vise à identifier les thématiques sur lesquelles les élus souhaiteraient que des projets soient engagés afin d'améliorer la santé des habitants de leur commune.

Graphique 7 : Les actions comportementales et environnementales prioritaires à mettre en œuvre

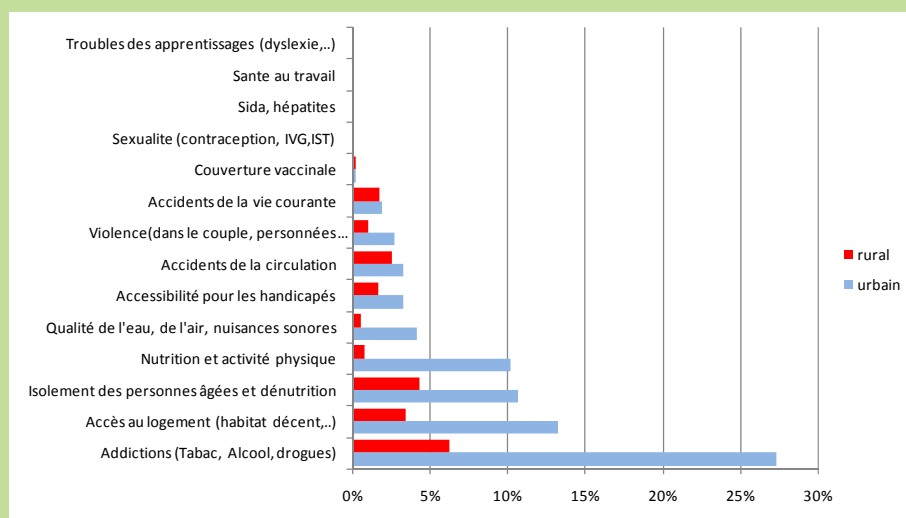
Réponses des maires pondérées par la population de la commune



La lutte contre les addictions, déjà évoquée à la question n°2, ressort comme une priorité d'action pour les maires du Languedoc-Roussillon. Viennent ensuite les items sur « l'accès au logement » et « l'isolement des personnes âgées et dénutrition ». L'item « nutrition et activité physique », en lien avec le thème du « surpoids et de l'obésité » (question n°2), est classé en 4^{ème} position par les maires du Languedoc-Roussillon.

Graphique 8: Les actions prioritaires à mettre en œuvre

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Les maires positionnent la lutte contre les addictions au 1^{er} rang des actions à mettre en place.

Selon les territoires (urbain/rural) les 2^{ème} et 3^{ème} items sont inversés : l'accès aux logements décents est primordial en zone urbaine, tandis que l'isolement des personnes âgées apparaît au 2^{ème} rang pour les maires ruraux.

En revanche, des divergences apparaissent dans le classement des autres items.

Si la « nutrition et l'activité physique » est une priorité en terme d'actions des aires urbaines, elle ne l'est pas pour les zones rurales où des actions sur les accidents de la circulation et de la vie courante sont demandées.

ZOOM SUR DEUX THEMATIQUES IDENTIFIEES PAR LES MAIRES DU LANGUEDOC-ROUSSILLON : L'ACCES AU LOGEMENT ET L'ISOLEMENT DES PERSONNES AGEES ET DENUTRITION.

Considérant que les thèmes de nutrition et activité physique et des addictions ont été traités précédemment, il est proposé d'observer la situation du Languedoc-Roussillon sur les questions d'accès au logement et d'isolement des personnes âgées et de dénutrition.

Accès au logement

Habitat décent ou insalubre : Il s'agit d'un thème complexe compte tenu du grand nombre de partenaires concernés et de la multiplicité des niveaux de responsabilité mais qui est identifié dans les inégalités environnementales de santé.

Depuis la loi du 9 août 2004, l'Etat a transféré aux maires la compétence de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène. L'Etat a conservé la gestion des déclarations d'insalubrité de l'habitat, des cas de saturnisme liés notamment à l'exposition au

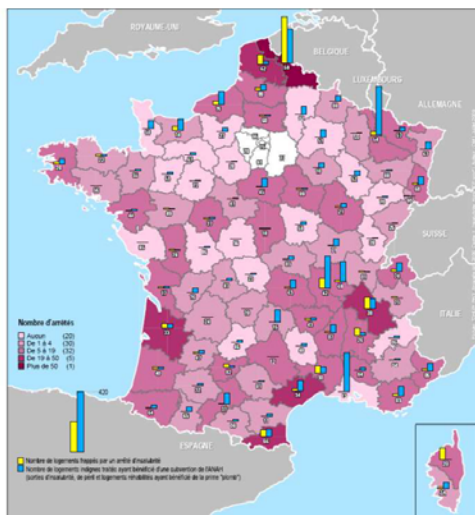
plomb de jeunes enfants dans des habitats vétustes et des cas d'intoxications par l'oxyde de carbone. L'ARS exerce ces missions pour les préfets.

Les maires se trouvent donc confrontés directement à la gestion systématique des plaintes liées aux conditions d'hygiène dans l'habitat.

Définitions et niveaux de responsabilité en matière d'habitat :

Habitat indécent	Habitat indigne	Habitat insalubre
Notion de droit privé qui s'applique dans les rapports locatifs.	Notion politique introduite par la loi Besson du 31 mai 1990 qui recouvre tous les logements qui portent atteinte à la dignité humaine.	Situation de gestion de risques sanitaires, voire de sécurité sanitaire. L'Etat a obligation d'agir pour réduire les risques pour les occupants.
<ul style="list-style-type: none"> • Installation électrique défectueuse, • mauvaise qualité des sols, • déficit de chauffage,... 	<p>De tels logements peuvent présenter des risques évidents pour la sécurité des occupants (chute, électrocution, incendie ...) ainsi que pour la santé.</p> <p>Les situations mettant en danger la santé des personnes devraient être déclarées systématiquement au préfet pour procédure d'insalubrité.</p>	<p>Répercussions sur la santé des occupants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cas de saturnisme lié à la présence de plomb dans des peintures anciennes dégradées. • des allergies et problèmes respiratoires liés à l'humidité, aux moisissures, au froid. • cas d'intoxication par le monoxyde de carbone liée aux modes de chauffage • conséquences de type psycho-social.
Le maire peut être saisi sur certains critères du règlement sanitaire départemental.	Ce thème relève de la responsabilité des maires et des préfets mais la mise en œuvre s'exerce avec de nombreux partenaires (ARS, CAF, ADILs, associations...). Des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne doivent être créés. Un outil informatique partagé est en cours de développement en ARS.	Ce thème concerne les ARS en lien avec les préfets.

En Languedoc-Roussillon, il existe environ 140 000 logements potentiellement indignes (source PRSE1) : 34% dans l'Hérault, 28% dans le Gard, 18% dans l'Aude, 16% dans les Pyrénées-Orientales et 4% en Lozère.



Carte 11 : Logements frappés par un arrêté d'insalubrité -logements indignes traités -année 2007

Le nombre d'arrêtés d'insalubrité concerne généralement les situations les plus graves.

Les populations vulnérables sont particulièrement concernées.

Pour l'ensemble des zones urbaines et rurales, la problématique de « l'isolement des personnes âgées et dénutrition » est citée parmi les priorités.

Isolement des personnes âgées

Une étude de l'INSEE de novembre 2003¹ précise qu'en France la proportion de personnes isolées s'établit à 11%. Cet isolement progresse fortement avec l'âge, après 70 ans. Il touche principalement les populations modestes. L'isolement en ZUS² est de 40% à 50% plus élevé qu'au centre ville à Montpellier.

L'isolement des personnes âgées se révèle une préoccupation constante des maires : services à la personne, télésurveillance, permanence des soins, portage des repas.

Le recensement des personnes âgées isolées : une responsabilité des maires.

Suite à la canicule de l'été 2003, le gouvernement a demandé à chaque commune de mettre en place un fichier permettant de recenser les personnes fragiles qui pourraient bénéficier du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Les personnes concernées sont les suivantes :

- *personnes âgées de plus de 65 ans;*
- *personnes âgées de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail.*

Dénutrition

Au moins 45% des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) souffrent de dénutrition protéino-énergétique, suggère une étude présentée au congrès international francophone de gériatrie et gérontologie (CFGG).

La prévalence de la dénutrition était de 45,6% et celle de la dénutrition sévère de 12,5%.

Comparativement aux autres résidents, les personnes dénutries étaient en moyenne plus âgées de deux ans, entrées en Ehpad en moyenne avec deux ans de plus et un score de dépendance plus élevé (GIR 1, 36,9% contre 18,4%). Les résidents dénutris présentaient plus souvent un syndrome démentiel (60,6% contre 48,4%), un état grabataire et des troubles de la marche (37,2% contre 24,5%), une incontinence urinaire (36,1% contre 30,3%) et des situations à risque de dénutrition (médiane de six contre cinq).

¹ Etude INSEE – n°931 – Novembre 2009 – « Isolement relationnel et mal-être ».

