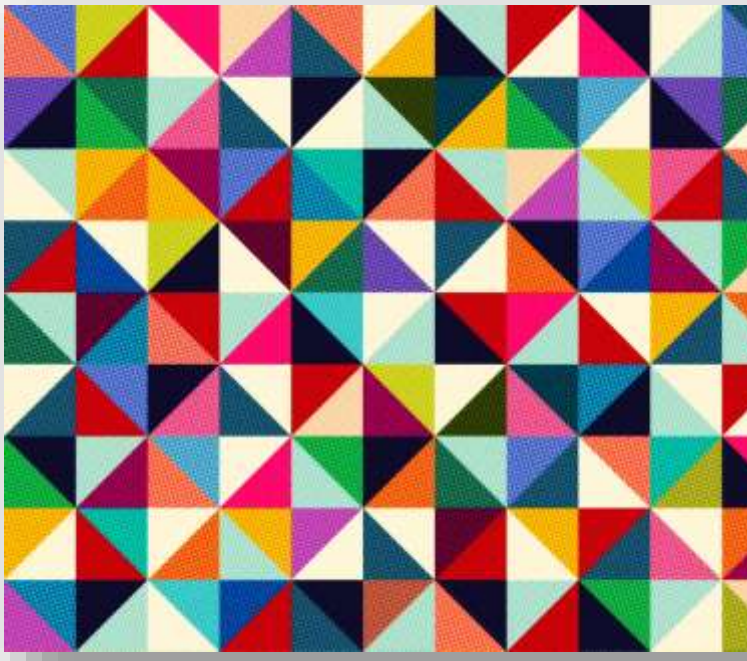


SANTE

>>>>>>>>>> TERRITOIRE DE DEMOCRATIE SANITAIRE ET CONTRATS LOCAUX DE SANTE

**>>>>>>>>>

Tendance #7
Accès à la prévention et aux soins : des conditions d'accès de plus en plus difficiles liées au difficile renouvellement des départs à la retraite
Tendance #8
Personnes en situation de handicap et de dépendance : une part croissante du nombre de bénéficiaires supérieure aux moyennes régionale et nationale
Tendance #9
L'évolution de la démographie médicale : 25% des médecins généralistes et 20% des médecins spécialistes n'ont pas été pas remplacés entre 2012 et 2016
Tendance #10
Un contexte régional et national en profonde mutation : évolution de la morbidité, des techniques, de la demande, de la réponse médicale et de la démographie

**>>>

PORTRAIT DE TERRITOIRE

TERRITOIRE DE DEMOCRATIE SANITAIRE & CONTRATS LOCAUX DE SANTE

Ariège

1 territoire de démocratie sanitaire

1 conseil territorial de santé

Le PETR de l'Ariège se situe au sein du « Territoire de Démocratie Sanitaire de l'Ariège », périmètre départemental arrêté depuis la loi de Modernisation sanitaire de janvier 2016. Il est piloté par un conseil territorial de santé dont l'objet est de *« veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants, elle participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé et contribue à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Projet régional de santé »*. Ce conseil territorial est composé de 50 membres maximum, répartis en 5 collèges :

- Le collège n° 1 représentant les **professionnels et offreurs des services de santé,**
- Le collège n°2 représentant les **usagers et associations d'usagers**,
- Le collège n°3 représentant les **collectivités territoriales ou les regroupements**,
- Le collège n°4 représentant les **représentants de l'Etat et les organismes de sécurité sociale**,
- Le collège n°5 représentant les **personnalités qualifiées**

Les missions du conseil territorial de santé sont les suivantes :

- Participe à la réalisation du **diagnostic territorial partagé** (qui a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population en s'appuyant sur des données d'observation),
- Contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des **parcours de santé**,
- Contribue au **suivi des plateformes d'appui à la coordination** des parcours de suivi des parcours de santé complexes en lien avec l'union régionale des professionnels de santé (URPS),
- Participe à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les **droits des usagers** et, d'autre part, de la **qualité des prises en charge et des accompagnements** (rapport annuel préparé par la commission spécialisée droits des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) désormais en lien avec les CTS),
- Veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la **participation des habitants**.

1 contrat local de santé

CC Pays de Tarascon

4 profils de santé

Pays Pyrénées Cathares
CC Pays de Tarascon
CC Portes Ariège Pyrénées
Commune Ax les Thermes

Le Contrat local de santé (CLS) est une démarche contractuelle, partenariale et multisectorielle, mise en place sur un territoire de proximité, dans une approche globale de la santé (incluant la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico social, ainsi que les déterminants sociaux et territoriaux de santé).

Le CLS est construit et animé sur un mode « projet », avec la réalisation d'un diagnostic de territoire partagé en santé, suivi de l'élaboration d'un plan d'action, sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation. La démarche mobilise de façon convergente les ressources du territoire, en lien avec les politiques nationales, régionales (dont le Projet Régional de Santé), départementales et locales.

Il existe aussi une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) Ariège Pyrénées en cours de constitution.

Le Profil santé est une étude préalable et indispensable pour chaque CLS (infra départemental à l'échelle d'un EPCI ou de la commune ou de communauté de communes, etc.). Il rassemble les principales données quantitatives disponibles pour chaque territoire et permet de dégager certaines caractéristiques sociales et sanitaires, ainsi que celles de l'offre de soins et de services du pays ou de la commune.

Les données et indicateurs mobilisés sont présentés avec une comparaison de la situation observée sur l'ensemble du département ou de la région ou au niveau national.

Caractéristiques **population** et territoire	**Déterminants sociaux** de santé	**Déterminants environnementaux** de santé
Etat de santé **problèmes de santé**	Santé **des enfants et des jeunes**	**Comportements** de santé
Accès à la **prévention** et aux soins	**Offre de soins** de premier recours	Personnes en **situation de handicap et de dépendance**

Ces Profils ont pour objectif de mettre à disposition des collectivités territoriales, des acteurs des champs sanitaire et social, des décideurs et du grand public, un document standardisé et synthétique permettant de dresser un portrait de chaque territoire afin de permettre un projet de santé adapté aux spécificités locales.

PROFILs DE SANTE

Tendance #1

Des politiques de santé qui doivent s'adapter à l'évolution démographique contrastée du territoire : entre déficit naturel et excédent migratoire

« La connaissance de la répartition et de la part relative de certaines tranches d'âge permet d'orienter les politiques de santé. On peut distinguer notamment:

- la période de l'enfance et l'adolescence dans laquelle est intégrée la période péri et post natale: les moins de 15 ans,
- les jeunes de 15 à 29 ans dont on connaît, malgré le manque d'indicateurs à des échelles locales, les besoins de prévention et de promotion de la santé au regard des comportements à risques,
- la part des 65 ans et plus qui permet de repérer l'importance du vieillissement démographique et des éventuels besoins en termes de prévention de la perte d'autonomie mais aussi de prise en charge »

CREAI & ORS Occitanie

Concernant la démographie et les migrations territoriales, la croissance démographique du territoire connaît une augmentation réelle mais inférieure aux moyennes régionales et nationales d'accroissement. Elle est due à un solde migratoire apparent positif largement supérieur à la moyenne nationale, mais qui parvient cependant difficilement à compenser un déficit du solde naturel également supérieur aux tendances nationales. A horizon 2050, si les projections se confirment, le territoire accueillera plus de 83 000 nouveaux habitants mais devra faire face dans un même temps au vieillissement généralisé de sa population ce qui aura pour effet d'augmenter très légèrement le nombre d'habitants (+13 000 habitants en 2050).

Il existe des inégalités territoriales très fortes entre les EPCI en matière d'évolution démographique mais aussi de structuration de la population. Les territoires du sud du PETR souffre d'un déficit naturel que ne vient pas compenser un excédent migratoire ce dernier profitant essentiellement au nord du PETR. En conséquence, la part de la population jeune est beaucoup plus forte sur la CCPAP et dans une moindre mesure la CAPFV. En revanche, l'augmentation du vieillissement de la population touche tous les territoires mais avec des phénomènes plus ou moins marqués. Les territoires du sud du PETR qui

présentent l'indice de vieillissement le plus fort sont également les territoires qui accueillent les ménages avec la cellule familiale la plus petite alors que les territoires du Nord du PETR qui bénéficient d'un indice de jeunesse plus fort, même s'il reste inférieur à la moyenne nationale, présentent un taux de couples avec enfants plus élevé.

En conséquence, le PETR de l'Ariège doit se préparer à accompagner une double dynamique territoriale amenée à s'inscrire dans le temps : d'une part, le vieillissement de sa population dans le sud du territoire qui est également le moins densément peuplé, celui présentant les capacités de mobilité les plus faibles, et le moins bien relié du fait de la faible intensité ou adaptabilité des infrastructures de communication contraintes par une situation géographique de montagne; d'autre part, au nord du territoire, le PETR doit accompagner l'accueil de nouvelles populations, plus jeunes et plus actives, sur un territoire déjà très densément peuplé.

En définitive, l'impact des dynamiques démographiques et migratoires sur la politique de santé des territoires du PETR amènent à prendre en compte aussi bien les enjeux liés à la naissance, l'enfance, l'adolescence et la jeunesse du fait de l'accueil de nouvelles populations que les enjeux liés au vieillissement d'une population souvent isolée et déjà résidente sur le territoire.

Tendance #2

Des déterminants sociaux de santé peu favorables et générant des risques pour la santé

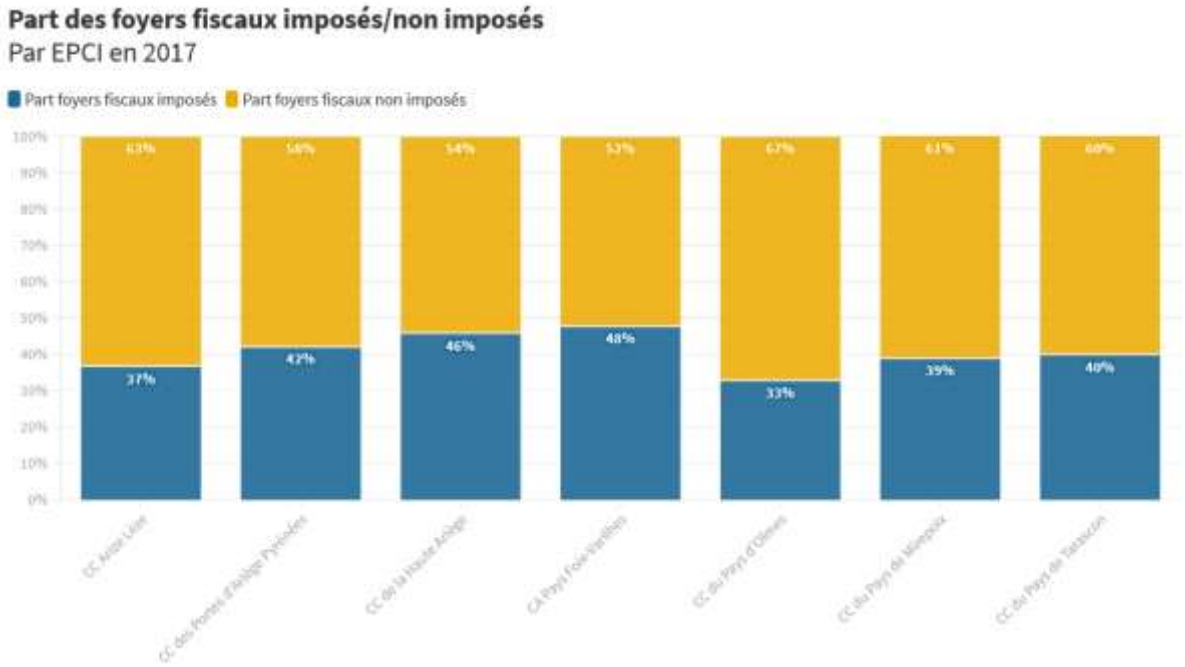
La situation sociale de santé est mesurée selon l'ARS à travers 4 indicateurs qui sont des déterminants sociaux de santé :

Les bénéficiaires de la CMUc

Cet indicateur traduit à la fois l'importance relative des situations de précarité financière mais aussi l'importance des personnes en difficulté d'accès à la santé plus souvent atteintes par des affections de longue durée (ALD), en particulier par le diabète, ayant plus souvent un moins bon suivi médical du diabète, un moindre recours aux dépistages, des problèmes dentaires plus fréquents, un mal-être plus marqué...

7.8% de la population est couverte par la CMUc contre **6.8%** en moyenne en France.

40.6% de foyers fiscaux imposés en 2017 sur le PETR de l'Ariège contre **46.3%** en moyenne en Région Occitanie



Du point de vue des revenus, de la pauvreté et des inégalités, le territoire se caractérise par un taux de pauvreté de 17.8% parmi les plus élevés de France (16ème département le plus pauvre avec 18.4% en 2017). Deux micro-territoires se distinguent avec un taux de pauvreté supérieur à la moyenne départementale : la CC Pays d'Olmes (20.9%) et la CC Arize-Lèze (20.6%). Les jeunes sont particulièrement touchés par la pauvreté notamment sur la CC Portes Ariège Pyrénées et la CA Pays Foix-Varilhes, les deux territoires présentant par ailleurs le plus fort indice de jeunesse. Ce sont également les deux territoires du PETR de l'Ariège incluant un quartier prioritaire de la ville, dans leur centre-ancien. Ces deux quartiers sont caractérisés par un taux de pauvreté, des inégalités sociales, une jeunesse NEET et des personnes en grande précarité et vulnérabilité, au-delà des moyennes recensées au niveau de ces deux intercommunalités et sur lesquels des enjeux en matière de santé publique ont clairement été définis. Le revenu médian sur le PETR de l'Ariège est inférieur au revenu médian régional et national et une part importante des ménages ont un revenu dépendant à plus de 50% voire 100% des prestations sociales. On observe une hausse continue du nombre de bénéficiaires des minimas sociaux, dont l'accompagnement des parcours d'insertion dans la durée constitue un véritable enjeu tant les problématiques sont croisées : dimension économique (accès à l'emploi et/ou à une activité), dimension sociale (accès aux droits, aux outils numériques, à la mobilité, à la santé, au logement) et citoyenne (participation à la vie locale).

Du point de la formation et des conditions d'emploi, le taux de chômage des 15-64 ans a connu une progression continue entre 2007 et 2017 pour atteindre 15.7% en 2017.

Les formes d'emploi précaire sont en constantes augmentation depuis 2012, et touchent depuis 2017 majoritairement les hommes, alors que les femmes étaient jusqu'alors les plus concernées. Avant le ralentissement économique lié à la crise du Covid, on pouvait déjà observer que plus de la moitié des intentions d'embauche sur les bassins d'emploi du PETR était liée à une activité saisonnière. Cette précarité de l'emploi a été largement pointée dans les deux contrats de ville de Foix et Pamiers dès 2015. Elle constitue une faiblesse structurelle qui maintient la population fragile dans des situations de vulnérabilité et de précarité. Phénomène national, les jeunes de moins de 30 ans sont particulièrement touchés par les emplois précaires et le taux de chômage qui s'élève à 30.5% en 2017 contre 28.5% au niveau national. Les jeunes femmes sont encore plus durement touchées avec 36.3% de taux de chômage. Une part inquiétante et croissante des jeunes sont en difficulté d'insertion. 20.8% des jeunes du territoire sont sans emploi et sans formation (NEET).

A l'extrémité de la pyramide des âges des personnes actives, les 55-64 ans présentent également un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale, avec une proportion d'hommes plus forte et un phénomène plus prégnant sur le nord et l'est du territoire.