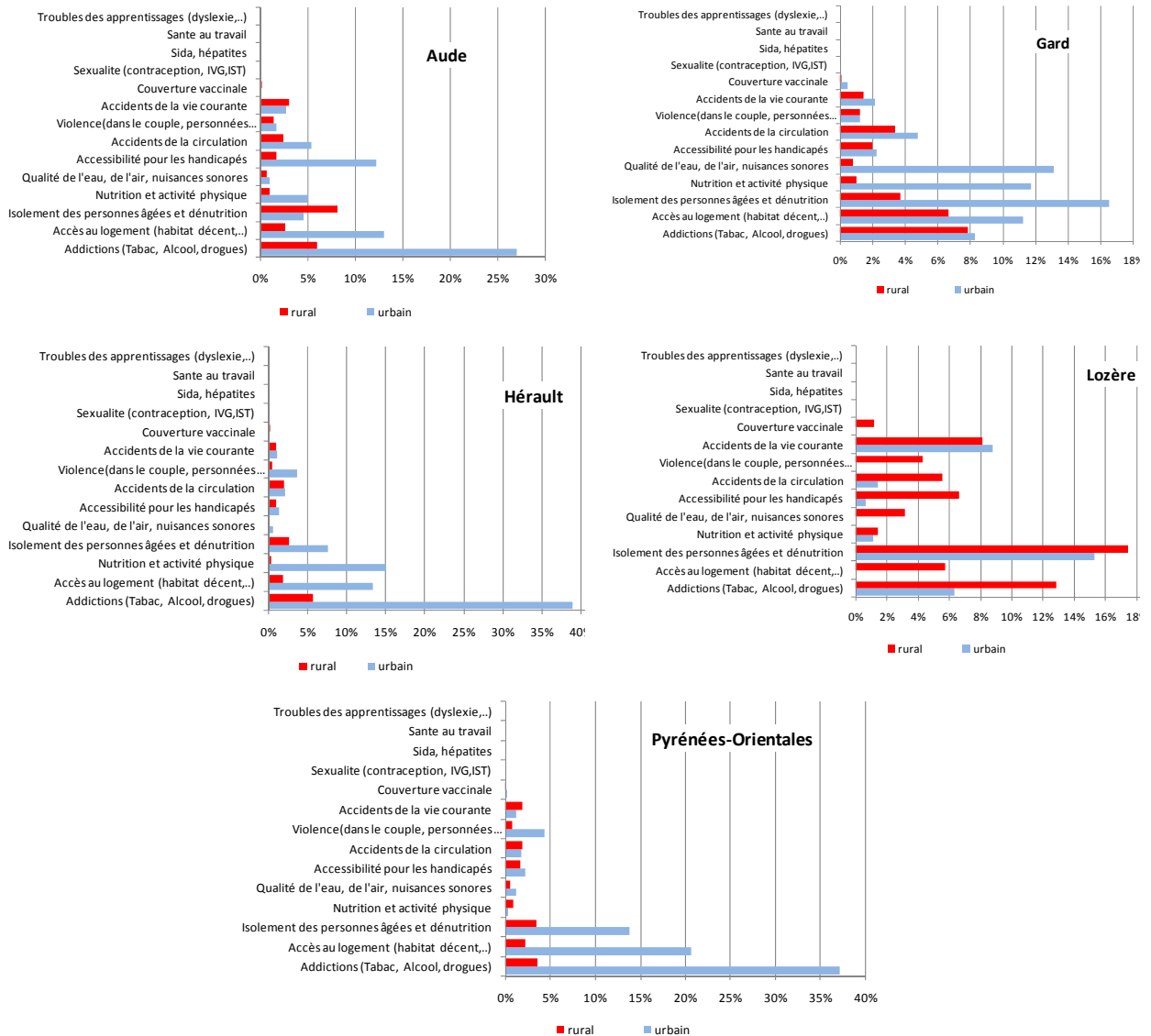
² Les zones urbaines sensibles (ZUS) sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires. La région Languedoc-Roussillon compte au total 28 ZUS (541 560 habitants) réparties entre quinze villes. La Lozère n'est pas concernée. La population de l'ensemble des ZUS de la région représente 18,24% de la population totale des villes où elles sont implantées.

DEPARTEMENTS : EN MATIERE DE COMPORTEMENT ET ENVIRONNEMENT : QUELS SONT LES THEMES PRIORITAIRES POUR METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS ?

- Les maires de l'Aude, mettent l'accessibilité pour les handicapés devant faire l'objet d'un traitement prioritaire.
- Les maires gardois souhaiteraient que soient entreprises en priorité des actions en matière d'isolement des personnes âgées et de la qualité de l'eau, de l'air et des nuisances sonores.
- Seulement 3 ou 4 thématiques d'actions ont été ciblées par les maires de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales, notamment celle des addictions.
- Enfin, les élus de Lozère, se singularisent par une dispersion assez élevée des réponses. L'isolement des personnes âgées et la question de la dénutrition sont leurs préoccupations principales.

Graphique 9 : En matière de comportement et d'environnement, les actions prioritaires par département

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Résultats de l'enquête par questions

- **Partie 1 : Populations, pathologies, comportements et environnements**
 - Question 1 : Populations posant des problèmes de santé
 - Question 2 : Quelles maladies doivent faire l'objet d'un traitement prioritaire ?
 - Question 3 : en matière de comportements et d'environnement, quels thèmes sont prioritaires pour la mise en œuvre d'actions
- **Partie 2 : Accessibilités géographiques et financières**
 - Accessibilité géographique
 - Accessibilité financière
 - Sensibilisation à Internet pour la Santé
- **Partie 3 : Démocratie Sanitaire, actions actuellement réalisées**

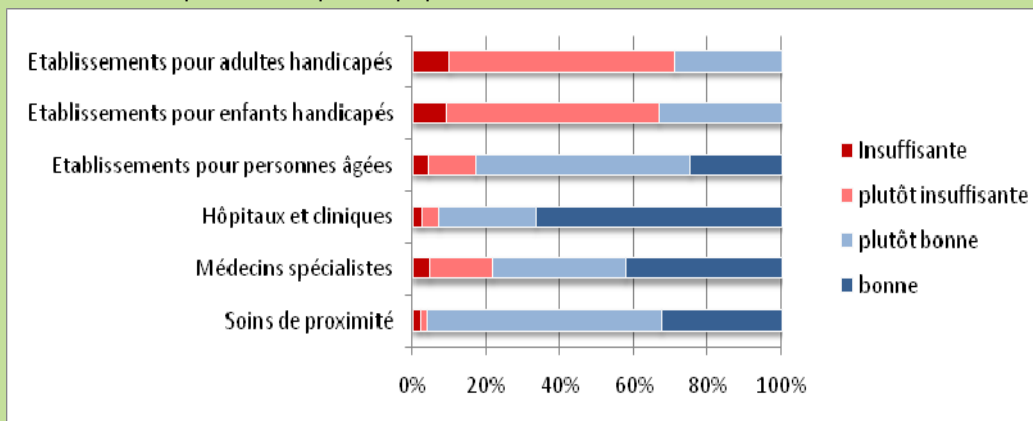
Partie II : Accessibilité géographique, financière à la santé

QUESTION N° 4.1 ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE

- « POUR LES HABITANTS DE VOTRE COMMUNE, COMMENT QUALIFIEZ-VOUS L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE ? »

Graphique 10 : Accessibilité géographique - Aires urbaines

Réponses des maires pondérées par la population de la commune

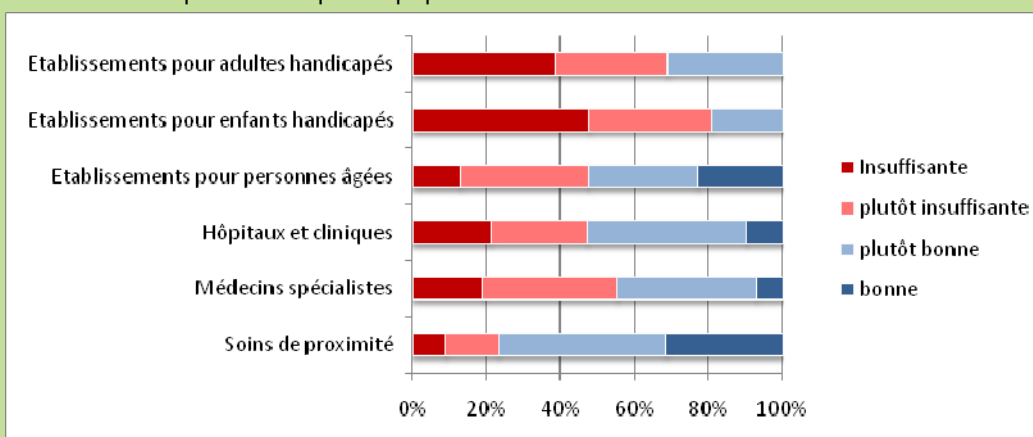


Dans les aires urbaines, les difficultés d'accès sont identifiées pour les structures pour enfants et adultes handicapés.

Se pose, dans une moindre mesure, la question de l'accès aux médecins spécialistes.

Graphique 11 : Accessibilité géographique - Espace rural

Réponses des maires pondérées par la population de la commune

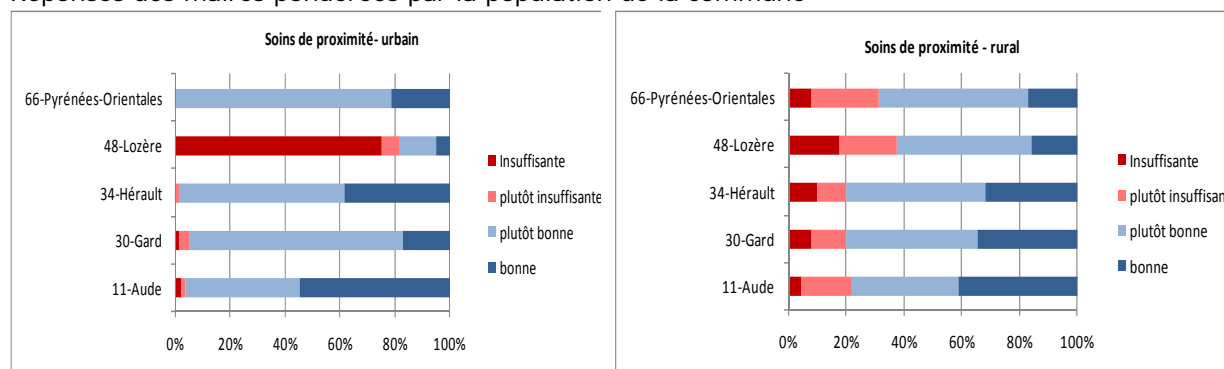


Dans les aires rurales, les problèmes d'accessibilité géographique concerne l'ensemble de l'offre de santé. Les soins de proximité posent moins de difficultés. L'accès aux structures pour adultes et enfants handicapés, les hôpitaux et cliniques, et les médecins spécialistes pose des difficultés que les maires perçoivent nettement.

ANALYSE PAR THEMATIQUE ET PAR DEPARTEMENT : « POUR LES HABITANTS DE VOTRE COMMUNE, COMMENT QUALIFIEZ-VOUS L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE AUX PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE ? ».

SOINS DE PROXIMITE : COMPREND LES MEDECINS GENERALISTES, LES INFIRMIERS, LES KINESITHERAPEUTES, LES PHARMACIES ET LES DENTISTES.

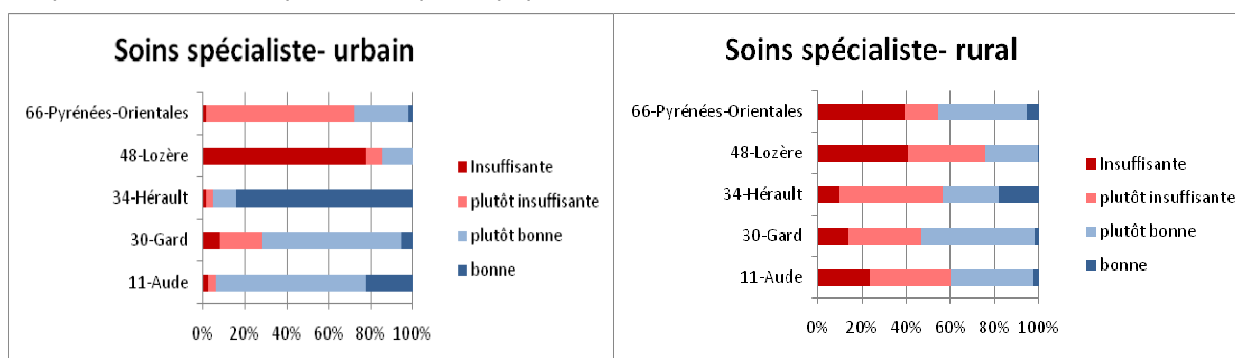
Graphique 12 : Accès aux soins -Soins de proximité
Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Dans la région, l'accès aux soins de proximité dans les zones urbaines n'est pas considéré comme posant des difficultés majeures, hormis en Lozère où les élus le perçoivent comme insuffisant.

L'ACCESSIBILITE AUX MEDECINS SPECIALISTES: COMPREND LES CARDIOLOGUES, RADIOLOGUES, GYNECOLOGUES, PSYCHIATRES,...

Graphique 13 : Accès aux soins de médecins spécialistes
Réponses des maires pondérées par la population de la commune

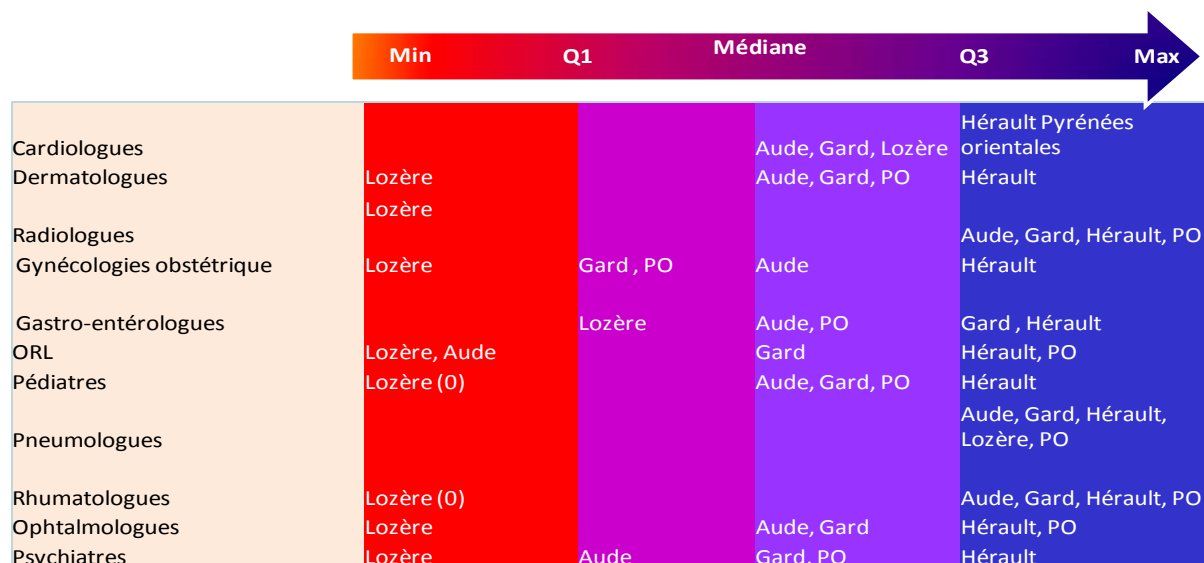


Les difficultés d'accès géographique aux soins portent principalement sur les médecins spécialistes, essentiellement en zones rurales. Cependant, la Lozère et les Pyrénées-Orientales notamment en zones urbaines, en font aussi état.

Graphique 14 : Densité des médecins spécialistes -année 2007

Source : SNIR -CNAMTS

Situation comparative des départements du LR au regard des autres départements français



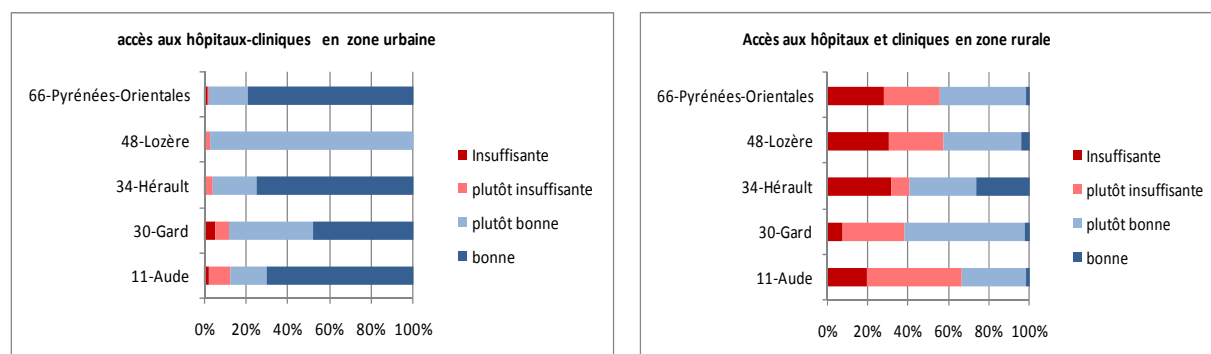
Par rapport aux autres départements de France, la Lozère est en situation de déficit sur 8 spécialités identifiées.

Les autres départements ont des situations plutôt favorables et se trouvent positionnés dans les plus hautes densités (supérieur au Quartile 3).

SECTEUR HOSPITALIER :

Graphique 15 : Accès aux structures hospitalières

Réponses des maires pondérées par la population de la commune

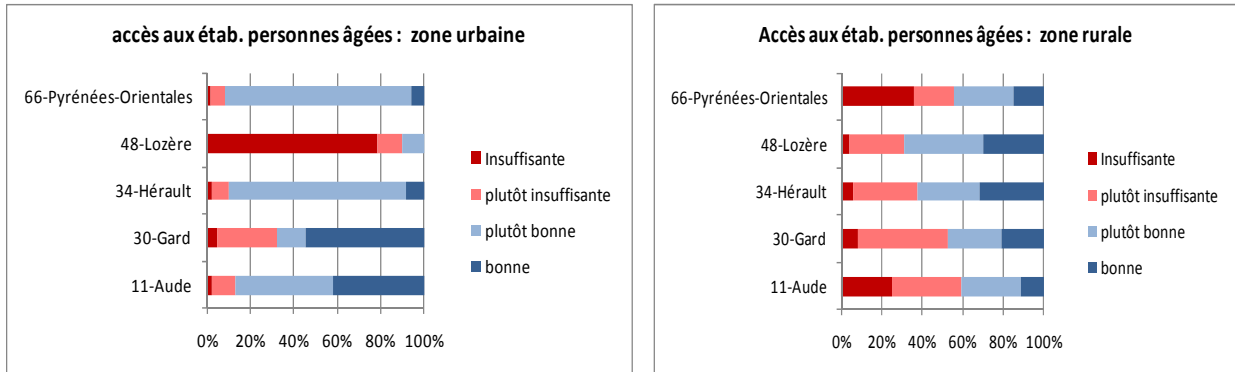


Les difficultés d'accès géographique aux établissements de santé sont essentiellement évoquées dans les aires rurales.

SECTEUR DES PERSONNES AGEES :

Graphique 16: Accès aux établissements pour personnes âgées

Réponses des maires pondérées par la population de la commune

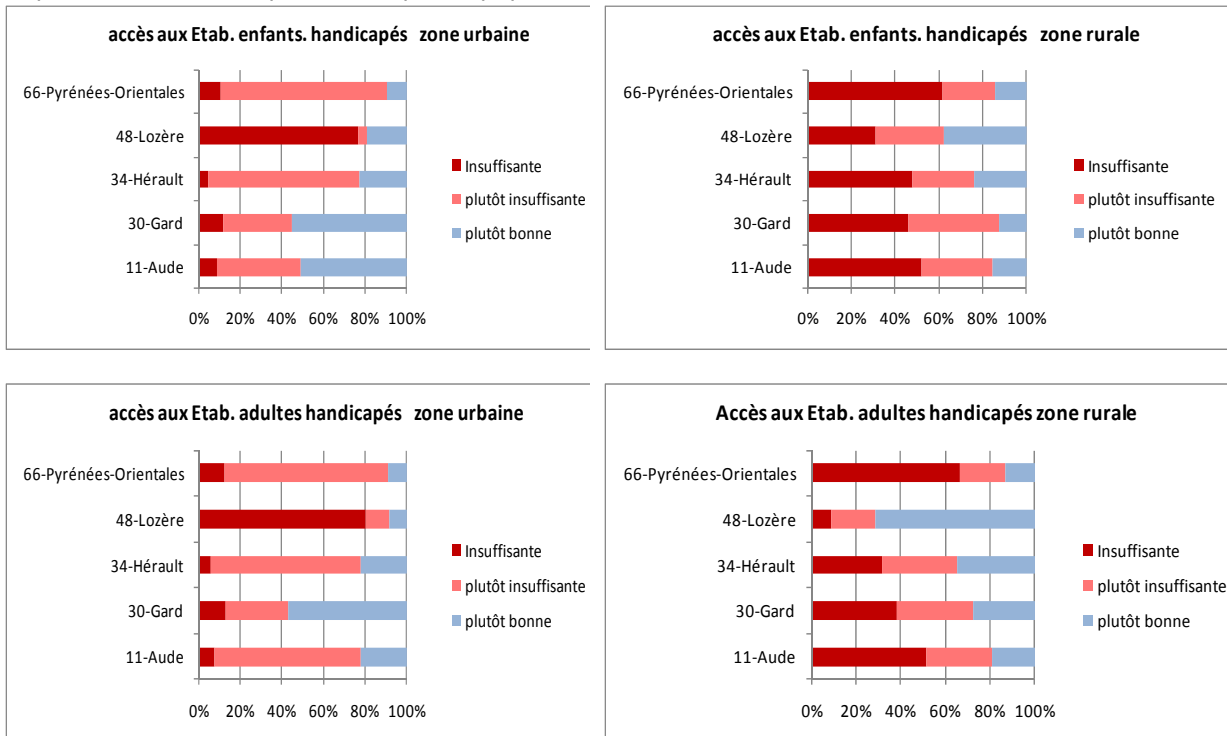


Les difficultés d'accès géographique aux établissements pour personnes âgées en milieu urbain ne sont citées qu'en Lozère. Par contre, elles sont prégnantes dans tous les départements en milieu rural, notamment pour les Pyrénées-Orientales, l'Aude et le Gard.

SECTEUR DU HANDICAP :

Graphique 17 : Accès aux établissements pour enfants et adultes handicapés

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Les maires perçoivent comme difficile l'accès aux structures pour adultes et enfants handicapés.

ZOOM : ETABLISSEMENTS POUR ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES : QUEL NIVEAU D'EQUIPEMENT DANS LA REGION ?