Enfin, les habitants des quartiers prioritaires de la ville, de Pamiers et Foix, font partie des publics spécifiques bénéficiant d'actions programmées dans le cadre d'un contrat de ville mais présentant des problématiques différenciées. Bien que tous deux entrent dans la typologie de la Région des « centres-villes dynamiques », quartiers qui se caractérisent par un niveau d'emploi et de formation relativement élevés au regard des autres quartiers prioritaires d'Occitanie, ils accueillent des jeunes et des personnes âgées présentant un taux de pauvreté, un taux de chômage, un faible niveau de formation, des inégalités sociales et des difficultés d'insertion particulièrement forts au regard du reste des territoires du PETR. Les problématiques de santé y sont prégnantes.

ZOOM sur le quartier prioritaire de la ville de Pamiers

« Le centre-ville et la Gloriette/Le Foulon : des indicateurs de santé préoccupants
A la lumière des indicateurs de santé et sociaux de la ville, il convient de noter **l'importance des situations de précarité** (Couverture Maladie Universelle et Complémentaire - CMUC) **et de fragilité** (familles monoparentales par exemple) de Pamiers et plus spécifiquement de son centre ancien et de La Gloriette/Le Foulon.
La ville de Pamiers se singularise par le **taux élevé de bénéficiaires de la CMU, valeur dix fois plus haute que la valeur minimum des autres communes de Midi Pyrénées**. Et dans Pamiers, les quartiers prioritaires du centre Ancien et du Foulon sont particulièrement touchés : les 635 bénéficiaires de la Couverture Maladie universelle (CMU) en centre ancien représentent 32.5% de l'ensemble des bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Ce taux est de 19.2% pour la Gloriette Foulon.

Sur le centre-ville et le quartier du Foulon, les situations de précarité et de fragilité sont sur représentées à tous les âges de la vie »

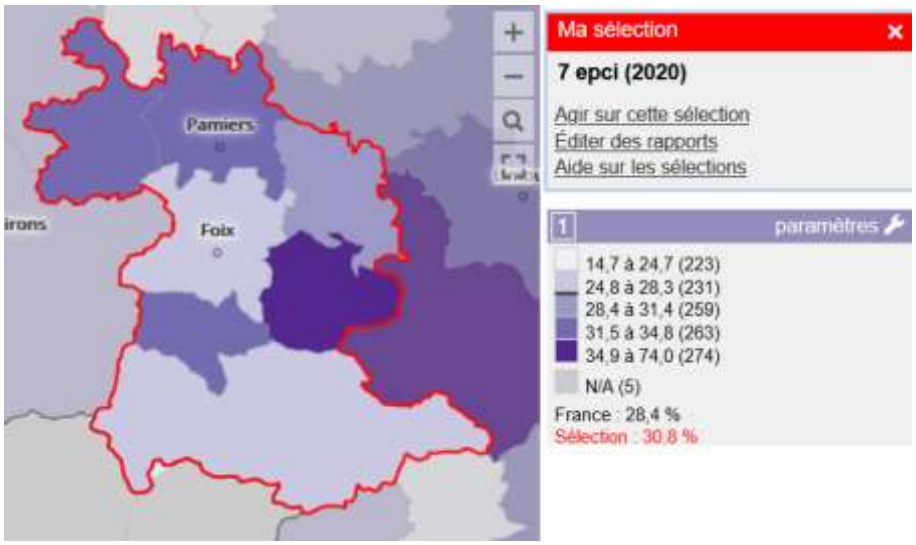
Contrat de ville de Pamiers | Analyse ARS Occitanie

Les personnes de 15 ans et plus non scolarisées et sans diplôme

Le niveau de formation scolaire oriente vers une profession, un niveau de revenus et donc une catégorie sociale. Il contribue à la constitution de l'état de santé notamment par la formation des normes en santé et le développement d'une plus ou moins grande réception aux messages de prévention à tous les âges de la vie.

A l'échelle du PETR de l'Ariège, 30.8% de la population de 15 ans et plus est non scolarisée et n'a aucun diplôme contre 28.4% en moyenne en France. Cette tendance augmente plus rapidement que la part des diplômés du supérieur. Elle touche inégalement les territoires du PETR. Ainsi ce phénomène est beaucoup plus marqué sur la CC Pays d'Olmes, la CC Pays de Tarascon, la CC Portes Ariège Pyrénées et la CC Arize Lèze.

Part des non diplômés parmi les 15 ans et plus non scolarisés en 2017

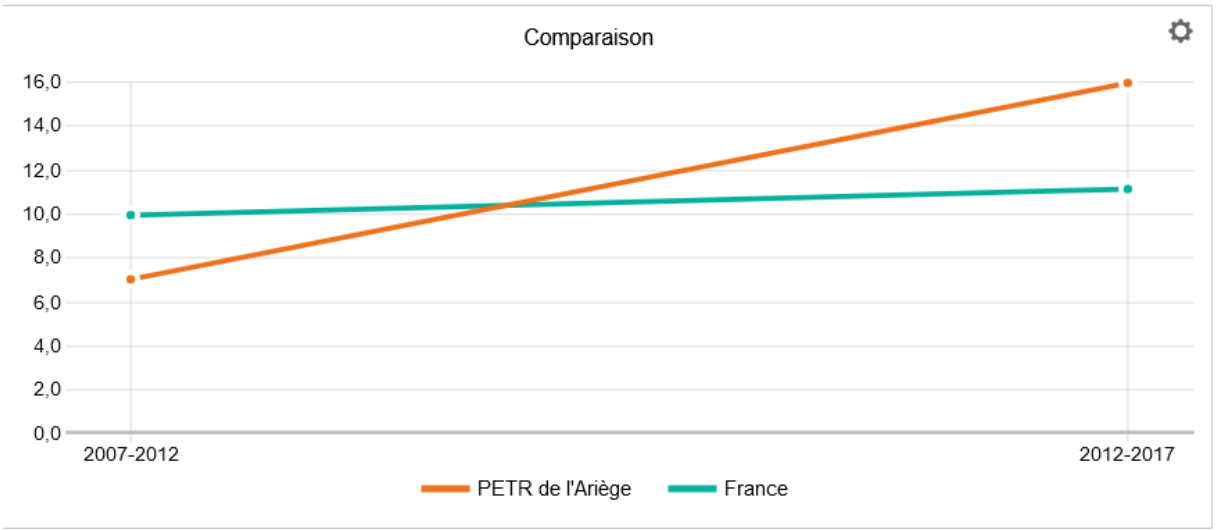


Les familles monoparentales

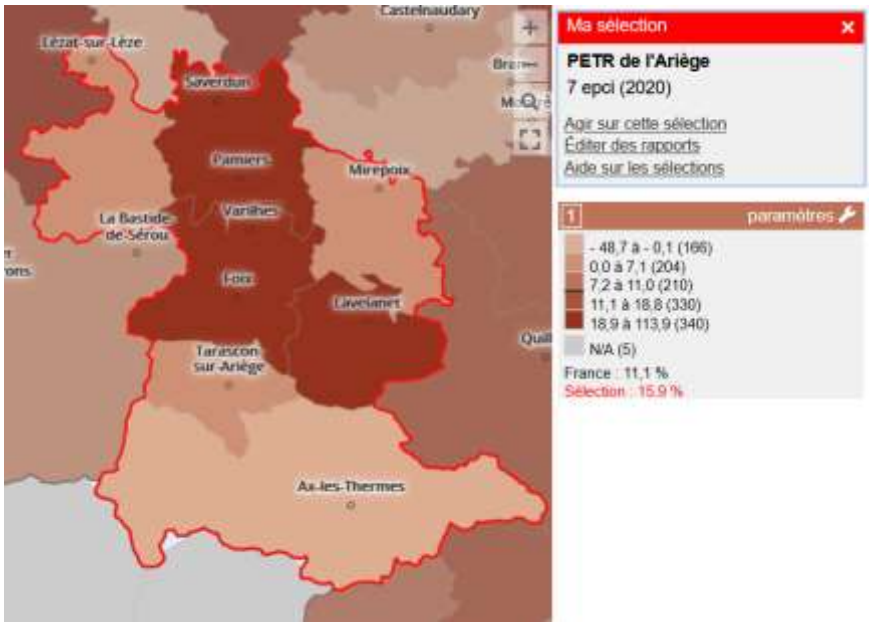
Certaines de ces familles sont à « risque de fragilité ». Elles peuvent cumuler les vulnérabilités: jeunesse du parent, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage. Ces facteurs influent sur leurs problèmes de santé et sur leur accès à la santé.

15.9% de familles monoparentales sur le périmètre du PETR de l'Ariège contre **11.1%** en moyenne en France en 2017, une évolution en très forte croissance depuis 2002.

Évolution de la part des familles monoparentales (%)2012-2017



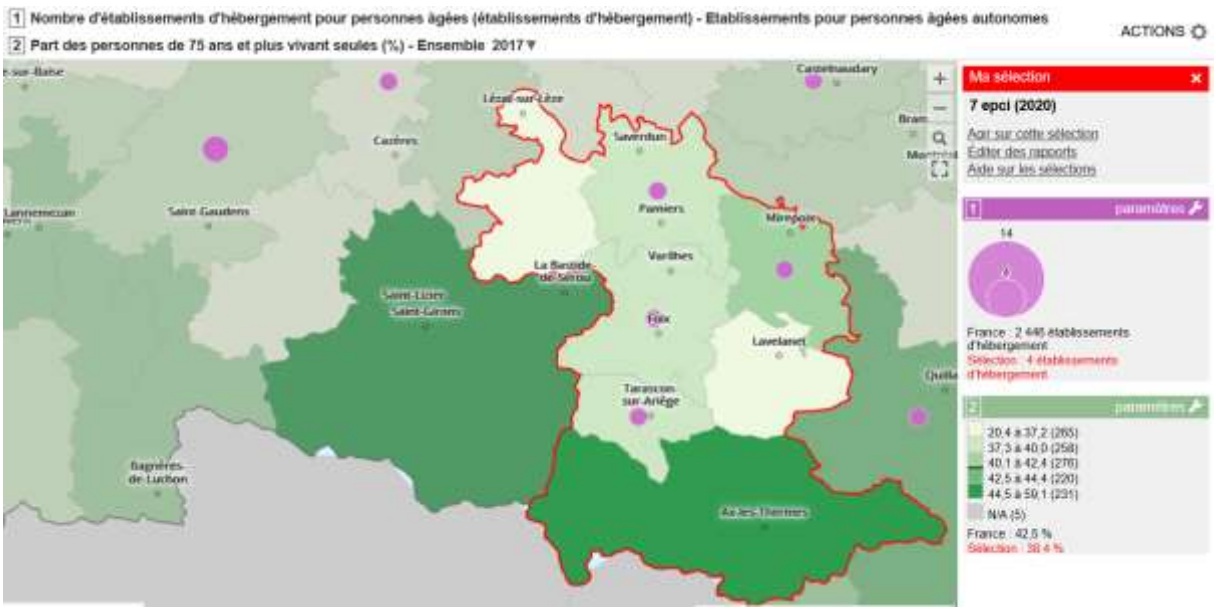
Avec une évolution très contrastée selon les intercommunalités. Ainsi, 26.1% des familles sont monoparentales sur la CA Pays de Foix-Varilhes, 20.1% sur la CC Pays d'Olmes et 21.1% sur la CC Portes Ariège Pyrénées alors qu'elles représentent seulement 4.9% des familles en Arize Lèze.



Les personnes âgées de plus de 75 ans qui vivent seules à domicile

Ces situations à « risque d'isolement » sont particulièrement fréquentes en milieu urbain. Certaines personnes âgées cumulent les risques d'isolement social, d'isolement lié aux déplacements, de faible niveau de revenus, et de fragilité de santé.

38.4% des personnes de 75 ans et plus vivent seules contre **42.5%** en moyenne en France.



Parmi les personnes concernées par le maintien à domicile 73.5% sont des femmes. Cette répartition est très inégale selon les intercommunalités. Elle est un phénomène majeur sur la CC Haute-Ariège qui présente le plus fort taux de personnes de 75 ans et plus vivant seules (44.9% en 2017) et qui dans le même temps ne dispose d'aucun établissement pour personnes âgées autonomes.

ZOOM sur le quartier prioritaire de la ville de Pamiers

« La **mobilité des personnes âgées peut devenir un frein à l'accès à la santé,** malgré la présence d'un transport à la demande (TAD) à portée départementale. Des **actions en faveur du maintien à domicile des personnes âgées**, visant à rompre l'isolement affectif et relationnel pourraient être développés sur les populations en centre-ville »
Contrat de ville de Pamiers | Analyse ARS Occitanie

Les personnes, âgées d'au moins 60 ans, dépendantes en 2030

180 000 personnes âgées dépendantes en 2030

180 000 personnes âgées seraient dépendantes en 2030, soit 51 000 de plus en 20 ans

Entre 2010 et 2030, il y aurait environ 660 000 personnes de 60 ans ou plus supplémentaire dans la région si les soldes naturels et migratoires demeurent inchangés. Ce vieillissement devrait s'accompagner d'une progression des situations de dépendance, certaines de ces personnes ayant besoin d'aide pour effectuer des actes de la vie quotidienne et/ou nécessitant une surveillance régulière adaptée. Ainsi, en Occitanie, il pourrait y avoir 51 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires en 2030. Ce *scenario* repose sur deux hypothèses : des gains d'espérance de vie attendus sans dépendance lourde et une part d'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans stable pour les personnes en situation de dépendance moyenne.
La population potentiellement dépendante pourrait s'accroître dans tous les départements de la région avec une croissance importante dans les départements dynamiques démographiquement : la Haute-Garonne, l'Hérault et le Gard. En effet, ces départements pourraient connaitre une forte augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans.

	Nombre de personnes âgées dépendantes		Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2030	
	En 2010	En 2030	En %	En effectif
Ariège	4 200	5 400	29	1 200
Aude	9 600	13 600	42	4 000
Aveyron	8 300	10 300	24	2 000
Gard	15 900	23 700	49	7 800
Haute-Garonne	20 600	30 500	48	9 900
Gers	5 300	6 900	30	1 600
Hérault	22 100	32 100	45	10 000
Lot	5 100	6 900	35	1 800
Lozère	2 300	3 100	35	800
Hautes-Pyrénées	6 600	8 600	30	2 000
Pyrénées-Orientales	12 100	16 800	39	4 700
Tarn	9 900	12 900	30	3 000
Tarn-et-Garonne	5700	7 800	37	2 100
Occitanie	127 700	178 600	40	50 900

Source : Insee, enquête Handicap-Santé 2008-2009 - modèle Omphale 2010 "scénario central"

« Midi-Pyrénées 23500 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030 », 6 pages de l'Insee, numéro 143, septembre 2012
« En Languedoc- Roussillon, +27 300 personnes âgées dépendantes en 2030 », Repères Synthèses pour l'économie du Languedoc-Roussillon, n°8, octobre 2012

La part de la population âgée d'au moins 60 ans et dépendante en 2030 est amenée à augmenter de manière croissante pour atteindre en Ariège en 2030, 5 400 personnes soit une augmentation de 30% par rapport à 2010. L'enjeu du bien vieillir est une politique prioritaire de santé publique nationale prise en compte par les gouvernements successifs.

Bien vieillir : une approche globale et positive de promotion de la santé

« Il s'agit de renforcer les compétences des personnes âgées pour prolonger leur autonomie et soutenir santé et qualité de vie à domicile le plus longtemps possible. Bien vieillir dans sa tête, dans son corps et avec les autres sont les thématiques abordées pour avancer en âge sereinement, sans oublier le Bien vieillir chez soi.