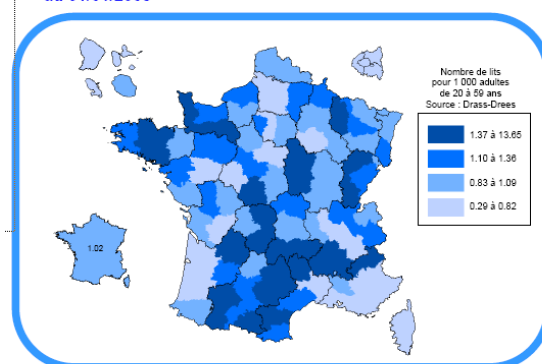
Adultes handicapés :

De fortes disparités départementales sont à noter : hormis la Lozère et l'Aude, les autres départements de la région affichent des taux d'équipement en dessous du niveau national.

Tableau 2 : Taux d'équipement pour adultes handicapés en Languedoc-Roussillon- Nombre de places pour 1000 adultes –source DRASS LR- juin 2008

	Taux d'équipement par département
Aude	5,22
Gard	3,00
Hérault	3,67
Lozère	39,82
Pyrénées-Orientales	3,74
Languedoc-Roussillon	4,83
France Entière	4,32

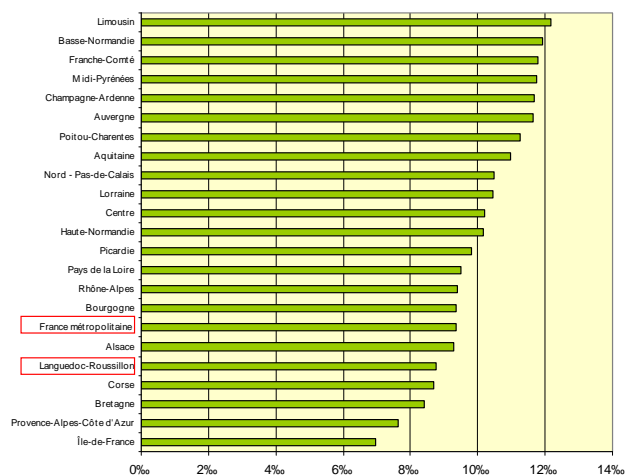
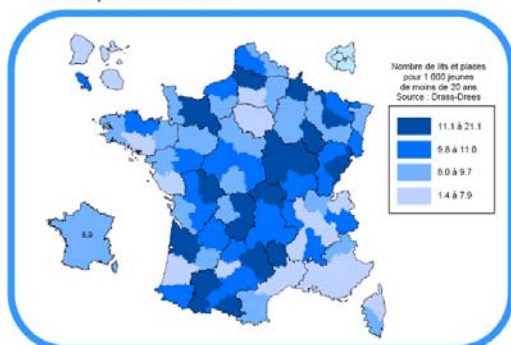
★ Taux d'équipement en MAS et foyers d'accueil médicalisés au 01/01/2008



Enfants handicapés :

Graphique 18 : Taux d'équipement en places pour enfants handicapés (/1 000 jeunes de moins de 20 ans)- Source FINESS – 2008

★ Taux d'équipement global en lits et places pour enfants handicapés au 01/01/2008

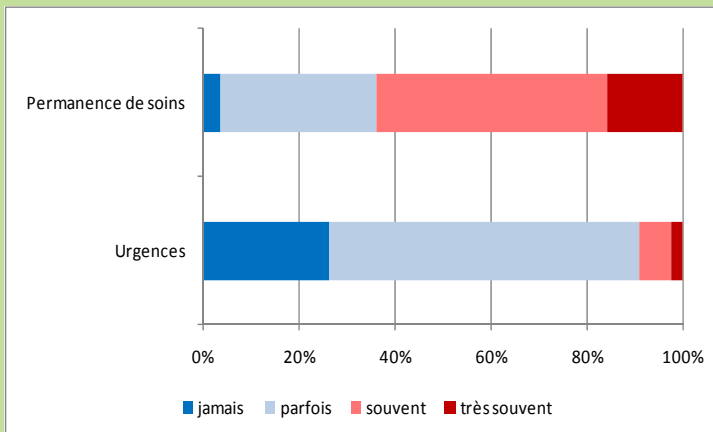


Malgré une hausse de 15% du nombre de places financées depuis début 2002, le Languedoc-Roussillon reste une des régions la moins bien équipée (18^{ème} place sur 22).

QUESTION N° 4.2 ACCESSIBILITE AUX SERVICES D'URGENTES ET DE LA PERMANENCE DES SOINS.

LES DEUX QUESTIONS POSEES AUX MAIRES :

- **VOS CONCITOYENS ONT-ILS DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SERVICES D'URGENTES* ?**
- **VOS CONCITOYENS RENCONTRENT-ILS DES DIFFICULTES POUR OBTENIR UNE CONSULTATION MEDICALE LA NUIT, LES WEEK-ENDS ET JOURS FERIES** ?**



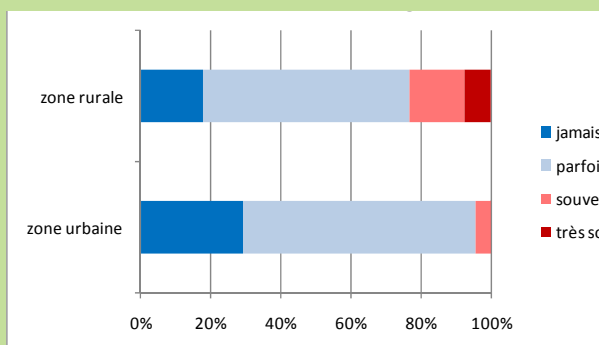
Le dispositif d'accès aux services d'urgences est jugé de manière favorable par les maires du Languedoc-Roussillon. Ce constat diffère de celui porté lors de la précédente enquête en juillet 2004 qui identifiait le secteur des urgences comme un problème persistant majeur en matière d'offre de soins. A l'inverse, concernant la permanence des soins : 60% des élus font état de difficultés.

DEFINITIONS :

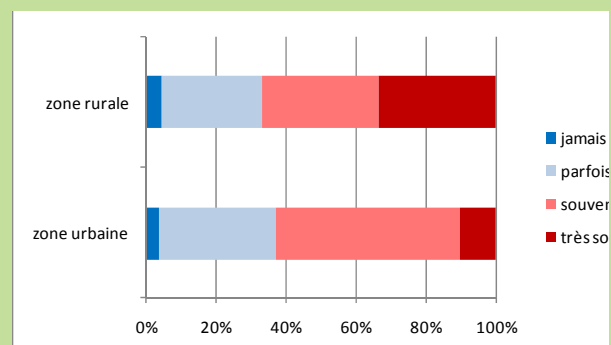
« *Urgences » : dispositif global qui comprend le service des urgences de l'hôpital ou de la clinique, le SAMU, le SMUR et les pompiers.

« **Permanence des soins » : organisation permettant à la population d'accéder à une consultation médicale en dehors des horaires de consultation des cabinets médicaux : nuits, dimanches et jours fériés.

Graphique 19 : Accès aux services d'urgences



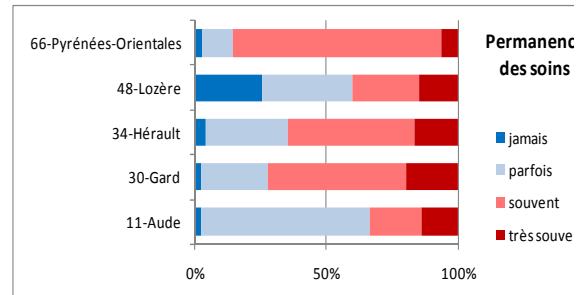
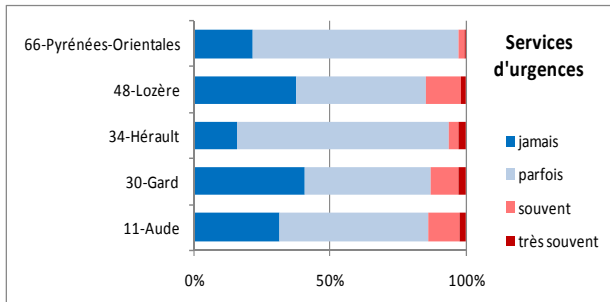
Graphique 20 : Accès à la permanence des soins



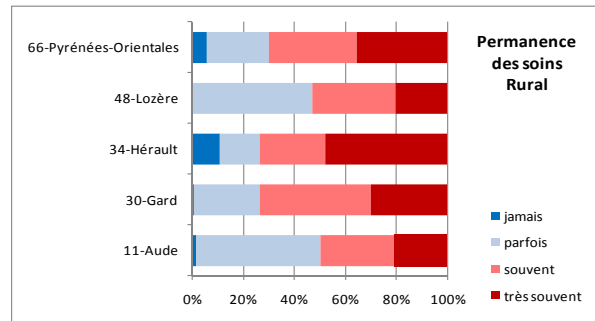
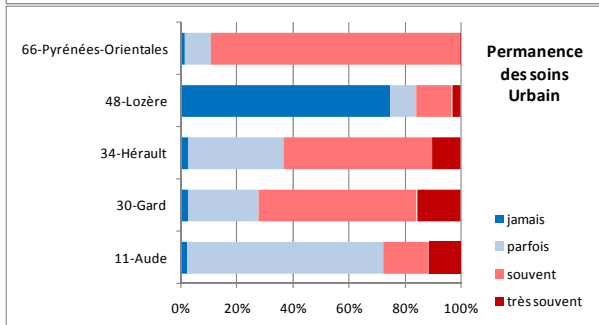
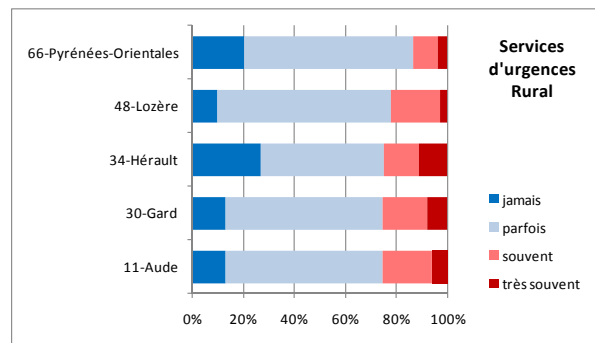
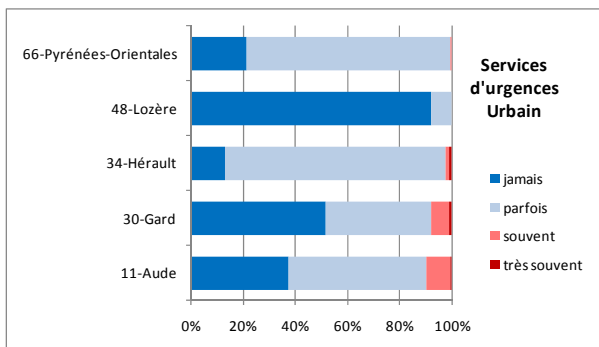
D'une manière générale, la réponse à la permanence des soins est jugée non satisfaisante tant dans les aires urbaines que dans les zones rurales.