Pour les jeunes retraités, les recommandations pratiques et conseils incitent à bien manger et bouger, garder son cerveau en éveil, mais aussi pour penser à soi, partager et rester connecté, sans oublier comment adopter des comportements protecteurs pour son corps et sa santé. Le désir et le plaisir constituent le fil conducteur de cette approche pour permettre aux seniors de rester en contact et d'avancer sereinement en âge.

Pour les personnes âgées de 75 ans et plus., le corps évolue et de nouvelles situations apparaissent auxquelles il est nécessaire de s'adapter. Des informations pratiques, en astuces et en paroles de professionnels de santé abordent – de manière transversale – le lien social et intergénérationnel, les fonctions cognitives, l'alimentation, l'activité physique, le partage avec les autres ou encore la prévention de la santé, et invitent à prendre le temps de penser à soi. L'optimisme est l'état d'esprit qui permet de franchir les étapes et de profiter de la vie. »

Santé publique France | Juin 2019

Les aides de professionnels pour les personnes d'au moins 75 ans

Un tiers des habitants âgés de 75 ans reçoivent une aide de professionnels dans la vie quotidienne

▶ Dans le Tarn, les personnes âgées d'au moins 75 ans vivant à domicile reçoivent plus souvent des aides de professionnels dans la vie quotidienne que dans le reste de la région. C'est le département de la région où le recours aux services à la personne est le plus développé pour les personnes âgées du fait d'un réseau très structuré de ces services en particulier autour des ADMR (réseau associatif de proximité des services à la personne).

▶ **Personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile et déclarant l'aide de professionnels dans la vie quotidienne (infirmier, aide ménagère..)**

	Part de la population d'au moins 75 ans vivant à domicile et recevant de l'aide de professionnel dans la vie quotidienne (%)
Ariège	39
Aude	34
Aveyron	37
Gard	34
Haute-Garonne	34
Gers	35
Hérault	34
Lot	39
Lozère	39
Hautes-Pyrénées	35
Pyrénées-Orientales	32
Tarn	44
Tarn-et-Garonne	35
Occitanie	35
France métropolitaine	32

Nota bene : *en rouge, les données départementales significativement différentes de celles de la France métropolitaine*

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 - Exploitation ARS Occitanie

Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 résultats départementaux » », Publication Drees, octobre 2016 - « Les papy-boomers dynamisent la demande des services à la personne d'ici à 2025 », Insee Analyses Midi-Pyrénées, n°26, octobre 2013 - « Les services à la personne en Midi-Pyrénées portés par l'assistance aux personnes âgées », 6 pages de l'Insee, n°138, avril 2014

La part de la population âgée d'au moins 75 ans recevant une aide professionnelle dans la vie quotidienne est de 39% un taux déjà supérieur à la moyenne régionale mais la part déclarant une aide de leur entourage proche dans la vie quotidienne est la plus élevée de la Région Occitanie avec 48%.

L'aide à domicile des proches pour les personnes d'au moins 75 ans

43 % des habitants âgés d'au moins 75 ans reçoivent de l'aide à domicile de proches

▶ C'est dans les départements ruraux de l'Ariège, de l'Aveyron, du Gers et du Lot que la part des personnes d'au moins 75 ans recevant de l'aide de l'entourage dans la vie quotidienne est la plus élevée : elle concerne près d'une personne sur deux.

▶ **Personnes de 75 ans ou plus déclarant une aide de l'entourage dans la vie quotidienne (conjoint, famille, ami…)**

Nota bene : en rouge, les données départementales significativement différentes de celles de la France métropolitaine

	Population d'au moins 75 ans vivant à domicile	
	Dont aide à domicile d'un proche (beaucoup ou peu) (%)	Dont beaucoup d'aide à domicile de proche (%)
Ariège	48	23
Aude	43	15
Aveyron	46	14
Gard	43	16
Haute-Garonne	41	17
Gers	46	20
Hérault	42	16
Lot	47	17
Lozère	47	14
Hautes-Pyrénées	43	19
Pyrénées-Orientales	38	15
Tarn	46	17
Tarn-et-Garonne	40	14
Occitanie	43	16
France métropolitaine	41	14

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 - Exploitation ARS Occitanie

« Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 résultats départementaux » », Publication Drees, octobre 2016

Tendance #3

Des déterminants environnementaux de santé contrastés : un environnement naturel (eau, air, sol) plutôt favorable mais des conditions d'habitat défavorables au vu d'un parc de logement ancien et énergivore

L'habitat

L'habitat, un des principaux déterminants environnementaux. La qualité des logements ressort comme un enjeu important pour préserver la «qualité de l'environnement et le cadre de vie» et pour mieux vivre ensemble. C'est aussi un enjeu en termes de santé à la fois physique et mentale. Le logement est aussi un facteur de prévention de certains risques ou pathologies.

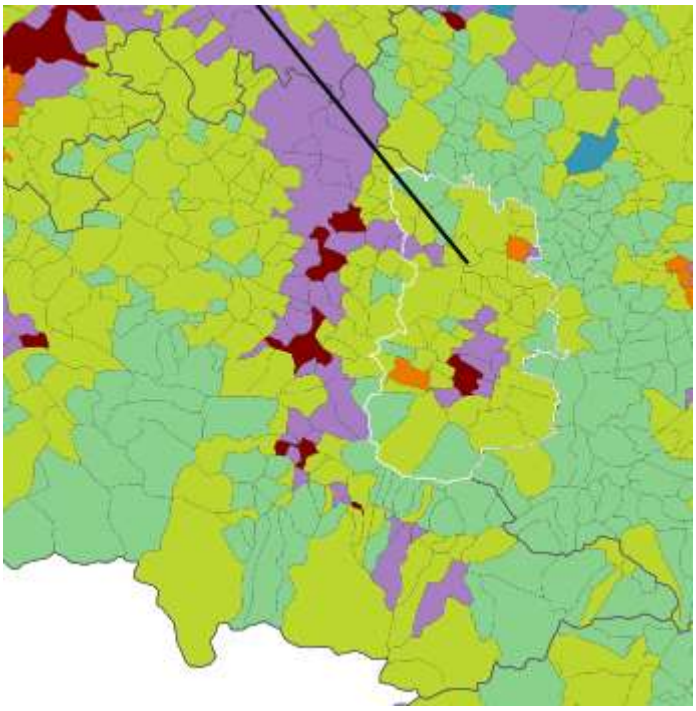
En 2017, plus de 26 000 logements sont des logements anciens (construits avant 1946), ce qui représente 32.2% du parc de logements. Une part beaucoup plus importante que celle des logements régionaux (22%) et nationaux (25%). La part des logements énergivores et très énergivores se situent au-delà de la moyenne régionale. 14.9% des logements sont très énergivores contre 9.7% à l'échelle régionale, et 76.6% sont énergivores contre 727.7% à l'échelle régionale.

La part des logements vacants sur l'ensemble du parc de logements est un phénomène marquant car très au-delà des tendances nationales. Il concerne essentiellement le nord et l'est du territoire et plus particulièrement la CC Pays de Mirepoix et la CC Pays d'Olmes qui restent les intercommunalités les plus concernées. Le territoire se distingue par une prise en compte trop faible du phénomène de précarisation des locataires. On note ainsi une part très faible de logements sociaux au regard de la moyenne nationale. La pression de la demande en logements sociaux est de plus en plus forte alors même que la part de logements sociaux reste faible dans le parc de logements mais stable depuis 2018, venant creuser l'écart. Les disparités territoriales sont cependant très fortes entre la CC Portes-Ariège-Pyrénées, la CC Pays de Mirepoix, et la CA Pays Foix-Varilhes qui montrent le meilleur taux d'effort mais également la plus forte pression de demandes. Seules la CC Haute-Ariège et le Pays d'Olmes ont un taux d'évolution négatif mais ce dernier correspond à une faible pression de la demande, bien que l'effort doit être poursuivi il apparaît ici moins urgent. La situation de l'Arize-Lèze est singulière, peu de logements sociaux, un taux d'évolution faible et une pression de la demande forte.

L'environnement naturel

Une typologie des disparités environnementales de santé a été réalisée sur l'ensemble des communes de la région en Occitanie à partir des indicateurs sur les différents types de pollution : air, eau, habitat, sol. Elle permet d'identifier six profils qui mettent en évidence différents risques environnementaux selon le territoire. Il faut toutefois préciser que des disparités peuvent tout de même persister à

l'intérieur d'un même profil. C'est pourquoi, il est important pour chaque territoire d'interpréter ces informations à la lumière de l'ensemble des données et connaissances locales.



Source: Disparités environnementales de santé en Occitanie, ORSMIP–CREAI-ORS LR, Octobre 2017, 43p.

Profil 1	Territoires ruraux peu défavorisés sur le plan environnemental, avec une qualité de l'habitat légèrement dégradée
Profil 2	Territoires ruraux marqués par une qualité bactériologique de l'eau insuffisante, un parc potentiellement indigne élevé et une très bonne qualité de l'air
Profil 3	Milieux péri-urbains et axes routiers avec une qualité de l'air légèrement dégradée et un habitat récent
Profil 4	Une qualité de l'eau détériorée par les pesticides et les nitrates (4% de la population)
Profil 5	Zone littorale exposée à l'ozone, avec un risque lié aux Éléments Traces Métalliques (ETM)* plus élevé et une qualité de l'eau très bonne
Profil 6	Zones urbaines caractérisées par une mauvaise qualité de l'air et des sites et sols potentiellement pollués

*3 éléments traces métalliques (ETM) jugés dangereux pour la santé ont été pris en compte : le plomb, le cadmium et le nickel.

L'essentiel des territoires du PETR de l'Ariège appartiennent au profil environnemental n°1 relatif aux territoires ruraux peu défavorisés sur le plan environnemental, avec une qualité de l'habitat légèrement dégradée.

A noter cependant, que les communes situées le long de l'axe RN20 et dans certains pôles de services comme Lavelanet ou Tarascon, appartiennent au profil n°3 relatif aux milieux péri-urbains et axes routiers avec une qualité de l'air légèrement dégradée et un habitat récent.

Deux communes, isolées l'une de l'autre, appartiennent au profil n°4 relatif à une qualité de l'eau détériorée par les pesticides et les nitrates.

Sept communes, isolées les unes des autres, appartiennent au profil n°6 relatif aux zones urbaines caractérisées par une mauvaise qualité de l'air et des sites et sols potentiellement pollués.

Pollution de l'air : la région exposée aux épisodes de pollution à l'ozone ou aux particules fines

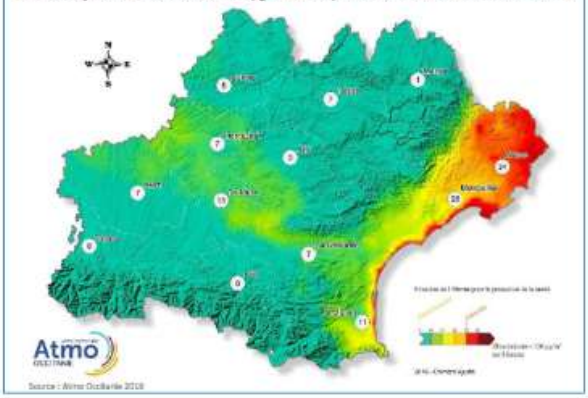
▶ **« L'exposition à des polluants de l'air favorise le développement de maladies chroniques graves, pouvant conduire à des décès ».**

▶ Selon Santé publique France, en 2007-2008, en Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées, 41 % de la population habitaient dans des communes exposées à des concentrations moyennes annuelles de $PM_{2,5}$* dépassant la valeur recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (10 µg/m³), avec respectivement 48 % en Languedoc-Roussillon et 34 % en Midi-Pyrénées.

▶ La zone Est de la région Occitanie est particulièrement concernée en période estivale par des concentrations en ozone supérieures à l'objectif de qualité. En 2016, la valeur cible pour la protection de la santé (25 jours maximum d'exposition à l'ozone supérieure à 120 µg/m³ sur 8h) a été dépassée dans les agglomérations de Montpellier et Nîmes.

*Particules fines de diamètre inférieur à de 2,5 micromètres.

Nombre de jours où l'ozone est > à 120 µg/m³ en moyenne sur 8 heures en Occitanie en 2016



Cochet A. Impact de l'exposition chronique à la pollution de l'air sur la mortalité en France : point sur la région Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées. Saint-Maurice: Santé publique France ; 2016. 2 p.

Pollution de l'eau : une bonne qualité bactériologique, mais des situations de non-conformité vis-à-vis des pesticides plus fréquentes dans certains départements

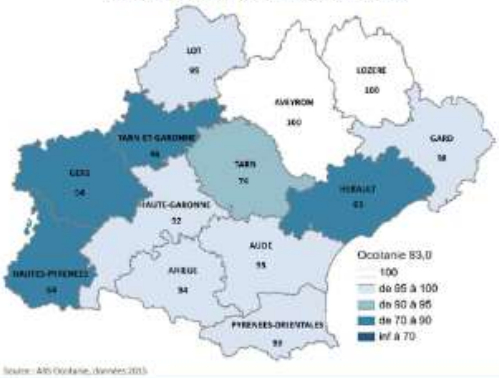
▶ **En 2015, près de 97,9 % de la population est alimentée par une eau de bonne qualité bactériologique**

Sur les 540 réseaux incriminés par des taux de non-conformité, un sur deux est implanté en Lozère ou en Ariège. Ces réseaux sont généralement de petites tailles.

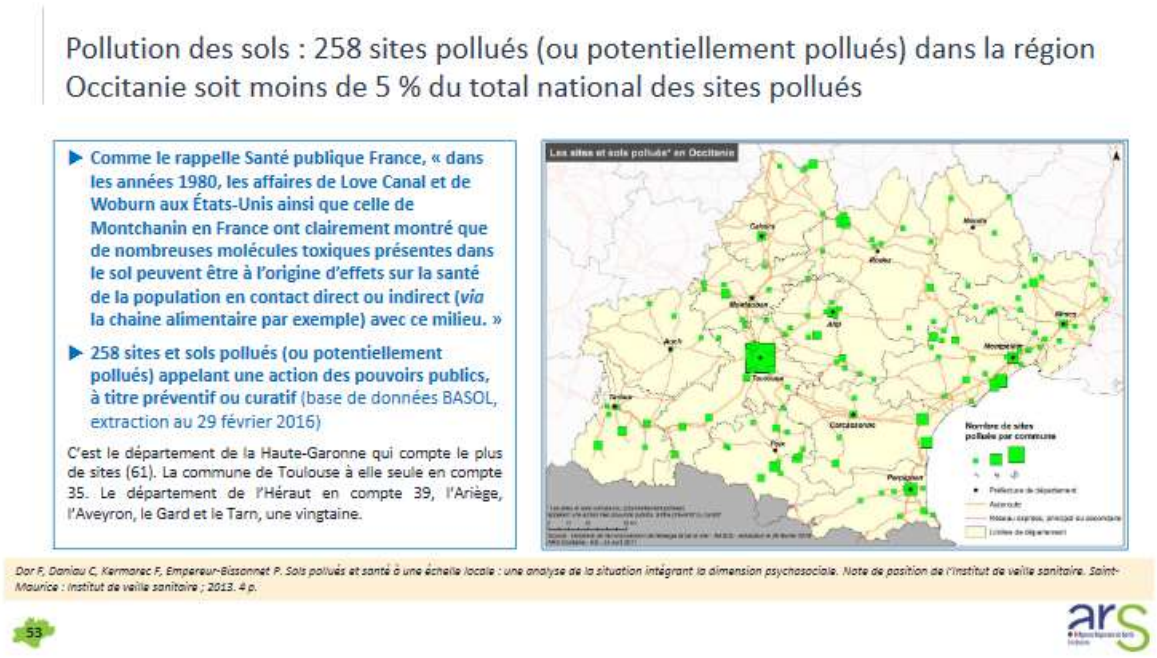
▶ **99,5 % de la population est alimentée par une eau en permanence conforme vis-à-vis des nitrates…mais 17 % de la population de la région, soit près d'un million de personnes, a été alimentée par une eau pouvant dépasser les limites de qualité pour les pesticides**

Ce sont dans les départements de l'Hérault, du Gers, des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne que plus de 30 % de la population a été alimentée par une eau en teneur en pesticides pouvant dépasser les limites de qualité.