DEPARTEMENTS :

Graphique 21 : Accès aux services d'urgences et à la permanence des soins



Quel que soit le département, l'appréciation portée sur l'accès aux services d'urgence est satisfaisante.



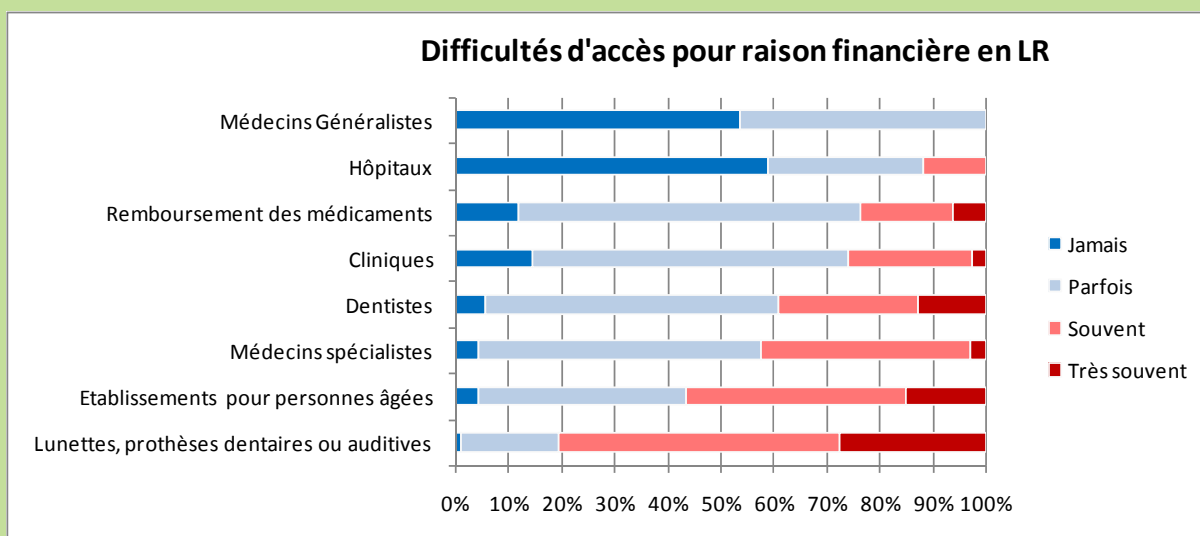
L'accès aux soins durant les horaires de permanence des soins est jugé non satisfaisant, aussi bien dans l'espace urbain que dans l'espace rural.

A ce sujet, la situation de la Lozère est particulière : les élus de proximité ne font pas état de difficultés majeures alors que la densité médicale y est significativement inférieure aux autres territoires.

QUESTION N° 4.3 ACCESSIBILITE FINANCIERE A LA SANTE

- « L'ACCES AUX SOINS OU A LA PRISE EN CHARGE POUR LES HABITANTS DE VOTRE COMMUNE EST-IL RENDU DIFFICILE POUR DES RAISONS FINANCIERES (DEPASSEMENTS D'HONORAIRES, TARIFS...»

Graphique 22 : Accessibilité financière aux soins en Languedoc-Roussillon
Réponses des maires pondérées par la population de la commune



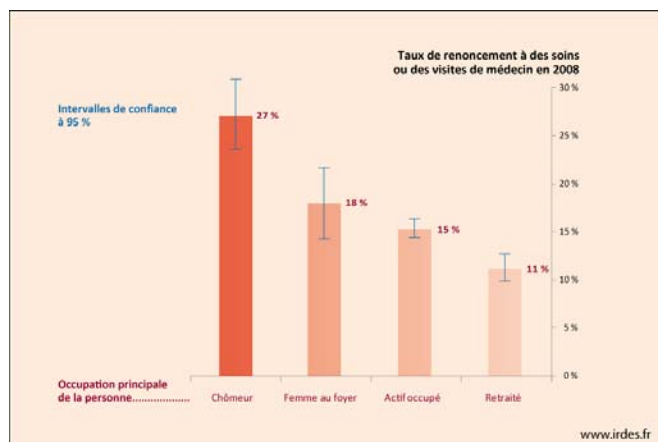
Selon les maires, les quatre principales difficultés des populations en termes d'accessibilité financière se situent sur les thèmes suivants (par ordre hiérarchique) :

- Lunettes, prothèses dentaires ou auditives (80%),
- Etablissements pour personnes âgées (60%),
- Médecins spécialistes (40%),
- Dentistes (40%).

Une étude menée par l'UFC-Que Choisir révèle que les dépenses de santé à la charge des consommateurs ont progressé de plus de 50% entre 2001 et 2008 et que certains foyers doivent consacrer 15% de leur budget à se soigner, soit la même part dédiée à l'alimentation.

ZOOM : TAUX DE RENONCEMENT A DES SOINS OU VISITES DE MEDECIN POUR RAISONS FINANCIERES

Graphique 23 : Taux de renoncement aux soins au cours des douze derniers mois, France métropolitaine 2008 (source : IRDES³)

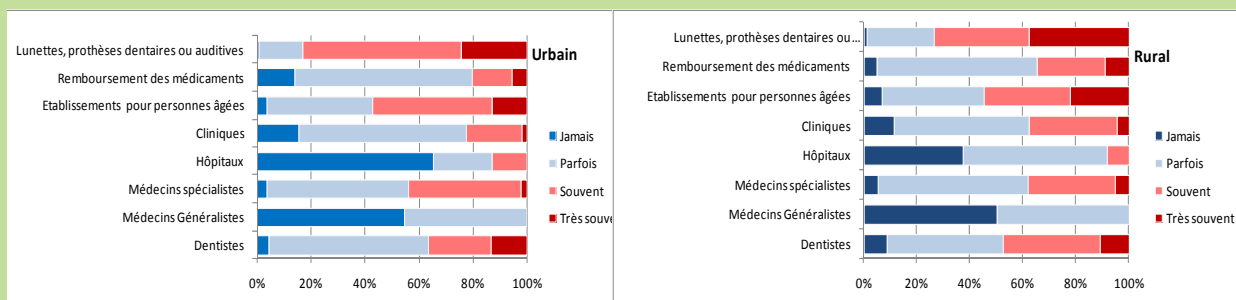


Le graphique ci-contre met en évidence le niveau de renoncement aux soins des populations en fonction de leur catégorie sociale.

Sur ce thème, L'UFC-Que Choisir rapporte, par ailleurs, que 24% des Français dont les revenus sont compris entre 0 et 799 euros ont renoncé à des soins en 2006.

Graphique 24 : Difficultés d'accès pour raison financière en LR selon l'espace rural /urbain

Réponses des maires pondérées par la population de la commune



Les difficultés d'accès aux soins pour raison financière sont aussi marquées en milieu rural qu'en milieu urbain.

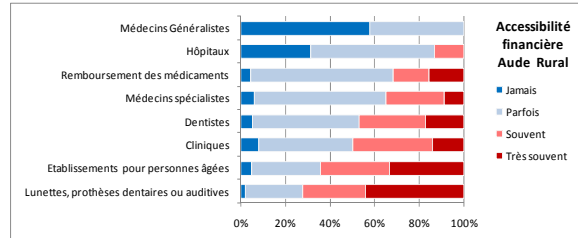
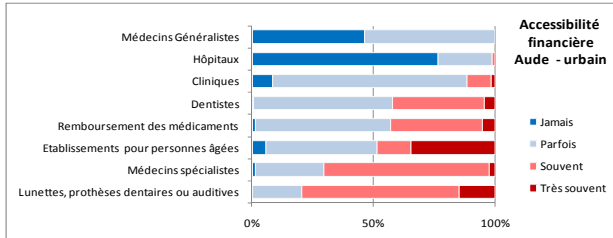
³ Source : Rapport IRDES n° 1800 « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 ».

DEPARTEMENTS :

Graphique 25 : Difficultés d'accès pour raison financière à la santé par département

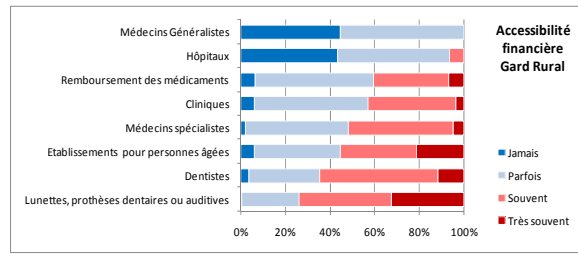
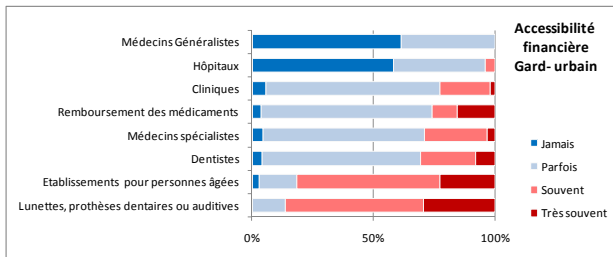
Réponses des maires pondérées par la population de la commune

Département de l'Aude



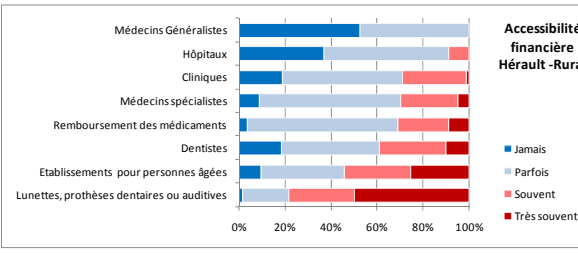
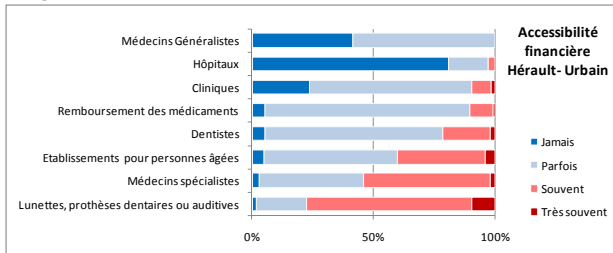
Les maires de l'Aude qualifient très difficile l'accès financier aux établissements pour personnes âgées.