Pourcentage de la population alimentée par de l'eau conforme en permanence aux limites de qualité pour les pesticides en 2015



ORS Midi-Pyrénées – ORS CREAI Languedoc-Roussillon, Tableau de bord sur la santé en Occitanie | 2016.



L'Ariège fait partie des départements d'Occitanie dont la pollution au sol est la plus importante avec 27 sites et sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics à titre préventif ou curatif, en 2016. Il s'agit de sites industriels ou anciennement industriels, situés sur trois secteurs : Tarascon sur Ariège, Lavelanet et Pamiers.

> *« Comme la plupart des pays industrialisés, la France a hérité d'un long passé industriel durant lequel les préoccupations et les contraintes environnementales n'étaient pas celles d'aujourd'hui. Les conséquences du déversement des produits et des pollutions dans l'eau, dans l'air et/ou dans les sols n'étaient alors pas ou peu connues. Ces pollutions, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, est susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pour les personnes ou l'environnement sur ces sites. C'est pourquoi le ministère chargé de l'environnement inventorie les sites et sols pollués, ou potentiellement pollués, appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif, depuis le début des années 1990. (…)*
>
> *Différentes situations peuvent être à l'origine de la suspicion de pollution d'un site et de son inscription dans BASOL. Il peut s'agir d'une découverte fortuite, à l'occasion de travaux sur un terrain ayant accueilli anciennement des activités industrielles. Un site peut également être mis en évidence à la suite d'une action de l'administration dans le cadre de ses missions de contrôle et de suivi des sites industriels. Les pollutions accidentelles peuvent également donner lieu à la création d'un site dans BASOL.*
>
> *Les sites BASOL sont généralement associés à des diagnostics de sols réalisés dans le cadre d'une cessation d'activité d'une installation classée pour la protection de l'environnement (ICPE), à des recherches historiques documentaires, à des travaux, à des transactions ou changements d'usage du site ou projet d'aménagement, et, à la demande de*

l'administration, à des analyses de la qualité des eaux (captages d'alimentation en eau potable, puits, eaux superficielles) et enfin aux actions engagées lors de pollutions accidentelles.

L'action des pouvoirs publics est alors déclenchée, pour caractériser la pollution du site et en maîtriser les risques. (…)

Si BASOL recense les sites, ou anciens sites industriels, pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif, connus de l'État, les données ne peuvent cependant pas être considérées comme exhaustives. Elle constitue toutefois l'état des connaissances sur les sites recensés dans une démarche de transparence. Une fiche sur BASOL contient l'information qui était à disposition de l'administration au moment où la fiche a été rédigée.

ETAT-BRGM | Géorisques 2021

Nom du site	Commune principale	Adresse du site
ALUMINIUM PECHINEY - USINE D'AUZAT	09220 AUZAT	AUZAT
NESTOR SAS (ex AVELANA)	09300 VILLENEUVE D'OLMES	VILLENEUVE D"OLMES SAINT-NESTOR
C.M.T. FINITIONS (ex FITEX)	09300 VILLENEUVE D'OLMES	ADRESSE LE MARTINET
MEYLAN 60 (ex PAPETERIES MATUSSIERE ET FOREST)	09200 SAINT GIRONS	57 AVENUE DU MARÉCHAL FOCH LÉDAR
SOCIETE NOUVELLE SAREM	09310 SINSAT	SINSAT
ORIZONA (ex SOCIETE CENTRALE D'ECLAIRAGE)	09210 LEZAT SUR LEZE	ROUTE DE TOULOUSE
CMT (CARREMAN MICHEL THIERRY FINITIONS)	09300 LAVELANET	RUE JACQUARD
INCINERATEUR D'ORDURES MENAGERES DE TARASCON SUR ARIEGE	09400 TARASCON SUR ARIEGE	CD N° 8
ALUMINIUM PECHINEY (DECHARGE INTERNE DE MASSADA)	09220 AUZAT	ROUTE DE MARC
ALUMINIUM PECHINEY - DECHARGE INTERNE "SAUT DU TEIL" DE L'USINE DE SABART	09400 TARASCON SUR ARIEGE	EN BORDURE RIVE GAUCHE DU VICDESSOS EN AMONT DU SITE DE L"USINE SAUT DU TEIL

Nom du site	Commune principale	Adresse du site
DECHARGE INTERNE "D8" DE L'USINE PECHINEY DE SABART	09400 TARASCON SUR ARIEGE	TARASCON SUR ARIÈGE SABART
RECYCARBO	09600 LAROQUE D'OLMES	ZI DU MOULIN D"ENFOUR
ALUMINIUM PECHINEY - DECHARGE INTERNE DU "VILLAGE"	09220 AUZAT	AUZAT
ANCIENNE CARRIERE "LES PUJOLS"	09100 LES PUJOLS	CHEMIN D"AUDOUNET
SABART AEROTECH	09400 TARASCON SUR ARIEGE	
ALLIANCE MAESTRIA (ex PEINTURES MAESTRIA)	09100 PAMIERS	RUE DENIS PAPIN
PRAXAIR - PHP SAS - USINE DE MERCUS	09400 MERCUS GARRABET	
AUBERT ET DUVAL	09100 PAMIERS	75 BOULEVARD DE LA LIBÉRATION
PAPETERIES DE SAINT GIRONS SAS	09200 EYCHEIL	ROUTE LACOURT
MIRABEAU S.A.	09300 LAVELANET	6 BIS RUE MIRABEAU
ETIENNE LACROIX "TOUS ARTIFICES"	09270 MAZERES	ROUTE DE GAUDIES
SOTAP-CAROL	09300 MONTFERRIER	
MELINA SAS (ex CARREMAN MICHEL THIERRY FINITIONS Usine de la Ruche)	09300 VILLENEUVE D'OLMES	1 PASSE DU MOULIN
ATELIER AZUR	09130 CARLA BAYLE	ROUTE DE SAINTE SUZANNE
station TOTAL	09100 PAMIERS	30 AVENUE IRÈNÉE CROS
Société Ariégeoise de Bonneterie (SAB)	09300 MONTFERRIER	
TEINTURE DE LAVELANET	09300 LAVELANET	29 RUE JACQUARD

Tendance #4

Etat de santé et problèmes de santé : un taux de mortalité prématurée proche de la moyenne nationale mais qui touche plus fortement les hommes et les enfants ; les principales causes de décès sont les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires

Les décès prématurés: un enjeu important en termes de prévention. Un décès est considéré comme prématuré, d'un point de vue de santé publique, lorsqu'il survient avant 65 ans. Cet indicateur est utile pour orienter les politiques de prévention car une part importante de ces décès est considérée comme évitable, que ce soit du fait de comportements à risques (accidents, consommation d'alcool ou de tabac par exemple), soit en lien avec le système de soins (au travers de l'accès au dépistage et de l'accès aux soins par exemple). En Occitanie, 16,5% des décès sont considérés comme prématurés alors que cette proportion est de 18,6% au niveau de la France métropolitaine. Les décès par cancer représentent à eux seuls deux décès évitables sur cinq.

A l'échelle de l'Ariège, le taux de mortalité prématurée est de 2‰ soit très proche de la moyenne nationale établie à 1.9‰ et reste stable depuis 2015. Les hommes sont plus fortement touchés (2.8‰ contre 2.5‰ en moyenne en France) que les femmes (1.2‰ pourcentage identique que la moyenne nationale).

Le taux de mortalité standardisé des 65 ans et plus est identique que celui relevé à l'échelle nationale et s'élève à 37‰ (contre 37.6‰ en France).

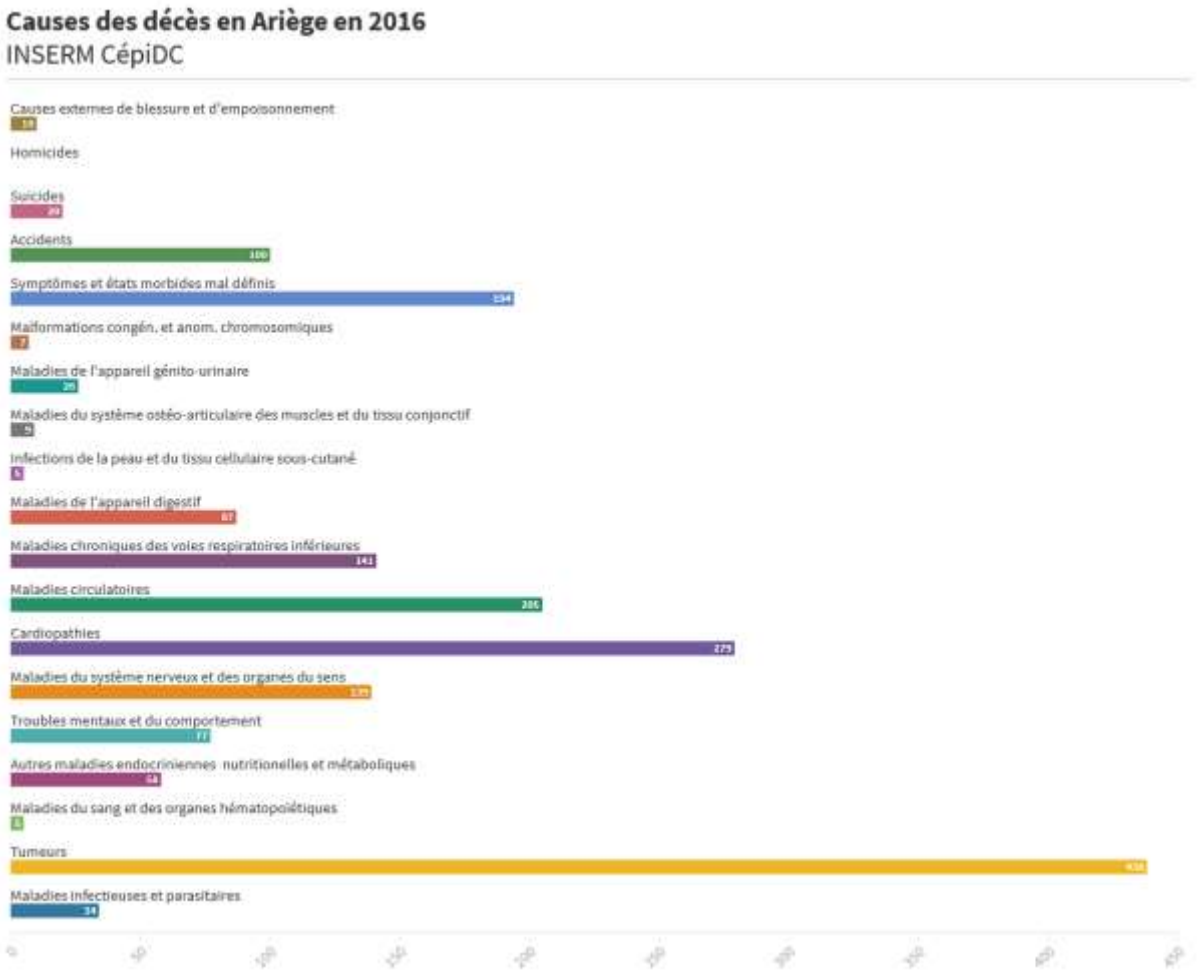
Le taux de mortalité infantile avec 4.6‰ est en revanche au-delà de la moyenne nationale établi à 3.7‰ alors que l'on recense très peu de maladies congénitales ou chromosomiques.

Les femmes ont une espérance de vie à 60 ans de 3.7 années de plus que celle des hommes de 60 ans. A la naissance l'espérance de vie des femmes est de 85.2 ans (85.3 ans France) quand celle des hommes est de 79 ans (79.4 ans en France) soit un écart de 6.2 ans (5.9 ans en France).

ZOOM sur le quartier prioritaire de la ville de Pamiers

« Concernant les besoins de prévention il est constaté une forte importance de la mortalité prématurée avant 65 ans, dont certaines causes sont évitables par des actions de prévention et d'éducation à la santé. Les problématiques concernées sont relatives aux affections de longue durée (notamment le diabète), aux pathologies liées à l'alcool et au tabac mais également sur des recours au dépistage (dépistage organisé et dépistage individuel du cancer du sein et notamment du col de l'utérus). De manière générale, en Ariège, il est constaté une **prévalence plus élevée des troubles alimentaires (de type obésité), des troubles psychosociaux, des conduites addictives, chez les publics jeunes et vulnérables**. »

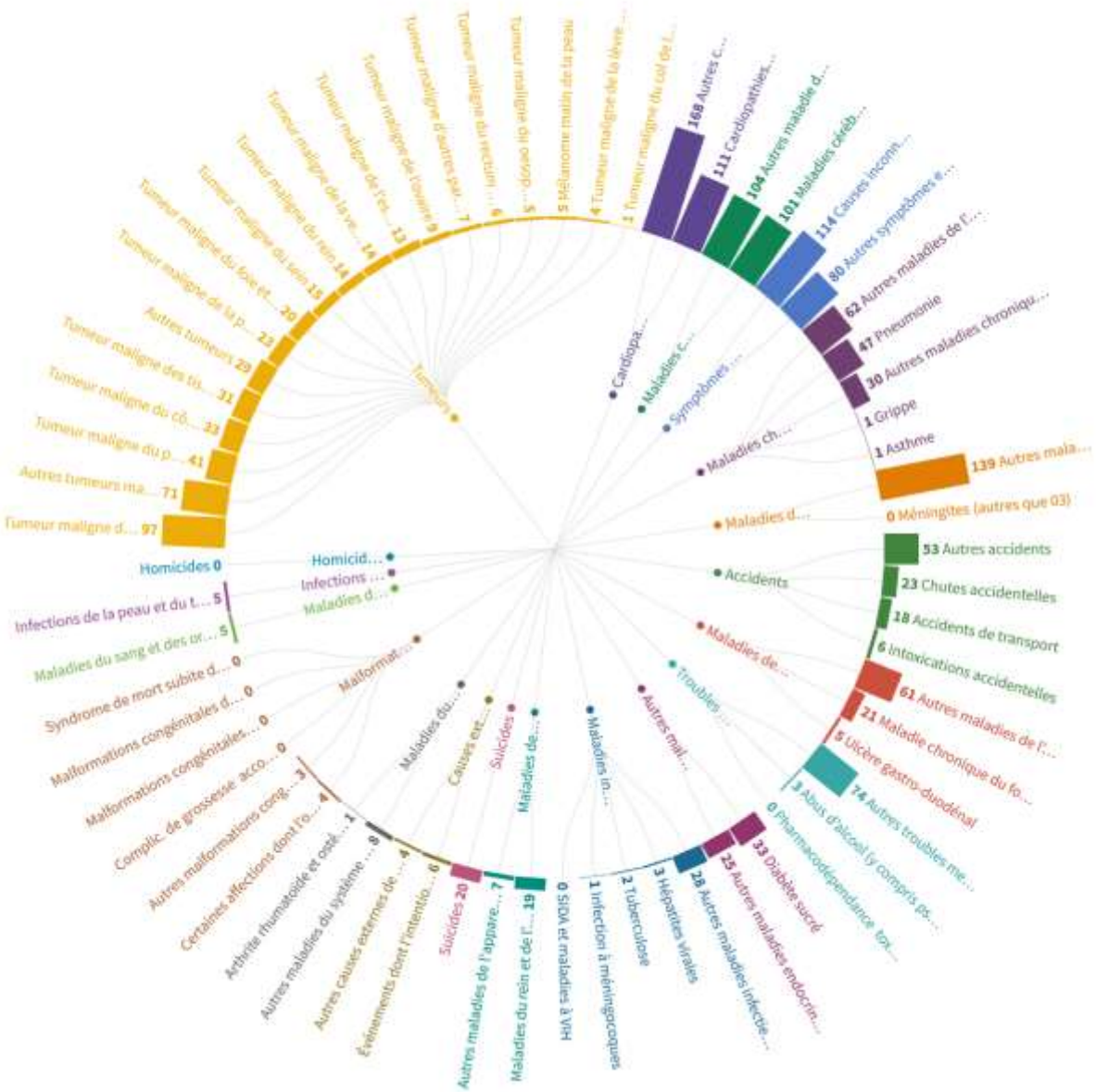
On recense trois causes principales de mortalité : les tumeurs (24%), les cardiopathies (15%) et les maladies circulatoires (11%). A noter une proportion importante de symptômes et états morbides mal définis (10.5%).



Parmi les tumeurs la mortalité est surtout due aux tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon liées au tabagisme.

Parmi les causes des morts par cardiopathies on retrouve : le diabète, l'alcool, l'obésité, l'hypertension, le tabagisme, la sédentarité, le stress.

Causes des décès en Ariège en 2016
Inserm CépiDC



Une situation sanitaire plutôt défavorable

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
État général de santé									
1- Mortalité générale	320	771,5	=	780,5	↘	738,6	↘	766,4	↘
2- Mortalité prématurée	51	202,8	=	198,3	↘	182,1	↘	191,0	↘
3- Admissions en ALD	778	2285,4	=	2127,1	↗	2222,5	↗	2235,9	↗
INDICATEURS	**PAYS DE TARASCON**			**ARIEGE**		**OCCITANIE**		**FRANCE METROP.**	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
État général de santé									
1- Mortalité générale	104	683,7	=	747,5	↘	713,1	↘	738,6	↘
2- Mortalité prématurée	14	172,7	=	192,6	↘	176,6	↘	182,6	↘
3- Admissions en ALD	241	2049,9	=	2135,1	↗	2226,4	↗	2241,9	↗
INDICATEURS	**PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES**			**ARIÈGE**		**OCCITANIE**		**FRANCE METROP.**	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
État général de santé									
1- Mortalité générale	390	738,2	↘	746,6	↘	711,6	↘	737,2	↘
2- Mortalité prématurée	60	185,0	↘	192,6	↘	176,6	↘	182,6	↘
3- Admissions en ALD	910	2200,7	=	2135,1	↗	2226,4	↗	2241,9	↗

Sur la période 2011-2015, qu'il s'agisse de la mortalité générale ou de la mortalité prématurée, les niveaux observés sur le territoire ne diffèrent pas significativement de ceux observés en France métropolitaine, à structure d'âge comparable, alors que, dans le même temps, la région est en sous-mortalité significative pour la mortalité tous âge comme pour la mortalité prématurée. Deux principales causes représentent plus de 50% des décès: les tumeurs et les maladies cardiovasculaires. En cinq ans, des baisses significatives pour la mortalité générale et pour la mortalité prématurée sont observées sur la CCPAP comme dans les territoires de comparaison, alors que l'on observe une stabilité dans le Pays de Tarascon, la CCPM et la CCPO. Dans le même temps, le nombre d'admissions en affection de longue durée (ALD) enregistrées en moyenne chaque année pour les habitants des trois territoires et rapportées à la population et à structure par âge comparable, représentent une incidence des ALD qui ne diffère pas significativement de celle observée au niveau national pour la CCPAP, la CCPO et la CCPM, alors que l'incidence des ALD est significativement plus faible dans la CCPT comme dans le département et la région.

ZOOM sur le quartier prioritaire de la ville de Pamiers

« Les niveaux de mortalité générale et de mortalité prématurée, qui traduisent les besoins de soins mais aussi de prévention, sont bien supérieurs à ceux que l'on observe en moyenne régionale et même nationale. Ils se situent parmi les valeurs plus élevées des taux calculés pour les communes de plus de 5 000 habitants de la région. »

Contrat de ville de Pamiers | Analyse ARS Occitanie

Une mortalité par cancers et par maladies cardio-vasculaires proches de la mortalité nationale mais avec une surmortalité par maladies cardio-vasculaires et une sous-mortalité par cancers sur la CCPO et la CCPM

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Maladies Cardio-Vasculaires									
12- Ensemble des maladies cardio-vasculaires : mortalité	93	213,6	↘	208,5	↘	191,5	↘	193,5	↘
13- Admissions en ALD	219	590,7	=	558,7	↗	602,5	↗	607,0	↗

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Maladies Cardio-Vasculaires									
12- Ensemble des maladies cardio-vasculaires : mortalité	26	156,2	=	183,8	↘	175,1	↘	178,8	↘
13- Admissions en ALD	67	520,1	=	561,6	↗	604,8	↗	609,7	↗

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ARIÈGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Maladies Cardio-Vasculaires									
12- Ensemble des maladies cardio-vasculaires : mortalité	105	184,5	↘	183,5	↘	175,1	↘	178,8	↘
13- Admissions en ALD	247	575,0	=	561,6	↗	604,8	↗	609,7	↗

À structure d'âge comparable, le taux d'incidence des ALD pour maladies cardiovasculaires est significativement plus faible dans les deux CC qu'au niveau national, à structure d'âge comparable. Contrairement aux baisses de mortalité observées sur cinq ans dans la région comme au niveau national et au sein de la CCPAP, dans la CCPT, la mortalité pour maladies cardio-vasculaires est restée stable.

A l'inverse, à structure par âge comparable, on note une surmortalité significative par maladies cardiovasculaires pour les habitants de la CCPO et de la CCPM et une incidence des admissions en ALD proche de celle des Français; cette situation est moins favorable que celle de l'ensemble des habitants du département ou de la région pour lesquels on note une sous-mortalité et une sous-incidence des ALD significatives pour les maladies cardio-vasculaires. En cinq ans, la mortalité par maladie cardiovasculaire a baissé pour les habitants du Pays des Pyrénées Cathares comme pour les habitants des territoires de comparaison. Dans le même temps, l'incidence des ALD est restée stable alors qu'elle a augmenté dans la région (+15%) et sur l'ensemble de la métropole (+16%).

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Cancers									
4- Ensemble des cancers : Mortalité	83	208,7	=	218,8	↘	216,3	↘	231,4	↘
5- Admissions en ALD	166	473,8	=	485,9	↗	492,6	↗	498,7	↗
6- Cancer du poumon : mortalité	15	39,9	=	41,9	=	43,7	=	44,3	↘
7- Admissions en ALD	13	37,3	=	39,0	=	44,9	↗	43,0	↗
8- Cancer du Colon : mortalité	11	25,2	=	26,7	=	22,8	↘	24,3	↘
9- Admissions en ALD	20	55,0	=	51,4	=	52,3	↗	51,7	=
10- Cancer du sein : mortalité	4	21,5	=	27,6	=	27,5	↘	29,8	↘
11- Admissions en ALD	21	125,2	=	150,0	=	178,5	↗	176,0	↗

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Cancers									
4- Ensemble des cancers : Mortalité	27	200,5	=	214,4	↘	211,8	↘	225,7	↘
5- Admissions en ALD	58	485,0	↗	487,0	↗	492,8	↗	499,4	↗
6- Cancer du poumon : mortalité	7	53,0	=	38,9	=	43,6	=	44,0	↘
7- Admissions en ALD	7	58,8	=	39,0	=	44,9	↗	43,1	↗
8- Cancer du Colon : mortalité	4	29,9	=	25,8	=	22,4	↘	23,4	↘
9- Admissions en ALD	6,2	48,7	=	51,6	=	52,4	↗	51,8	↗
10- Cancer du sein : mortalité	nd**	-	-	26,6	=	26,6	↘	29,2	↘
11- Admissions en ALD	8	125,3	=	150,1	=	178,3	↗	176,0	↗

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ARIÈGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Cancers									
4- Ensemble des cancers : Mortalité	104	214,4	↘	214,2	↘	211,5	↘	225,3	↘
5- Admissions en ALD	206	503,7	=	487	↗	492,8	↗	499,4	↗
6- Cancer du poumon : mortalité	17	40,5	=	38,9	=	43,5	=	44,0	↘
7- Admissions en ALD	17	43,0	=	39,0	=	44,9	↗	43,1	↗
8- Cancer du Colon : mortalité	15	27,8	=	25,8	=	22,4	↘	23,0	↘
9- Admissions en ALD	25	59,4	=	51,6	=	52,4	↗	51,8	↗
10- Cancer du sein : mortalité	8	28,9	=	26,6	=	26,5	↘	29,2	↘
11- Admissions en ALD	36	169,4	=	150,1	=	178,3	↗	176,0	↗

Les cancers sont parmi les deux premières causes d'admission en ALD et parmi les deux premières causes de mortalité. À structure d'âge comparable, la mortalité par cancer comme l'incidence des ALD pour cancer ne diffèrent pas significativement de ce qui est observé au niveau national. Parmi les localisations analysées, c'est celle du poumon qui entraîne le plus grand nombre de décès, puis celle du côlon et ensuite celle du sein pour les femmes. Pour ces localisations, on n'observe pas de différence significative, ni pour la mortalité, ni pour l'incidence des ALD, avec ce qui est observé au niveau national, à structure par âge comparable. En cinq ans, la mortalité pour l'ensemble des cancers a baissé de façon significative dans le territoire comme dans les territoires de comparaison. L'incidence des ALD pour cancer est restée stable en cinq ans sur le territoire alors qu'elle a augmenté dans la région comme au niveau national.

À structure d'âge comparable, la CCPO et la CCPM sont en sous-mortalité significative par cancer. L'incidence des ALD pour cancer est au même niveau pour les habitants des deux CC que pour l'ensemble des métropolitains. Concernant l'incidence des ALD, seule l'incidence des ALD pour cancer

du sein diffère de l'incidence nationale en étant significativement plus faible; c'est aussi le cas dans le département contrairement à la sur-incidence des ALD pour cancer du sein observée en Occitanie.

La situation du diabète proche de la moyenne nationale : 5% de la population touchée par le diabète en moyenne mais avec une augmentation significative sur la CCPO et la CCPM

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Diabète									
14- Patients diabétiques traités	1 527	6,5	nd	5,0	nd	4,5	nd	nd	nd
15- Admissions en ALD	139	411,7	↗	329,8	↗	332,5	↗	363,0	↗

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Diabète									
14- Patients diabétiques traités	461	6,1	nd	5,0	nd	4,5	nd	nd	nd
15- Admissions en ALD	43	366,9	↗	330,4	↗	332,4	↗	363,2	↗

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ARIÈGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Diabète									
14- Patients diabétiques traités	1 706	5,0	nd	5,5	nd	4,9	nd		nd
15- Admissions en ALD	138	343,5	=	330,4	↗	332,4	↗	363,2	↗

Le taux d'incidence des ALD pour diabète ne diffère pas significativement de celui observé en France métropolitaine, alors qu'il est significativement plus faible dans le département et la région, à structure d'âge comparable. En 2018, une part de 5,0% de la population sur la CCPAP est touchée par le diabète, part relativement proche de celles observées dans le département (5,5%) ou la région (4,9%), alors qu'elle est légèrement supérieure sur la CCPT (6.1%) et plus encore sur la CCPO et la CCPM (6.5%).

Le taux d'incidence est, à structure d'âge comparable, significativement plus élevé sur les territoires de la CCPO et de la CCPM qu'en France métropolitaine, alors qu'il est significativement plus bas dans le département et la région. En cinq ans, l'incidence des ALD pour diabète a augmenté de façon significative sur ces deux intercommunalités comme dans les territoires de comparaison, mais de façon plus marquée (+24% vs +8% en Occitanie et en France métropolitaine).

Démences, diabète et maladies pulmonaires obstructives chroniques

► Ces trois pathologies ont des caractéristiques communes

- Des maladies chroniques, non transmissibles, de prévalence croissante
- Des causes évitables communes : nutrition, sédentarité, tabagisme
- Un sous-diagnostic patent
- Une prise en charge thérapeutique inadéquate
- Des maladies qui touchent particulièrement les populations défavorisées (niveau socio-culturel)
- Un parcours de soin à optimiser
- Le rôle fondamental du malade comme acteur de sa thérapeutique et le rôle de son entourage

► Elles s'inscrivent dans un contexte régional particulier

- Une augmentation de l'espérance de vie qui n'est pas due à une diminution de mortalité avant 60 ans mais à une progression de l'espérance de vie des classes les plus âgées
- Une région à forte croissance démographique (même si l'écart avec les autres régions devrait se réduire)
- Avec une part déjà importante pour les plus de 75 ans (10,4 %) et qui doit encore s'accentuer d'ici 2030 (13,5 %)
- Avec, d'un coté, une amélioration du contrôle des facteurs de risque des maladies chroniques pour les populations les plus favorisées et d'un autre côté, une part de la population sédentaire et avec une hygiène de vie dégradée

Le diabète : une maladie particulièrement sensible aux différences socioéconomiques

► Inégalités sociales et territoriales

Nous ne sommes pas tous égaux face au diabète et face aux risques de diabète. Les études confirment des disparités individuelles liées à l'âge, au sexe (les hommes sont plus touchés que les femmes), aux conditions sociales, ainsi que des disparités géographiques : elles persistent et s'accentuent. Les taux de prévalence les plus élevés en France sont observés dans les départements et régions d'outre-mer et dans le nord de la France. Tandis que les régions de l'ouest de la France métropolitaine ont les taux de prévalence les plus faibles : Bretagne, Pays-de-la-Loire et Aquitaine.
Cette disparité géographique n'est pas sans traduire des différences sociales. Plus on est pauvre, plus on est touché par le diabète. Sur un périmètre limité, les chiffres sont sans appel : en Seine-Saint-Denis, le taux de prévalence en 2009 était de 5,8 %, alors qu'à Paris, il était de 3,2 % (BEH InVS, 42-43, novembre 2010). Les inégalités territoriales et socioéconomiques affectent également l'efficacité des soins.

► Caractéristiques des malades

Selon une étude publiée en 2014, en 2011, l'âge moyen des personnes diabétiques était de 65 ans, plus du quart (28 %) avaient 75 ans ou plus, un peu plus de la moitié étaient des hommes (52 %). Les personnes diabétiques étaient plus souvent défavorisées : 14 % des personnes de moins de 60 ans bénéficiaient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit 2 fois plus que l'ensemble de la population d'étude, à âge et sexe comparables.
La proportion de personnes diabétiques bénéficiant d'une affection de longue durée pour diabète était de 71 %. Le nombre de décès observés dans l'année s'élevait à 66 900, soit 2,7 % des personnes diabétiques et l'âge moyen au décès à 77 ans. Une surmortalité de 30 % était observée, après ajustement sur l'âge et le sexe, par rapport à la population générale.