Département du Gard



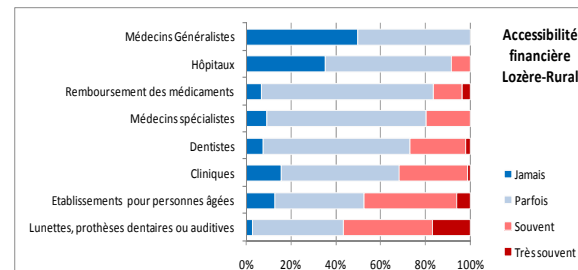
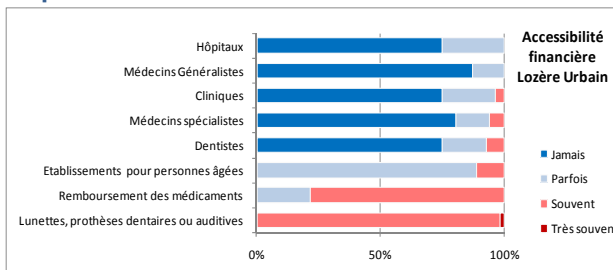
Dans le Gard, des difficultés financières se cristallisent sur l'appareillage, les soins dentaires et les établissements pour personnes âgées.

Département de l'Hérault



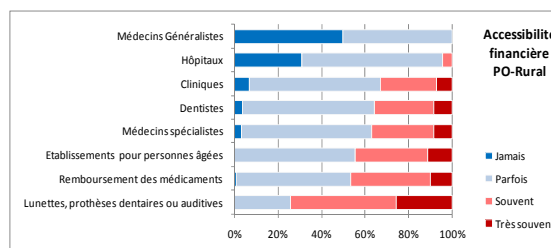
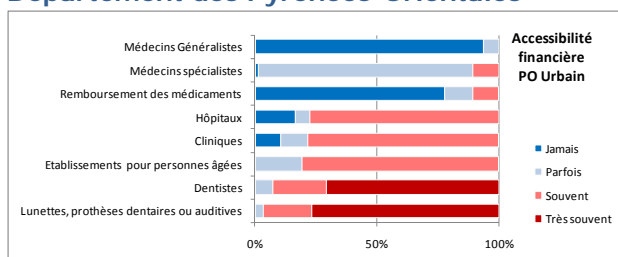
Dans l'Hérault, les difficultés d'accès concernent l'appareillage et les établissements pour personnes âgées.

Département de la Lozère



En Lozère, l'accès financier à la santé apparaît difficile sur deux prestations : l'appareillage et les médicaments.

Département des Pyrénées-Orientales



Dans les Pyrénées orientales, en milieu urbain, l'accès aux soins est jugé difficile au niveau de l'appareillage, des soins dentaires, de l'accès aux établissements pour personnes âgées (EHPAD) et pour les établissements sanitaires (cliniques et hôpitaux).

ZOOM : EXEMPLE D' ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR LA CPAM DU GARD EN MATIERE D' ACCESSIBILITE FINANCIERE.

De multiples acteurs engagent des actions pour faciliter l'accès aux soins pour les populations du Languedoc-Roussillon. A titre d'illustration, voici l'exemple des actions développées par la CPAM du Gard.

Face à la croissance de la précarité, suivant les orientations définies par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, la CPAM du GARD a décidé de mettre en œuvre une politique locale active pour aider les assurés à mieux accéder aux soins.

Deux exemples d'actions peuvent être évoqués :

- *La création et la mise en place de deux aides locales pour l'acquisition d'une complémentaire santé :*
 - « l'aide supplémentaire », qui complète l'aide nationale (ACS) et atténue le reste à charge des bénéficiaires (revenus CMUC + 20%),
 - « l'aide spéciale », qui vise à réduire les effets de seuil (revenus CMUC + 30 %).

Depuis le 1^{er} janvier 2010, près de 600 foyers gardois ont bénéficié de ces aides.

- *Par ailleurs, il convient de noter que la CPAM du Gard accorde également des aides financières individuelles destinées à permettre l'accès aux soins, notamment dentaires : prothèses, orthodontie faciale.*

Cette action représentait sur l'année 2009 la somme de 200 000 euros, ce qui correspond environ à 400 dossiers traités.

QUESTION N° 4.4 SENSIBILISATION AUX APPORTS D'INTERNET DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

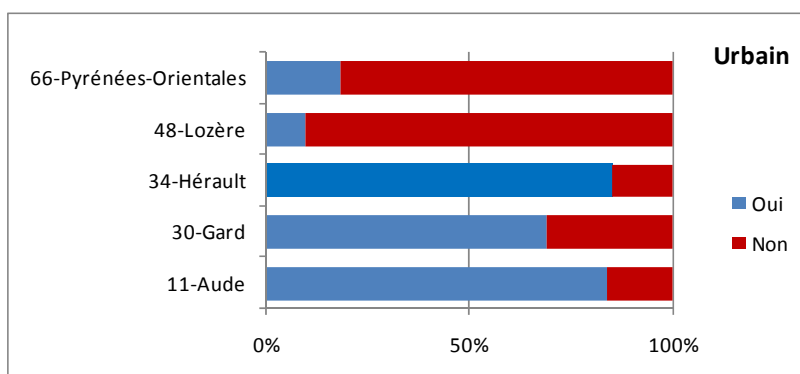
« GRACE A INTERNET, DES NOUVEAUX SERVICES DE SANTE PEUVENT ETRE DEPLOYES AUPRES DES PERSONNES. L'ECHANGE D'INFORMATIONS PEUT ETRE NOTAMMENT REALISE ENTRE :

- LE DOMICILE DE LA PERSONNE MALADE ET UN MEDECIN SITUE A DISTANCE (SURVEILLANCE DE PERSONNES DIABETIQUES,...)
- PLUSIEURS PROFESSIONNELS DE SANTE (EXEMPLE : UN MEDECIN DEMANDE UN AVIS A UN CONFRERE RADIOLOGUE SUR LA BASE DE CLICHES DE RADIOGRAPHIES TRANSMIS) »

ÊTES-VOUS SENSIBILISE AUX APPORTS D'INTERNET DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ?

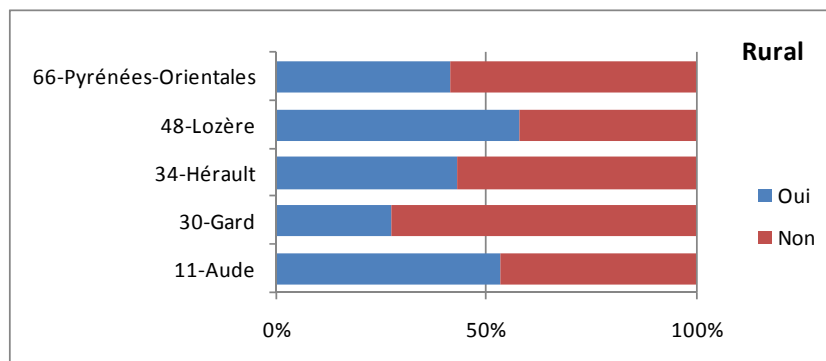
Les différences entre les zones urbaines et rurales sont marquées sur cette question liée aux nouvelles technologies.

Graphique 26 : Sensibilisation à Internet dans le domaine de la santé



Un certain nombre de maires des zones urbaines ne voient pas l'apport de l'Internet dans le domaine de la santé.

Dans les Pyrénées-Orientales et Lozère moins de 20% des maires n'ont pas le sentiment d'être informés sur les bénéfices et les potentialités de ces nouvelles technologies de l'information et de la communication.



Dans les aires rurales, les maires sont dans l'attente de l'accès à Internet Haut Débit (cf ; carte 12), sans suffisamment percevoir aujourd'hui son apport dans le domaine de la santé.

La télésanté est la médecine du XXIe siècle...



Le vieillissement de la population a une incidence directe sur la structure tant médicale que financière du secteur de la santé. Un accroissement du nombre des personnes âgées aboutit inévitablement à une augmentation de la proportion de pathologies chroniques telles que les affections cardiovasculaires, métaboliques ou rhumatisantes, voire de maladies neurologiques comme la démence.

Dans un contexte de la répartition inégale de la ressource médicale sur les territoires (déserts médicaux), l'un des remèdes à cette situation consiste à gagner en efficacité en favorisant le traitement des patients à domicile plutôt qu'à l'hôpital, en améliorant les soins des maladies chroniques de façon à éviter les complications et en renforçant la communication entre les professionnels de santé afin d'optimiser les diagnostics et les thérapies.

C'est là que la TELESANTE entre en jeu. La fourniture de services de santé faisant appel à des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) innovantes peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 fixe, pour la première fois, les fondements juridiques de la télémédecine. Le décret d'application définissant son cadre juridique et financier est paru le 21 octobre 2010.

La télémédecine se décline sous quatre modalités :

1- La télé-consultation : Acte médical au cours duquel un patient près d'un médecin ou d'un professionnel de santé dialogue avec un médecin spécialiste situé à distance. L'objectif est de poser un diagnostic.

2- La télé-expertise : Acte diagnostic ou thérapeutique qui se réalise en dehors de la présence du patient. Il s'agit d'un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base de données cliniques ou paracliniques du patient.

3- Télé-surveillance : Acte qui résulte de la transmission d'un indicateur clinique ou paraclinique, indicateur recueilli par le patient (sur son lieu de vie) ou un professionnel de santé, vers un médecin qui en assure l'interprétation. Le médecin consulté décide de la conduite à suivre.

4- La télé-assistance : Acte médical ou chirurgical au cours duquel un médecin assiste un confrère.

Résultats de l'enquête par questions

- **Partie 1 : Populations, pathologies, comportements et environnements**
 - Question 1 : Populations posant des problèmes de santé
 - Question 2 : Quelles maladies doivent faire l'objet d'un traitement prioritaire ?
 - Question 3 : en matière de comportements et d'environnement, quels thèmes sont prioritaires pour la mise en œuvre d'actions

 - **Partie 2 : Accessibilités géographiques et financières**
 - Accessibilité géographique
 - Accessibilité financière
 - Sensibilisation à Internet pour la Santé
- **Partie 3 : Démocratie Sanitaire, actions actuellement réalisées**

Partie III : Projets de santé et démocratie sanitaire

QUESTION N°5 AVEZ-VOUS DES PROJETS D' ACTIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE



Les maires sont intéressés par les projets d'actions de santé, parmi eux, 255 maires ont déjà réalisé des actions portant sur le domaine de la santé.

Sur les 823 maires ayant participé à cette consultation, 398 ont répondu à cette question dont :

- 143 ont répondu ne pas avoir de projets ou d'actions en santé. Le principal motif invoqué est la taille de la commune et donc ses ressources financières.
- **255 maires ont répondu avoir participé ou réalisé des actions.**

La communauté des communes est l'espace de proximité de la gestion des projets en santé :

Il ressort des réponses que la plupart des actions en matière de santé sont réalisées au niveau de la **communauté de communes** ou parfois du canton. Ceci ne prend pas en compte les grandes agglomérations.