Caskar K, Denis P, Tala S, Rigault A, Rivière S, Pastel L, Tuppin P, Fagot-Campagna A. Pathologies associées, états de santé et traitements des personnes diabétiques en France : les données du Sniiram 2011. Bull Epidemiol Hebd 2014;30-31 :507-513.

La santé mentale : un champ difficile à explorer mais une surmortalité par suicide significative sur la CCPO, la CCPM et l'ensemble du territoire ariégeois

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Santé mentale									
16- Admissions en ALD pour affection psychiatrique	61	244,7	=	224,8	↗	249,9	↗	206,3	↗
17- Consommation de psychotropes	3 397	13,3	nd	12,2	nd	11,1	nd	nd	nd
18- Mortalité par suicide	7	24,2	=	18,8	=	14,7	↘	15,7	↘

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Santé mentale									
16- Admissions en ALD pour affection psychiatrique	15	174,3	=	225,1	↗	249,6	↗	206,4	↗
17- Consommation de psychotropes	971	11,1	nd	12,2	nd	11,1	nd	nd	nd
18- Mortalité par suicide	nd**	-	-	16,7	=	13,3	↘	14,5	↘

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ARIÈGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Santé mentale									
16- Admissions en ALD pour affection psychiatrique	82	221,7	=	225,1	↗	249,6	↗	206,4	↗
17- Consommation de psychotropes	4 251	12,3	nd	12,8	nd	11,5	nd		nd
18- Mortalité par suicide	6	15,9	=	16,7	=	13,3	↘	14,5	↘

La santé mentale couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive se rapprochant de la notion de bien être mental et social de l'OMS, aux maladies psychiatriques. Ce champ est très vaste mais très peu de données statistiques sont disponibles. Le taux d'incidence des ALD psychiatriques ne diffère pas significativement du taux observé en France métropolitaine, à structure d'âge identique. la mortalité du territoire ne diffère pas de façon significative de la mortalité observée au niveau national, à structure d'âge comparable.. La part des habitants ayant une délivrance de psychotropes est identique à celle de la région (11%) et proche de celle du département (12%).

Chaque année en moyenne 61 habitants de la CCPM et de la CCPO sont admis en ALD pour une affection psychiatrique. Le taux d'incidence de ces ALD est significativement plus élevé sur le territoire qu'en France métropolitaine, à structure d'âge identique; c'est aussi le cas pour l'incidence départementale et régionale. Par ailleurs, près de 3400 habitants ont eu au moins trois délivrances de psychotropes au cours de l'année 2016, soit 13,3% des habitants couverts par l'assurance maladie; cette part est légèrement plus élevée que celle observée dans le département et la région. Avec 7 décès par suicide en moyenne par an, la CCPM et la CCPO sont en surmortalité significative comparée à la mortalité nationale et à structure d'âge comparable; cette surmortalité est également observée dans le département. En cinq ans, la mortalité par suicide est restée stable dans les deux intercommunalités, comme en Ariège alors qu'elle a baissé de façon significative sur l'ensemble de la région et de la métropole.

Les MAAD : maladie d'Alzheimer et autres démences

Plus d'un million cent mille personnes concernées aujourd'hui en France par les MAAD

Les MAAD (maladie d'Alzheimer et autres démences) englobent principalement la maladie d'Alzheimer (70 % des démences), les démences vasculaires ou mixtes (25 % des démences) et autres (5 %). La maladie d'Alzheimer est une maladie rare avant 65 ans. Moins de 2 % des cas de maladie d'Alzheimer surviennent avant cet âge, essentiellement chez des personnes atteintes de formes familiales héréditaires rares. Après 65 ans, la fréquence de la maladie atteint 2 à 4 % de la population générale, augmentant rapidement pour atteindre 15 % à 80 ans. Ainsi, environ 900 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer aujourd'hui en France. Elles devraient être 1,3 million en 2020, et 1,75 millions en 2030 compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie.

Les démences vasculaires ou mixtes sont fortement liées aux facteurs de risque vasculaires (hypertension artérielle, diabète, obésité, sédentarité, hypercholestérolémie, alimentation déséquilibrée - *junk food*).

http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer
http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences

Une surmortalité par pathologies pouvant être en lien avec la consommation de tabac en baisse sur certains territoires

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Conséquences sanitaires des comportements à risque									
19- Accidents de la circulation	2	9,7	=	7,7	↘	7,4	↘	5,6	↘
20- Alcool	6	17,3	=	20,9	=	20,8	↘	28,0	↘
21- Tabac	50	123,2	=	115,5	=	101,7	↘	104,4	↘

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ARIEGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Conséquences sanitaires des comportements à risque									
19- Accidents de la circulation	nd**	-	-	6,4	↘	6,4	↘	4,9	↘
20- Alcool	3	25,6	=	22,7	=	20,0	↘	26,4	↘
21- Tabac	16	114,4	=	105,3	↘	98,0	↘	100,2	↘

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ARIÈGE		OCCITANIE		FRANCE METROP.	
	Effectif	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*	TxStd	Évol*
Conséquences sanitaires des comportements à risque									
19- Accidents de la circulation	nd **	-	-	6,4	↘	6,4	↘	4,9	↘
20- Alcool	7	16,7	=	22,6	=	20,0	↘	26,3	↘
21- Tabac	51	103,6	↘	105,2	↘	97,8	↘	100,0	↘

La mortalité par pathologies sur la CCPO et la CCPM est significativement supérieure à la mortalité observée en France métropolitaine, comme c'est aussi le cas pour la mortalité départementale. En revanche, la mortalité par pathologies sur la CCPT et la CCPAP ne diffère pas de la situation observée au niveau national alors qu'elle est à un niveau significativement plus bas au niveau départemental et régional. La mortalité par pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est significativement plus faible sur le territoire qu'en France métropolitaine, à structure par âge comparable; c'est aussi le cas dans le département et la région. En cinq ans, les mortalités par accident de la circulation, par pathologies pour lesquelles les consommations d'alcool ou de tabac sont des facteurs de risque, sont restées stables sur le territoire de la CCPO et de la CCPM comme dans le département; cependant, ces mortalités ont baissé de façon significative sur les territoires de la CCPT et de la CCPAP comme dans la région et en France métropolitaine.

Tabac

Un facteur de risque inégalement distribué selon la position sociale

▶ Le tabagisme régulier est fortement associé à la défavorisation. L'analyse des liens entre le tabagisme régulier et le niveau de diplôme, la situation professionnelle (le fait d'être au chômage), et la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (le fait d'être ouvrier) depuis 2000 montre que les inégalités en matière de tabagisme se sont renforcées entre 2000 et 2014. Or « les fumeurs les moins favorisés sont aussi nombreux que les autres à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer. Un tel constat invite à concevoir une aide adaptée à chaque type de population selon ses besoins et ses difficultés. ».
Pour mémoire, on estime à environ 25 % la fraction de la mortalité par cancer attribuable au tabac.

[Pour la lecture du tableau ci-contre : odds ratio, « Diplôme inférieur au bac » par rapport aux diplômés de niveau au moins égal au bac, « Chômage » par rapport aux individus qui travaillent, PCS « Ouvrier » par rapport aux autres PCS].

Odds ratios (OR) et intervalles de confiance à 95% (IC95%) associés au tabagisme quotidien issus de régressions logistiques ajustées sur chacune des covariables et sur le sexe et l'âge, parmi les actifs
France, 2000-2014

	2000		2005		2010		2014	
	OR	IC95 %	OR	IC95 %	OR	IC95 %	OR	IC95 %
	Ensemble							
Diplôme inférieur au bac	1,3***	[1,2-1,4]	1,3***	[1,4-1,6]	1,7***	[1,6-1,8]	1,7***	[1,6-1,8]
Premier quintile de revenus	1,2**	[1,1-1,4]	1,2**	[1,1-1,3]	1,3***	[1,1-1,4]	1,2**	[1,1-1,4]
Chômage	1,4***	[1,2-1,6]	1,3***	[1,4-1,7]	1,5***	[1,3-1,7]	1,8***	[1,6-2,1]
Ouvrier	1,1	[1,0-1,2]	1,3***	[1,2-1,4]	1,3***	[1,2-1,4]	1,4***	[1,2-1,6]

Source : Baromètres santé 2000, 2005, 2010 et 2014, Inpes.
Note : Les * indiquent un OR significatif (* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001).

Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(17-18):281-8.

Tendance #5

La santé des enfants et des jeunes : des tendances proches des tendances régionales et nationales à l'exception de la sur-représentation des troubles de l'alimentation (surcharge pondérale) et de leurs conséquences sur la santé bucco-dentaire

De la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de l'adolescence, se construit, pour une large part, la santé des individus. Parmi les enjeux majeurs de santé pour cette classe d'âge, on retiendra notamment: la santé buccodentaire; les problèmes de surpoids et d'obésité; les troubles mentaux et du comportement; les conséquences des accidents. Plusieurs indicateurs de l'état de santé des enfants font l'objet d'un suivi à l'échelle nationale et, dans certains cas, régionale concernant la prévalence de maladies ou de facteurs de risque connus liés au mode de vie, souvent marqueurs des inégalités sociales de santé dès l'enfance. Ces indicateurs ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires. En Occitanie, le recueil et l'analyse de certains indicateurs à 5-6 ans et en 6e, ont été mis en place à partir des bilans infirmiers réalisés dans l'académie de Toulouse (dispositif Infiscol). Une enquête réalisée dans les collèges de cette académie (HBSC) permet par ailleurs de dégager les spécificités régionales sur les comportements et habitudes de vie des adolescents.

Des indicateurs de comportement à suivre

En 2016-2017, les résultats issus de l'analyse des bilans infirmiers ont concerné sur la CCPT 40 des 60 enfants de 5-6 ans et 98 des 131 élèves de 6e, soit 64% des enfants de grande section maternelle et 75% des élèves de 6ede la CC du Pays de Tarascon ; sur la CCPAP 93 des 417 enfants de grande section maternelle (GSM) et 241 des 465 élèves de sixième, soit 46% des enfants de GSM et 52% des élèves de sixième des Portes d'Ariège Pyrénées. Les données ne sont pas disponibles ni sur la CCPO ni sur la CCPM.

Ces bilans montrent que :

	CCPT	CCPAP
	9 enfants sur dix ont pris un petit déjeuner le matin de l'examen	**9 enfants sur dix** ont pris un petit déjeuner le matin de l'examen
	Moins d'un enfant sur quatre âgé de 5-6 ans va à l'école à pied (**23%**), part qui n'est que de **20%** pour les enfants de 6e	*La durée moyenne du trajet pour se rendre à l'école est relativement faible pour les jeunes des Portes d'Ariège Pyrénées: moins de 10 mn pour les enfants de GSM et moins d'un quart d'heure pour les élèves de*

		6e. Le moyen de transport le plus fréquent est la voiture pour les enfants de GSM (73%) suivi par le bus (22%); c'est plutôt le bus (62%) et ensuite la voiture (37%) pour les élèves de sixième.
	À 5-6 ans, **un enfant sur dix** a un téléviseur dans sa chambre, part qui est de **cinq sur dix** en 6e	À 5-6 ans, **deux enfants sur dix** a un téléviseur dans sa chambre, part qui est de **trois sur dix** en 6e
	Plus de sept enfants sur dix possèdent un téléphone portable, à 5-6 ans comme en 6e	**Sept enfants sur dix** possèdent un téléphone portable, en 6e
	Un quart des enfants de grande section maternelle et **plus de 70%** des élèves de 6e pratiquent une activité physique extrascolaire	**16%** de grande section maternelle et **64%** des élèves de 6e pratiquent une activité physique extrascolaire
	Des parts non négligeables d'enfants présentent ou déclarent des **troubles du sommeil**	**6%** d'élèves de GSM déclarent avoir des troubles du sommeil, des problèmes de somnolence ou d'endormissement diurne sont à noter pour près d'un quart d'entre eux **(23%)**
	10% à 5-6 ans et 14% en 6e; de plus, 43% des enfants de 6e ont déclaré une durée de repos nocturne de moins de 10 heures	Parmi les élèves de sixième, la durée moyenne de repos la veille de l'examen était de 9,8 heures et **plus de la moitié des élèves** déclare dormir moins de 10 heures par nuit; **moins de 2%** des élèves de 6eont des problèmes de somnolence ou d'endormissement diurne et **moins de 5%** des troubles du sommeil

ZOOM sur le quartier prioritaire de la ville de Pamiers

« Le repérage de la santé des jeunes s'effectue via les médecins de PMI pour les enfants de moins de 5 ans. Les actions de promotion de la santé des élèves sont assurées en priorité par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale : les élèves bénéficient au cours de leur scolarité d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistages obligatoires qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Diverses actions de prévention et d'accompagnement sont déclinées au niveau départemental, notamment dans le cadre des CESC (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté) : promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique chez les enfants et les jeunes, développer la prévention du mal être et le repérage de la crise suicidaire, développer l'éducation affective et sexuelle chez les jeunes, prévention des addictions dans les collèges et lycées. **Des actions ciblées sur l'obésité des jeunes pourraient être mises en place dans le cadre du Programme National Nutrition Santé**, au plus près des quartiers prioritaires. »

Contrat de ville de Pamiers | Analyse ARS Occitanie

Une importante surcharge pondérale pour les élèves de sixième

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ACADÉMIE DE TOULOUSE		P
	n	%	IC (%)	%	IC (%)	
Surcharge pondérale						
Grande section de maternelle	23	12,2	[9,1 - 16,1]	8,8	[8,3 - 9,2]	ns
Sixième	21	21,4	[17,6 - 25,8]	16,3	[15,7 - 17,0]	Sign

Source : Enquête Infiscol 2016-2017 - - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ACADÉMIE DE TOULOUSE		P
	n	%	IC (%)	%	IC (%)	
Surcharge pondérale						
Grande section de maternelle	3	7,4	[3,8 - 14,1]	8,8	[8,3 - 9,2]	ns
Sixième	21	21,4	[17,6 - 25,8]	16,3	[15,7 - 17,0]	Sign

Source : Enquête Infiscol 2016-2017 - - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

Plus de 12% des enfants de 5-6 ans des Portes d'Ariège Pyrénées et près de 7% des enfants du Pays de Tarascon sont en surcharge pondérale, sans différence significative avec la part évaluée pour l'ensemble des enfants de l'académie de Toulouse. Parmi les élèves de sixième du territoire, la part des jeunes en surcharge pondérale dépasse **21%**, significativement plus élevée que celle évaluée pour les élèves de l'académie de Toulouse (16%). Entre 2013-2014 et 2015-2016, la part des enfants en surcharge pondérale ne varie pas de façon significative, ni pour les enfants de GSM ni pour les élèves de 6e sur la CCPAP. En revanche, au cours des quatre dernières années, on observe une baisse de la prévalence de la surcharge pondérale pour les enfants de 5-6 ans sur le Pays de Tarascon: de 19% en 2013-2014, elle n'est plus que de 8% et 7% les deux dernières années scolaires. Cette forte variation observée entre 2013-2014 et 2014-2015 pourrait être due à la faiblesse des effectifs et à l'existence d'un biais concernant le recueil des données. Pour les 6e, la part des enfants en surcharge pondérale est restée relativement stable en quatre ans.

Surpoids et obésité des élèves de CM2 en 2014-2015

Une stabilisation des prévalences, mais des inégalités sociales marquées

▶ **Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents**

En 2014-2015, en France, 12,7 % des enfants de cadres sont en surcharge pondérale contre 21,5 % des enfants d'ouvriers.

Groupe socioprofessionnel des parents	Surcharge pondérale (%)	Obésité (%)
Cadres	12,7	1,4
Professions intermédiaires	16,2	3,1
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	19,1	3,6
Employés	20,2	4,0
Ouvriers	21,5	5,5
Ensemble	**18,1**	**3,6**

Champ : France entière (y compris Mayotte), élèves scolarisés en classe de CM2, année scolaire 2014-2015
Source : DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2

N.Grignon, « La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale », Études et Résultats, n°993, Drees, février 2017.

59

Un taux de couverture vaccinale supérieur au taux de l'académie de Toulouse

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ACADÉMIE DE TOULOUSE		P
	n	%	IC (%)	%	IC (%)	
Vaccination ROR						
Grande section de maternelle	156	96,2	[93,0 - 98,0]	88,7	[88,1 - 89,2]	Sign
Sixième	192	88,0	[84,5 - 90,9]	90,3	[89,7 - 90,8]	ns

Source : Enquête Infiscol 2016-2017 - - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ACADÉMIE DE TOULOUSE		P
	n	%	IC (%)	%	IC (%)	
Vaccination ROR						
Grande section de maternelle	31	88,9	[79,9 - 94,1]	88,7	[88,1 - 89,2]	ns
Sixième	75	91,5	[86,9 - 94,5]	90,3	[89,7 - 90,8]	ns

Source : Enquête Infiscol 2016-2017 - - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

Un taux de couverture vaccinale contre la rougeole relativement stable en Pays de Tarascon identique à celui évalué sur l'académie de Toulouse (90%) mais beaucoup plus fort sur la CCPAP (96%). Au cours des quatre dernières années, le taux de couverture vaccinale est resté relativement stable, pour les enfants de grande section maternelle comme pour les élèves de 6e sur le Pays de Tarascon alors qu'il a sensiblement augmenté sur la CCPAP.

Des problèmes dentaires plus fréquents et en augmentation

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES			ACADÉMIE DE TOULOUSE		P
	n	%	IC (%)	%	IC (%)	
Carie non traitée						
Grande section de maternelle	16	8,3	[5,9 - 11,7]	8,7	[8,3 - 9,2]	ns
Sixième	8	3,6	[2,2 - 5,7]	7,2	[6,8 - 7,7]	Sign

Source : Enquête Infiscol 2016-2017 - - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON			ACADÉMIE DE TOULOUSE		P
	n	%	IC (%)	%	IC (%)	
Carie non traitée						
Grande section de maternelle	6	14,7	[9,3 - 22,6]	8,7	[8,3 - 9,2]	Sign
Sixième	12	12,2	[9,3 - 15,9]	7,2	[6,8 - 7,7]	Sign

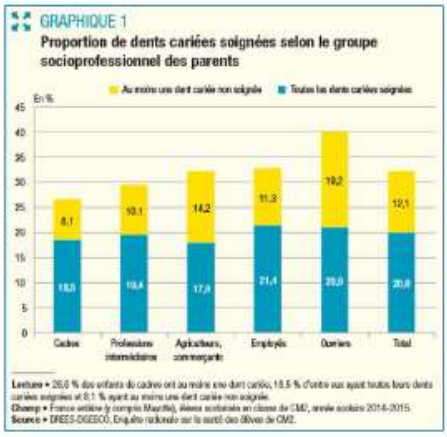
Source : Enquête Infiscol 2016-2017 - - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

En 2016-2017, pour 8,3% des enfants de GSM des Portes d'Ariège Pyrénées, 15% des enfants de GSM du Pays de Tarascon, on observe au moins une carie non traitée, part qui est du même ordre que celle évaluée pour les enfants de GSM de l'académie de Toulouse (8.7%) pour la CCPAP mais largement supérieure pour la CCPT. Pour les élèves de 6e du territoire, la part des enfants ayant au moins une dent cariée non traitée est de 3,6% CCPAP, 12.2% CCPT, significativement plus faible que pour les élèves de l'académie de Toulouse concernant la CCPAP (7,2%) mais significativement plus élevé pour la CCPT. Au cours des quatre dernières années scolaires sur la CCPAP, la part des enfants de grande section maternelle ayant au moins une carie non traitée a fortement augmenté, passant de 2,4% en 2013-2014 à 8,3% en 2016-2017. Pour les élèves de 6e, cette part est restée stable sur la période. Au cours des quatre dernières années sur la CCPT, la part des enfants de grande section maternelle avec au moins une carie non traitée est restée relativement stable dans le Pays, exception faite de l'année 2015-2016 où elle atteint 34%; la faiblesse des effectifs pourrait expliquer cette forte variation. Pour les élèves de sixième, la part des enfants ayant au moins une dent cariée non traitée a fortement augmenté, passant de 4% en 2012-2013 à 12% en 2016-2017.

Soins dentaires chez les enfants

Dents cariées : un gradient social selon le groupe socioprofessionnel des parents

- On note une nette amélioration de la santé bucco-dentaire entre 2008 et 2015. En 2015, 68 % des élèves de CM2 ont des dents indemnes de caries, soit une augmentation de 8 points par rapport à 2008.
- Toutefois, en 2015, 40 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 27 % des enfants de cadres.



Nathalie Guignon (DREES), avec la collaboration de Marie-Christine Delmas pour l'asthme, Laure Fonteneau pour la couverture vaccinale et Anne-Laure Perrine pour les accidents (Santé publique France), 2017, « La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale », Études et Résultats, n°993, Drees, février.

Des comportements à risque chez les jeunes d'Occitanie

Selon l'ARS, les indicateurs sur la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires. Les niveaux de consommation et les principales tendances évolutives ne sont pas encore disponibles au niveau des régions actuelles. Présentés à l'échelle des anciennes régions, ils permettent de dégager les principaux faits marquants caractérisant ce type de comportements.

- A 17 ans, les jeunes d'Occitanie consomment plus que leurs homologues métropolitains.
- Quel que soit le produit consommé, les expérimentations sont plus fréquentes en Occitanie qu'en métropole.
- L'usage quotidien de tabac comme l'usage régulier de boissons alcoolisées des jeunes Occitans est identique à celui de l'ensemble des jeunes de métropole.
- Les niveaux de consommation de cannabis en Occitanie sont supérieurs à ceux de la métropole.

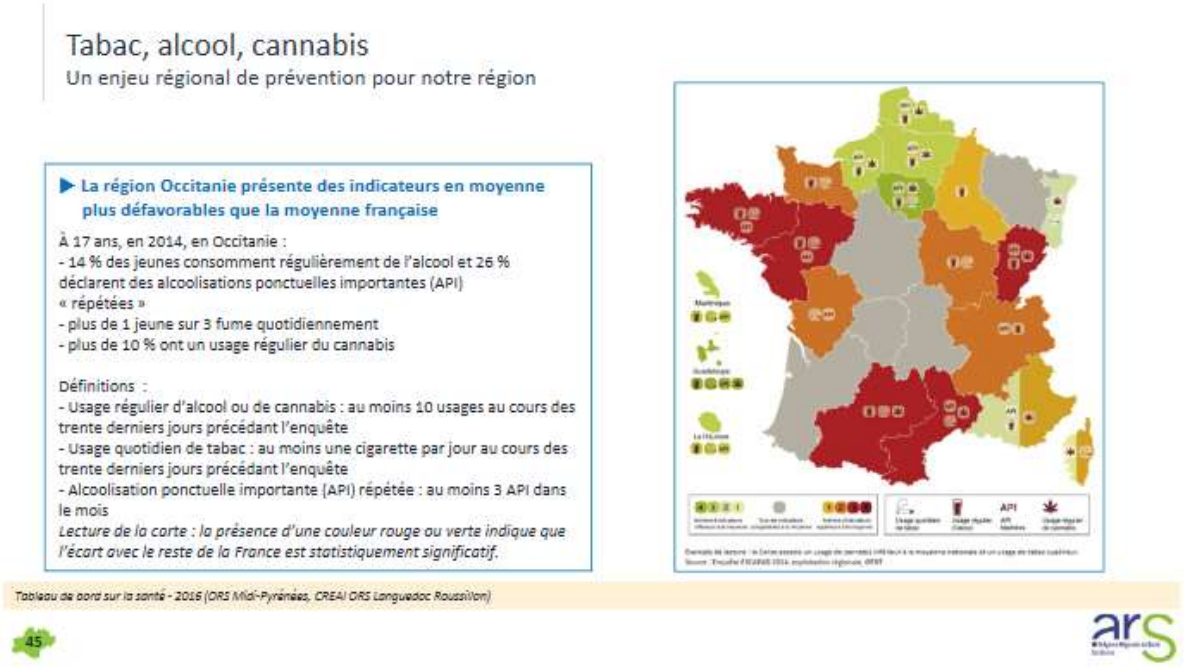


Tableau de bord sur la santé - 2016 (ORS Midi-Pyrénées, CREAI ORS Languedoc Roussillon)

ZOOM sur le quartier prioritaire de la ville de Pamiers

« De manière générale, en Ariège, il est constaté une **prévalence plus élevée des troubles alimentaires** (de type obésité), des troubles **psychosociaux**, des **conduites addictives**, chez les publics jeunes et vulnérables.

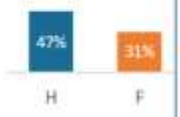
La ville de Pamiers est **sensibilisée à la démarche de promotion du Programme National Nutrition Santé** et pour la déclinaison d'actions auprès de publics cibles, notamment par le service enfance-jeunesse, mais aussi en direction des publics plus âgés »

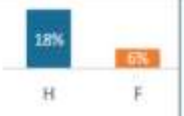
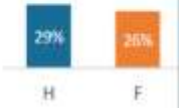
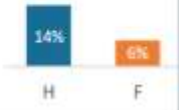
Contrat de ville de Pamiers | Analyse ARS Occitanie

Tendance #6

Les comportements de santé : des inégalités sociales de santé très présentes qui conduisent à de mauvaises habitudes quotidiennes et au renoncement aux soins

Les indicateurs sur les habitudes de vie et les facteurs de risque dans la population générale ne sont pas disponibles à une échelle localisée mais sont disponibles à l'échelle régionale; ils sont issus de l'analyse d'un échantillon représentatif de la population d'Occitanie: 2400 personnes de 15 à 75 ans(Baromètre Santé 2016)

INDICATEURS	Sexe	Territoire (Occitanie / France)	Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
Surcharge pondérale (15-75 ans selon la corpulence déclarée)			✓ Homme > Femme ✓ Croissant avec l'âge ✓ **Ouvrier > Cadre (odds ratio : 1,7)** ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac ✓ > Pour les milieux ruraux ✓ < Pour les personnes vivant seules
Activité physique élevée (15-75 ans)		nd	✓ Homme > Femme ✓ > Pour les 15-24 ans ✓ **Ouvrier > Cadre (odds ratio : 3,6)** ✓ < Pour les personnes vivant seules
Sédentarité (15-75 ans)		nd	✓ **Ouvrier < Cadre (odds ratio : 0,38)** ✓ > Pour les personnes scolarisées (15-24 ans) ✓ > Pour les niveaux supérieurs au Bac ✓ Urbain (100000 hab.) > rural

INDICATEURS	Sexe	Territoire (Occitanie / France)	Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
Usage quotidien d'alcool (15-75 ans)		nd	✓ Homme > Femme ✓ Croissant avec l'âge ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac
Fumeur quotidien (15-75 ans)			✓ < Pour les 55-75 ans ✓ **Ouvrier > Cadre (odds ratio : 2,1)** ✓ **> Pour les chômeurs** ✓ > Pour les niveaux inférieurs au Bac ✓ > Pour les personnes vivant seules
Cannabis au cours des 12 derniers mois (15-75 ans)			✓ Homme > Femme ✓ > Pour les 15-34 ans

INDICATEURS	Sexe	Territoire (Occitanie / France)	Différences significatives observées selon les caractéristiques socio-démographiques
Renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (18-75 ans)	13% (H) / 19% (F)	=	✓ Homme < Femme ✓ **> Pour les chômeurs** ✓ Décroissant avec le niveau de revenus ✓ > Pour les personnes sans couverture complémentaire ✓ > Pour les personnes seules
Opinion négative sur la vaccination en général (15-75 ans)	27% (H) / 28% (F)	>	✓ > Pour les 25-34 ans (vs 15-24 ans) ✓ Décroissant avec le niveau de revenus ✓ < Pour les personnes scolarisées ✓ > Pour les personnes vivant seules

Source : Baromètre Santé 2016 – Exploitation CREAI-ORS Occitanie

Ces indicateurs mesurent l'importance de certains comportements de santé à risques, notamment la fréquence de l'usage quotidien de tabac, supérieure en Occitanie à celle observée dans le reste de la France. Leur analyse met bien en évidence les **enjeux autour des Inégalités Sociales de Santé** (ISS), très présentes dans la région et dans plusieurs dimensions.

Les différences observées selon les groupes sociaux ou selon les revenus ou le niveau de diplôme (toutes choses égales par ailleurs) concernent en effet:

- La surcharge pondérale
- L'usage quotidien d'alcool
- Le tabagisme quotidien
- Le renoncement aux soins

Tendance #7

Accès à la prévention et aux soins : des conditions d'accès de plus en plus difficiles liées au difficile renouvellement des départs à la retraite

Un recours à la prévention perfectible

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES		ARIEGE	OCCITANIE
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Recours à la prévention [1]				
1- Vaccination antigrippale remboursée en 2016	3 115	45,9	42,4	46,2
2- Dépistage organisé du cancer du sein	1 924	39,9	37,6	42,7
3- Dépistage individuel du cancer du sein	309	6,4	10,1	12,9
4- Dépistage du cancer du col de l'utérus	1 163	17,2	20,0	24,1
5- Bilan bucco-dentaire 5-19 ans	376	9,5	10,5	10,6
Suivi médical du diabète :				
6- Dosage de l'hémoglobine glyquée	745	48,8	50,1	50,2
7- Dosage de microalbuminurie	393	25,7	26,3	26,2
8- Dosage de créatininémie	1 332	87,2	88,1	87,5
Recours à l'IVG				
9- IVG des 15-49 ans	55	12,6	15,7	13,8
10- dont IVG médicamenteuses	36	65,2	68,2	58,3
11-IVG des 15-24 ans	19	20,1	24,3	19,3

(1) Données calculées sur le périmètre du Pays des Pyrénées Cathares avant janvier 2018 (sans la commune de Freychenet)

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON		ARIEGE	OCCITANIE
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Recours à la prévention				
1- Vaccination antigrippale remboursée	1 072	44,3	42,4	46,2
2- Dépistage organisé du cancer du sein	613	39,4	37,6	42,7
3- Dépistage individuel du cancer du sein	126	8,1	10,1	12,9
4- Dépistage du cancer du col de l'utérus	430	19,3	20,0	24,1
5- Bilan bucco-dentaire 5-19 ans	149	11,9	10,5	10,6
Suivi médical du diabète :				
6- Dosage de l'hémoglobine glyquée	214	46,4	50,1	50,2
7- Dosage de microalbuminurie	125	27,1	26,3	26,2
8- Dosage de créatininémie	399	86,6	88,1	87,5
Recours à l'IVG				
9- IVG des 15-49 ans	16	11,4	11,2	13,1
10- dont IVG médicamenteuses	12	77,6	71,7	62,3
11-IVG des 15-24 ans	6	18,1	16,9	17,8

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES		ARIÈGE	OCCITANIE
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Recours à la prévention				
1- Vaccination antigrippale remboursée	3 378	47,8	47,8	51,7
2- Dépistage organisé du cancer du sein	2 238	41,7	38,5	43,2
3- Dépistage individuel du cancer du sein	490	9,1	9,3	12,5
4- Dépistage du cancer du col de l'utérus	1 922	21,0	22,0	24,8
5- Bilan bucco-dentaire 5-19 ans	757	11,4	11,4	11,2
Suivi médical du diabète :				
6- Dosage de l'hémoglobine glyquée	953	55,9	53,2	51,5
7- Dosage de microalbuminurie	568	33,3	31,0	35,0
8- Dosage de créatininémie	1 565	91,7	91,8	90,2
Recours à l'IVG				
9- IVG des 15-49 ans	119	14,9	15,0	13,1
10- dont IVG médicamenteuses	88	73,7	71,7	62,3
11-IVG des 15-24 ans	41	21,0	21,6	17,8

En 2016, entre 44% et 48% des personnes âgées sur les trois CC ont bénéficié de la vaccination anti-grippale, part légèrement inférieure à celle de la région (52%).