Les champs d'intervention pour les 255 projets cités s'organisent autour de trois thématiques :

Les communes interviennent sur trois grands champs :

- **Sur l'accès aux soins de proximité** : Maisons de Santé Pluri professionnelles, installations de professionnels de santé, logements ou locaux mis à disposition de professionnels de santé. Et aussi pour les petites communes, l'installation de **défibrillateurs en libre service**.
- **En matière d'accompagnement des personnes fragilisées** :
 - o Pour les personnes âgées : EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), logements foyers, services aux personnes dépendantes et maintien à domicile, accès à un CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination),
 - o Pour les personnes handicapées : structures pour handicapés jeunes ou adultes, autismes,...
 - o Surveillance active des personnes âgées, personnes handicapées, personnes isolées.

- **Sur la prévention :**

- prévention pour les personnes âgées au travers des ateliers des caisses de vieillesse, de la Mutualité Sociale Agricole, des CLIC, des Centres Communaux d'Action Sociale : ateliers mémoires, prévention des chutes, nutrition, activités physiques,...
- prévention auprès des jeunes : addictions, nutrition, activités physiques, café santé,
- activités physiques pour tous : aménagement de sentiers de randonnée...

QUESTION N° 6 **DEVELOPPEMENT DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE**

● **« LES ARS SOUHAITENT RENFORCER « LA DEMOCRATIE SANITAIRE » GRACE A UNE PLUS GRANDE PARTICIPATION DES ACTEURS LOCAUX DANS SA POLITIQUE DE SANTE.**

COMMENT SOUHAITEZ-VOUS CONTRIBUER A LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE POLITIQUE ?»

355 communes ont répondu à cette question :

La participation à la mise en œuvre de la politique de l'ARS se traduit par :

- « La diffusion de l'information auprès de sa population,
- L'organisation d'actions proposées par l'ARS,
- L'évaluation des besoins locaux par la diffusion de questionnaires,
- La mise en place d'actions auprès des populations ».

Pour cela, les maires souhaitent aussi être informés de cette politique et contribuer à sa mise en place, surtout si celle-ci intervient sur leur bassin de vie.

La réforme de la démocratie sanitaire est un des piliers fondamentaux de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) du 21 juillet 2009, en témoigne la présence des élus, des syndicats, des usagers dans la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (dont l'une des commissions est spécialisée dans le droit des usagers) ou les conférences de territoire.

Les Agences Régionales de Santé ont notamment pour objectif d'établir les contacts nécessaires vers une démocratie sanitaire ouverte et utile pour tous.

L'élaboration des PRS (Projets Régionaux de Santé) en sera une première concrétisation.

La démocratie sanitaire en région s'organise principalement autour de deux piliers :

- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du Languedoc-Roussillon (CRSA),
- Les conférences de territoires

L'installation de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du Languedoc-Roussillon



La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est installée depuis le 12 juillet 2010. Instituée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la CRSA est un organisme consultatif, composé de 96 membres, qui contribue par ses avis à l'élaboration de la politique régionale de santé. Réunie en assemblée plénière, la Conférence a élu son président, le

Professeur Henri PUJOL, représentant les usagers, ancien président de la Conférence régionale de santé et ancien Président de la Ligue Nationale contre le Cancer.

Elle a aussi constitué la commission permanente et les commissions spécialisées : prévention, organisation des soins, prise en charge et accompagnement médico-sociaux, droits des usagers.

Les conférences de territoires

Le Docteur Martine Aoustin, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc Roussillon, a arrêté le 12 octobre 2010, le découpage des territoires de santé pour le Languedoc-Roussillon. Chacun des cinq départements (Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales) constitue désormais un territoire de santé, nouveau périmètre destiné à prendre en compte les innovations introduites par la loi HPST et s'adaptant au cadre élargi des compétences désormais dévolues aux ARS.

Les conférences de territoire, instances de concertation des acteurs dans chaque territoire de santé, seront installées d'ici la fin de l'année 2010. Elles seront le lieu d'ouverture des futurs projets de santé de territoires. Lesquels devront, à des moments clefs, être étudiés en concertation avec les territoires voisins afin de proposer une réflexion élargie, au bénéfice de l'ensemble de la population régionale.

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie de la consultation des maires

Dans la continuité des consultations déjà réalisées auprès de chaque maire de la région en 1998 puis en 2004, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des 1 545 maires du Languedoc-Roussillon afin de recueillir leur avis sur les problématiques qui leur semblent prioritaires dans leur circonscription.

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

L'enquête s'appuie sur un questionnaire élaboré par l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon (document en annexe n°3), qui totalise 12 questions (4 questions ouvertes et 8 fermées) regroupées en 3 chapitres :

- **Quelles sont pour vous les priorités de santé ?** 3 questions permettent aux maires de classer les 3 principales priorités de leur commune en matière de publics, de pathologies et de comportements.
- **Y-a-t-il des difficultés d'accès aux soins ?** 6 questions abordent le thème de l'accessibilité aux soins : accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité aux urgences et accessibilité à la santé grâce à Internet.
- **Avez-vous des projets d'actions en matière de santé ?** Les deux dernières questions « ouvertes » ont pour objectif d'appréhender les diversités d'actions pouvant être réalisées par les élus dans le domaine de la santé et leurs souhaits en matière de développement de la démocratie sanitaire.

Calendrier

Envoi de l'enquête le 8 juillet 2010 : L'utilisation du logiciel d'enquête par Internet « Forms Survey Manager Pro - Solen » a permis une rapidité d'exécution de l'enquête. En effet, l'enquête a été envoyée par messagerie électronique à 1 371 communes de la région sur les 1 545 répertoriées. Les 174 communes qui ne disposaient pas de messagerie – ou dont la messagerie était indisponible - ont reçu ce même questionnaire par courrier.

Le logiciel utilisé est conçu spécialement pour répondre aux besoins des enquêtes en ligne sur Internet et gère les questionnaires réceptionnés, leur fiabilité et les relances : quatre relances par messagerie ont été effectuées.

L'enquête a été clôturée sur Internet le 11 septembre 2010.

Qualité des données

La saisie des questionnaires par Internet grâce au logiciel Forms Survey Manager a permis de mettre en place des systèmes de contrôle sur les questions posées.

Les trois premières questions (classement sur les priorités de santé) et les quatre dernières questions ouvertes de ce questionnaire (projets d'actions dans le domaine de la santé, développement de la démocratie sanitaire et la partie libre pour les commentaires) n'ont pas pu être verrouillées par le logiciel.

Taux de réponses

823 communes sur les 1 545 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses régional de 53%.

Deux départements, le Gard et la Lozère, avec respectivement 60 % et 58 %, ont un taux de réponses supérieur à la moyenne régionale. Par contre, le département des Pyrénées-Orientales enregistre le plus faible taux de réponse : 39% des élus de ce territoire ont répondu au questionnaire alors que cette aire concentre une densité élevée de personnes en situation de fragilité sociale.

Tableau 3 : Taux de participation des élus à l'enquête

	Nombre de communes	Nbre habitants 2007	Consultation 2010				Consultation 2004		Consultation 1998	
			Nombre de communes ayant répondu à l'enquête				Nombre de communes ayant répondu à l'enquête	Nombre de communes ayant répondu à l'enquête		
			Nbre. Communes	Taux de réponses	Population couverte	Taux de réponses				
Aude	438	354 751	233	53%	253 783	72%				
Gard	353	705 280	212	60%	453 563	64%				
Hérault	343	1029197	182	53%	675 541	66%				
Lozère	185	80 995	108	58%	52 405	65%				
Pyrénées orientales	226	445 877	88	39%	205 436	46%				
Languedoc-Roussillon	1545	2 616 100	823	53%	1 640 728	63%	871	56%	482	31%

Le tableau ci-dessus montre que le taux de réponse est proche de celui observé lors de la consultation de 2004 et supérieur à celui de 1998 (31%). Il confirme la préoccupation des élus pour les questions liées à la santé.

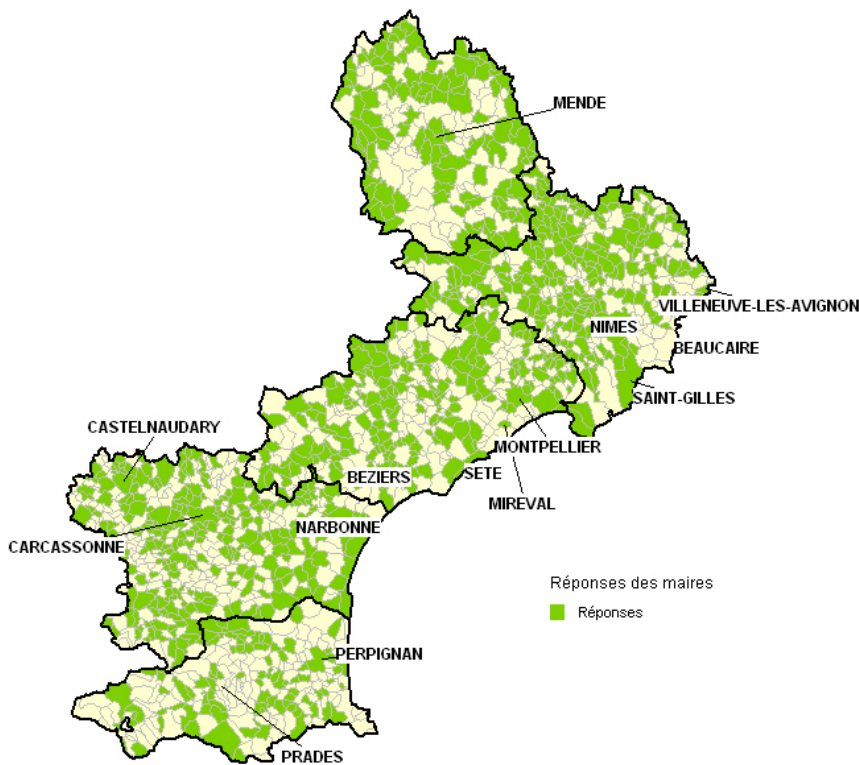
En termes de population, les maires qui ont participé à cette consultation représentent 1 640 728 habitants, soit 63% de la population du Languedoc-Roussillon.

La totalité des grandes et moyennes communes de la région ont répondu au questionnaire.

Villes	Population 2007
Montpellier	257 092
Nîmes	146 454
Perpignan	118 221
Béziers	74 189
Narbonne	52 542
Carcassonne	49 133
Sète	43 636
Alès	41 082
Total	782 349

Toutes les moyennes agglomérations (Alès, Sète, Carcassonne et Narbonne) et grandes agglomérations (Montpellier, Nîmes, et Perpignan) ont répondu à ce questionnaire. Ces 8 villes concentrent, à elles seules 782 349 habitants, soit 30% de la population de la région.

Carte 13 : Réponses des maires

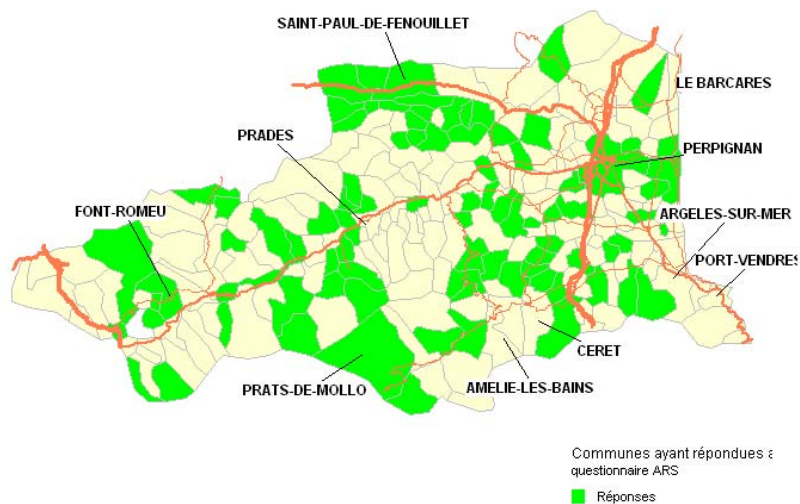


La carte ci-contre, représente en vert les communes qui ont répondu au questionnaire. On constate une répartition homogène des réponses sur le territoire régional hormis pour les Pyrénées-Orientales.

En effet, ce dernier présente un taux de réponses de 39% : 88 maires ont répondu aux questionnaires sur les 266 que contient le département. Ces 88 communes concentrent tout de même 46% de la population totale des Pyrénées-Orientales.

La représentation cartographique des Pyrénées-Orientales ci-dessous met en évidence les zones où les maires ont répondu au questionnaire. On peut noter que les non réponses sont concentrées sur 3 zones : le bas Conflent de Ille sur Têt à Prades, la côte Vermeille et la Salanque.

Carte 14 : Réponses dans les Pyrénées-Orientales



METHODE D'ANALYSE :

Pondération des réponses en fonction de la population des communes :

Si l'on considère qu'un maire est le porte-parole des habitants de sa commune (un maire : une voix), les habitants des petites communes sont sur-représentés. En effet, sur les 1 545 communes de la région, 1 290 sont des petites communes de moins de 2 000 habitants.

Tableau 4 : Répartition des communes et de la population du Languedoc-Roussillon par importance de la commune

	Languedoc-Roussillon			
	Nbre de communes	%	Nbre d'Hab. Année 2007	%
Moins de 200 habitants	488	31.6%	50 256	1.9%
200 à 499 habitants	370	23.9%	117 136	4.5%
500 à 999 habitants	240	15.5%	170 714	6.5%
1 000 à 1 999 habitants	192	12.4%	266 100	10.2%
2 000 à 4 999 habitants	163	10.6%	510 223	19.5%
5 000 à 9 999 habitants	64	4.1%	429 453	16.4%
10 000 habitants ou plus	28	1.8%	1 072 218	41.0%
Total	1 545	100.0%	2 616 100	100.0%

Pour atténuer la sur-représentativité des communes rurales, l'analyse ci-présente prend en compte dans ses calculs et dans ses interprétations le poids de la population communale. En effet, ce poids est proportionnel au nombre d'habitants représentés par chaque maire.

Cette pondération a donc pour effet « d'accentuer » les voix des maires des communes les plus peuplées, et donc, d'exacerber le poids de problèmes urbains.

Annexe 2 : Définition du zonage en aires urbaines et espace rural : ZAUER

Le zonage ZAUER est défini par l'Insee, selon une nomenclature spatiale, pour étudier le peuplement urbain et rural de la France. Cette nomenclature a pour but de donner une définition précise des villes et de leur zone d'influence en proposant différentes limites de celles-ci. Ainsi, la notion d'unité urbaine repose sur la continuité de l'habitat ; est considéré comme telle un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et comptant au moins 2000 habitants. Les communes rurales sont celles qui n'appartiennent pas à une unité urbaine. Et plus précisément, ce zonage décompose les espaces urbains et ruraux en six grands types :

L'espace à dominante urbaine :

- pôle urbain : unité urbaine offrant 5 000 emplois ou plus et n'appartenant pas à la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain ;
- couronne périurbaine : ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain ;
- communes multipolarisées : communes ou agglomérations situées hors des aires urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines différentes, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

L'espace à dominante rurale :

Il se définit comme l'ensemble des communes qui ne se situent pas dans l'espace à dominante urbaine.

- Pôle d'emploi de l'espace rural : commune ou agglomération n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine et offrant 1 500 emplois ou plus ;
- Couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural : ensemble des communes ou agglomérations n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine dont 40 % ou plus des actifs résidents vont travailler dans le reste de l'aire d'emploi de l'espace rural ;
- Autres communes de l'espace rural.

Dans la présente étude, il a été décidé de regrouper les 3 niveaux de l'espace urbain ainsi que ceux de l'espace rural dans deux sous-ensembles : aires urbaines et espace rural.

Annexe 3 : Listes des tableaux, graphiques et cartes

• TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition du nombre de communes et de la population couverte par ZAUER et par département.....	14
Tableau 2 : Taux d'équipement pour adultes handicapés en Languedoc-Roussillon- Nombre de places pour 1000 adultes –source DRASS LR- juin 2008	39
Tableau 3 : Taux de participation des élus à l'enquête	58
Tableau 4 : Répartition des communes et de la population du Languedoc-Roussillon par importance de la commune	60

• GRAPHIQUES

Graphique 1 : Population posant des problèmes de santé.....	17
Graphique 2 : Population posant des problèmes de santé selon le milieu urbain/rural.....	18
Graphique 3 : Populations posant des problèmes de santé par département et selon le zonage urbain/rural	19
Graphique 4 : Maladies devant faire l'objet d'un traitement prioritaire.....	21
Graphique 5 : Les pathologies devant faire l'objet d'un traitement prioritaire selon les zones urbaines et rurales.....	22
Graphique 6 : Classement des pathologies par département.....	27
Graphique 7 : Les actions comportementales et environnementales prioritaires à mettre en œuvre.....	28
Graphique 8: Les actions prioritaires à mettre en œuvre	29
Graphique 9 : En matière de comportement et d'environnement, les actions prioritaires par département.....	32
Graphique 10 : Accessibilité géographique - Aires urbaines	35
Graphique 11 : Accessibilité géographique - Espace rural	35
Graphique 12 : Accès aux soins -Soins de proximité.....	36
Graphique 13 : Accès aux soins de médecins spécialistes.....	36
Graphique 14 : Densité des médecins spécialistes -année 2007	37
Graphique 15 : Accès aux structures hospitalières.....	37
Graphique 16: Accès aux établissements pour personnes âgées	38
Graphique 17 : Accès aux établissements pour enfants et adultes handicapés	38
Graphique 18 : Taux d'équipement en places pour enfants handicapés (/1000 jeunes de moins de 20 ans)- source FINESS – 2008.....	39
Graphique 19 : Accès aux services d'urgences.....	40
Graphique 20 : Accès à la permanence des soins	40
Graphique 21 : Accès aux services d'urgences et à la permanence des soins.....	41
Graphique 22 : Accessibilité financière aux soins en Languedoc-Roussillon.....	42
Graphique 23 : Taux de renoncement aux soins au cours des douze derniers mois, France métropolitaine 2008 (source : IRDES)	43
Graphique 24 : Difficultés d'accès pour raison financière en LR selon l'espace rural /urbain	43
Graphique 25 : Difficultés d'accès pour raison financière à la santé par département.....	44
Graphique 26 : Sensibilisation à Internet dans le domaine de la santé	46

- **CARTES :**

<i>Carte 1 : Densité de population par commune en Languedoc-Roussillon en 2008.....</i>	<i>13</i>
<i>Carte 2 : Zonage en Aires Urbaines et Espace Rural du Languedoc-Roussillon.</i>	<i>14</i>
<i>Carte 3: Part des personnes de plus de 75 ans</i>	<i>17</i>
<i>Carte 4 : Taux de pauvreté par département en France</i>	<i>18</i>
<i>Carte 5 : Part des bénéficiaires de la CMUC en 2008 en Languedoc-Roussillon Par bassins de vie</i>	<i>18</i>
<i>Carte 6 : Taux standardisé de patients atteints de la maladie d'Alzheimer en ALD.....</i>	<i>22</i>
<i>Carte 8 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein - 2008 à 2009</i>	<i>24</i>
<i>Carte 7 : Taux standardisé de mortalité par cancer (2002/2004).....</i>	<i>24</i>
<i>Carte 9 : Répartition par région du nombre d'enfants en surpoids (y.c. obésité)</i>	<i>25</i>
<i>Carte 10 : Taux standardisé du nombre d'ALD en santé mentale – source : CNAMTS-données 2008.....</i>	<i>25</i>
<i>Carte 11 : Logements frappés par un arrêté d'insalubrité -logements indignes traités -année 2007.....</i>	<i>30</i>
<i>Carte 12 : Accès au haut débit internet (2MB/s) en Languedoc-Roussillon</i>	<i>48</i>
<i>Carte 14 : Réponses dans les Pyrénées-Orientales</i>	<i>59</i>
<i>Carte 13 : Réponses des maires</i>	<i>59</i>

L'Agence Régionale de Santé remercie tous ceux qui ont participé à cette étude, témoignant ainsi de la richesse des compétences réunies sur le toit de la « Maison Commune » :

- Le Cellule Communication :
 - o Salvador Llaurado,
 - o Christophe Charton.

- La Direction de la santé Publique et de l'Environnement :
 - o Isabelle Plaisant.

- Le Cellule Observations, statistiques, Aide à la décision :
 - o Annick Le Pape,
 - o Didier Hève.

- La Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
 - o Olivier Guillebert.

- La Direction de la Stratégie et de la Performance :
 - o Jackie Belda,
 - o Réjane Quilès,
 - o Jean-Paul Guyonnet.

Contacts

Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon
Direction de la Stratégie et de la performance

Marie-Claude Passouant

Téléphone : 04 67 07 21 87

Courriel : marie-claude.passouant@ars.sante.fr

Sylvain Privat

Téléphone : 04 67 07 21 88

Courriel : sylvain.privat@ars.sante.fr



DIRECTION DE LA STRATÉGIE ET DE LA PERFORMANCE

26-28 Parc Club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS 30001
34067 Montpellier Cedex 2