En 2015-2016, 39,9% des femmes âgées de 50-74 ans sur la CCPO et la CCPM, 41.7% sur la CCPAP, et 39.4% sur la CCPT ont effectué une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Ce taux est plus faible que celui observé dans la région (43%) mais plus élevé que celui du département (38%). Sur la même période, 6,4% des femmes de 50-74 ans sur la CCPO et la CCPM, 8.1% sur la CCPT et 9.1M sur la CCPAP ont effectué un dépistage individuel du cancer du sein; ces taux sont inférieurs à celui du département (10%) et deux fois plus faibles que celui de la région (13%). **Les deux taux de dépistage du cancer du sein (individuel et organisé)** présente un taux de couverture compris entre 46% et 51% des habitantes selon les territoires, âgées de 50 à 74 ans. Ce taux de couverture **est relativement proche de celui observé pour l'ensemble des femmes du département (48%) mais plus faible que celui observé pour les femmes de la région (56%). Ce taux reste encore loin de l'objectif des 80% de femmes dépistées.** La prévention du cancer de l'utérus préconise un frottis tous les trois ans entre 25 et 64 ans. En 2016, entre 17,2% et 21% de la population cible sur les territoires ont bénéficié de ce dépistage. Ce recours à la prévention est moins fréquent chez les femmes de la CCPO et de la CCPM que pour les femmes des deux autres intercommunalités, du département (20%) et surtout celles de la région (24%).

Sur le territoire, 9,5% des jeunes de 5-19 ans ont bénéficié d'un bilan bucco-dentaire en 2016; cette part est proche de celle observée pour les enfants de l'Ariège (10%) ou de la région (11%), mais plus faible que celui de la CCPT (11.9%) et de la CCPAP (11.4%).

Le suivi du diabète est évalué à travers trois dosages: le dosage de l'hémoglobine glyquée, celui de la microalbuminurie et celui de la créatininémie. Pour chacun des trois dosages, la part des habitants diabétiques suivis sur les quatre CC est proche de celle des diabétiques suivis dans le département et la région.

Un taux de recours à l'IVG un peu plus fréquent qu'en moyenne régionale dans la CCPAP, un peu moins fréquent que la moyenne régionale sur la CCPO et la CCPM, proche de la moyenne régionale sur la CCPT.

L'offre de soins de premiers recours : une forte baisse de densité des médecins-généralistes et des chirurgiens-dentistes sur la CCPO et la CCPM, une proportion importante des médecins-généralistes de 60 ans et plus élevée

Nombre de professionnels de premiers recours et part des professionnels âgés de 60 ans ou plus en 2016

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES		Ariege	OCCITANIE
	Effectif	% 60 ans +	% 60 ans +	% 60 ans +
Offre de soins de premier recours				
Médecin généraliste libéral (1)	22	27,3	32,7	32,6
Chirurgien- dentiste libéral(1)	12	16,7	11,4	19,6
Infirmier libéral(2)	58	25,9	13,0	10,9
Masseur-kinésithérapeute libéral(2)	23	21,7	12,7	10,0

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2016 - Exploitation ORSMIP

Évolution en % des densités de différents professionnels, entre 2012 et 2016

INDICATEURS	PAYS DES PYRENEES CATHARES	Ariege	OCCITANIE	FRANCE METROP.
Médecins généralistes libéraux(1)	-21,0	-9,3	- 4,3	- 3,9
dont âgés de 60 ans ou plus	-13,8	-4,1	*15,9*	*22,3*
Dentistes libéraux(1)	-19,5	-0,2	2,5	0,2
Infirmiers libéraux(2)	21,6	12,9	18,0	22,3
Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux(2)	10,1	20,7	20,1	15,3

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2016 - Exploitation ORSMIP

C'est parmi les médecins généralistes et les infirmiers libéraux que les parts de professionnels de santé âgés d'au moins 60 ans sont les plus élevées. Concernant les médecins généralistes, la part des professionnels âgés de 60 ans ou plus (27%) est plus faible que celle observée dans le département ou la région (33%). En revanche, la part des infirmiers libéraux âgés d'au moins 60 ans (26%) est deux fois plus importante sur le territoire du Pays des Pyrénées Cathares que dans le département (13%) ou la région (11%). C'est également le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes dont la part des professionnels proches de la retraite (22%) est plus importante que celle des kinésithérapeutes du département (13%) ou de la région (10%). Entre 2012 et 2016, la densité des médecins généralistes a fortement baissé dans le Pays des Pyrénées Cathares alors qu'elle a moins baissé dans les territoires de comparaison. On note également une baisse de 20% de la densité des chirurgiens-dentistes du Pays, densité qui a légèrement augmenté dans la région et qui est restée stable dans le département comme au niveau national. À l'inverse, la densité des infirmiers

libéraux et celle des kinésithérapeutes a augmenté dans le Pays comme dans les territoires de comparaison.

Nombre de professionnels de premiers recours et part des professionnels âgés de 60 ans ou plus en 2019

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES		ARIÈGE	OCCITANIE	FRANCE METROP.
	Effectif	% 60 ans +	% 60 ans +	% 60 ans +	% 60 ans +
Offre de soins de premier recours					
Médecin généraliste libéral (1)	36	33,3	35,1	34,1	33,6
Chirurgien- dentiste libéral(1)	28	0,0	11,5	21,4	23,9
Infirmier libéral(2)	149	3,4	10,4	9,7	9,0
Masseur-kinésithérapeute libéral(2)*	48	6,3	2,5	10,2	11,6

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale – *données au 1er janvier 2016 pour les masseurs-kinésithérapeutes
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2019 - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

Évolution en % des densités de différents professionnels, entre 2014 et 2019

INDICATEURS	PORTES D'ARIÈGE PYRÉNÉES	ARIÈGE	OCCITANIE	FRANCE METROP.
Médecins généralistes libéraux(1)	-21,3	-5,4	- 2,4	- 4,7
dont âgés de 60 ans ou plus	*18,1*	*1,6*	*9,1*	*9,3*
Dentistes libéraux(1)	14,8	4,5	2,4	-0,9
Infirmiers libéraux(2)	29,8	27,7	19,2	22,4
Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux(2)*	28,8	17,4	17,1	13,6

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale - * évolution 2013-2016 pour les masseurs-kinésithérapeutes

Sur le territoire comme dans les territoires de comparaison, c'est parmi les médecins généralistes que la part des praticiens âgés de 60 ans ou plus est la plus importante puisqu'elle en concerne un tiers. Aucun chirurgien-dentiste du territoire n'est âgé de 60 ans ou plus. Pour les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes, la part des professionnels âgés de 60 ans ou plus est peu élevée (respectivement, 3,4% et 6,3%) et moins élevée qu'au niveau régional et national. Entre 2014 et 2019, la densité des généralistes est en plus forte baisse sur le territoire (-21%) que dans les territoires de comparaison (de -2à -5%) et la densité des médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus a nettement plus augmenté sur le territoire (+18%vs de +2% à +9%). La densité des chirurgiens-dentistes a augmenté de près de 15% dans la CC, plus que dans les territoires de comparaison. Parmi les professionnels de premiers recours du territoire, **ce sont les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes qui ont le plus fortement augmenté sur le territoire** (respectivement, +30% et +29%), comme dans les territoires de comparaison

Sur la CCPT le nombre de médecins généralistes en 2021 est de 5 (dont un est retraité, âgé de plus de 80 ans et a gardé quelques patients). Sur la CCPT : il y avait 11 médecins généralistes en activité en 2004 ; 4 aujourd'hui alors que la population est relativement stable (environ 9000 habitant-e-s)

Nombre de professionnels de premiers recours et part des professionnels âgés de 60 ans ou plus en 2018

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON		Ariege	OCCITANIE
	Effectif	% 60 ans +	% 60 ans +	% 60 ans +
Offre de soins de premier recours				
Médecin généraliste libéral (1)	6	50,0	34,4	34,5
Chirurgien- dentiste libéral(1)	5	20,0	11,5	21,2
Infirmier libéral(2)	29	13,8	12,8	12,1
Masseur-kinésithérapeute libéral(2)*	17	17,6	12,7	10,0

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale – *données au 1er janvier 2016 pour les masseurs-kinésithérapeutes
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2018 - Exploitation CREAI-ORS Occitanie

Évolution en % des densités de différents professionnels, entre 2013 et 2018

INDICATEURS	PAYS DE TARASCON	Ariege	OCCITANIE	FRANCE METROP.
Médecins généralistes libéraux(1)	-23,9	-2,5	- 2,8	- 4,2
dont âgés de 60 ans ou plus	*1,5*	*6,3*	*17,3*	*17,7*
Dentistes libéraux(1)	-15,4	1,3	1,4	-1,1
Infirmiers libéraux(2)	96,2	25,0	19,6	23,0
Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux(2)*	7,8	15,5	13,3	11,0

(1) Professionnels en activité libérale et mixte
(2) Professionnels en activité libérale - * évolution 2013-2016 pour les masseurs-kinésithérapeutes
Sources : RPPS, ADELI (hors remplaçants et en activité non médicale), données au 1er janvier 2018- Exploitation CREAI-ORS Occitanie

En 2018, le Pays de Tarascon compte seulement médecins généralistes, 5 chirurgiens-dentistes, 29 infirmiers libéraux et 17 masseurs-kinésithérapeutes. Pour tous ces professionnels, la part de ceux qui sont âgés d'au moins 60 ans est plus importante dans le Pays de Tarascon que dans le département ou la région. Entre 2013 et 2018, la densité des médecins généralistes a fortement baissé dans le Pays(-23,9%) alors qu'elle n'a baissé que de 3% dans la région et de 4% en France métropolitaine. De même, une forte baisse de la densité des chirurgiens-dentistes est observée sur le territoire(-15%) alors qu'une quasi stabilité est observée dans les territoires de comparaison. À l'inverse, on note une importante augmentation de la densité des infirmiers libéraux dans le Pays(+96%), densité qui a moins fortement augmenté dans les territoires de comparaison(de +20 à +25%).

L'accès à des soins urgents dans les départements

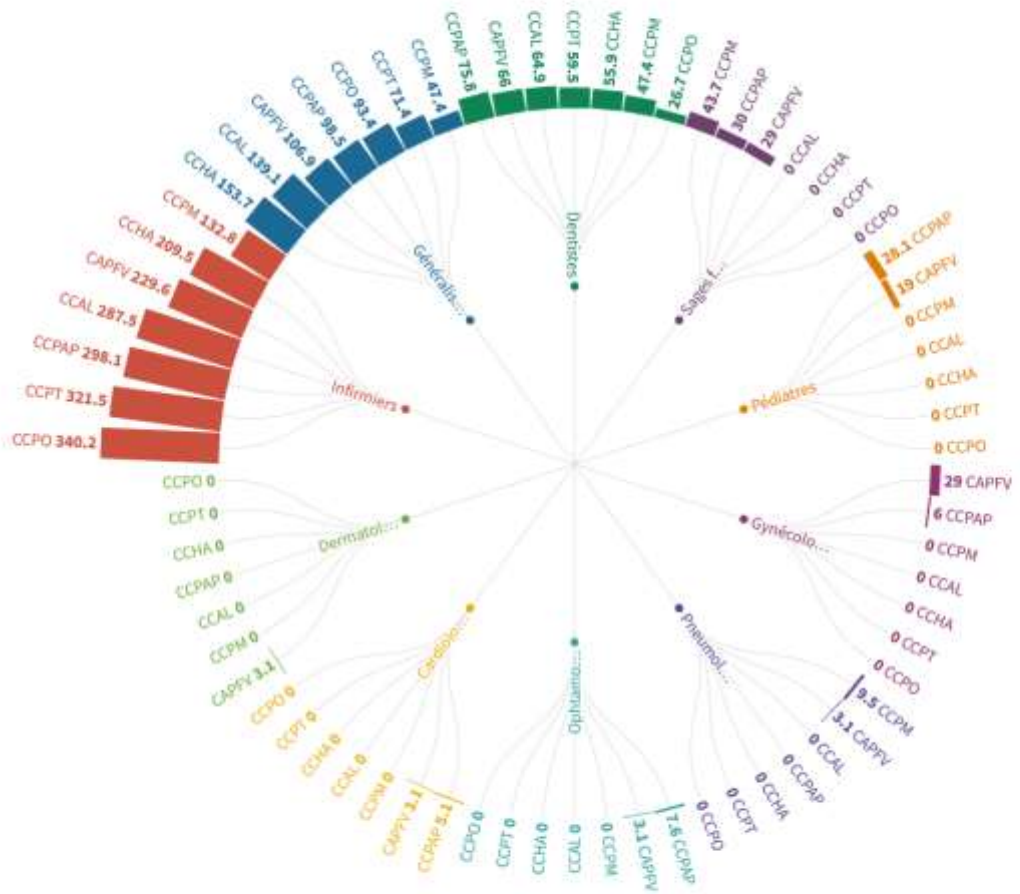
▶ Des disparités existent entre les départements de la région : 17,7 % de la population du Gers résident dans une commune située à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, d'un SMUR ou d'un MCS contre 0,1 % dans le département de la Lozère.

▶ **2,2 % de la population se trouve à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, d'un SMUR ou d'un MCS**

	Population à plus de 30 minutes (nombre)	Part de la population à plus de 30 minutes (%)
Ariège	7 786	5,1
Aude	6 667	1,8
Aveyron	3 748	1,3
Gard	1 478	0,2
Haute-Garonne	17 274	1,3
Gers	33 701	17,7
Hérault	3 665	0,3
Lot	11 074	6,4
Lozère	48	0,1
Hautes-Pyrénées	8 586	3,8
Pyrénées-Orientales	9 239	2,0
Tarn	11 847	3,1
Tarn-et-Garonne	11 514	4,6
Occitanie	126 627	2,2

Sources : Insee RP 2013 ; IGN BD TOPO®

Densité des médecins libéraux par EPCI en 2019
Pour 100 000 personnes



Rapportée à l'échelle du PETR selon les données fournies par l'INSEE au regard des équipements de santé en 2019 et sur la base du recensement de la population en 2017, la situation se confirme : on assiste à une plus forte densité d'infirmiers libéraux que de médecins-généralistes. Les territoires présentant les plus faibles densités de professionnels de santé selon la catégorie de santé sont la CCPO et la CCPM, et dans une moindre mesure la CCPT, la CCPAP, la CCHA et la CAPFV, seule l'Arize-Lèze fait figure d'exception et présente un taux de densité des médecins libéraux supérieur au reste des intercommunalités du PETR :

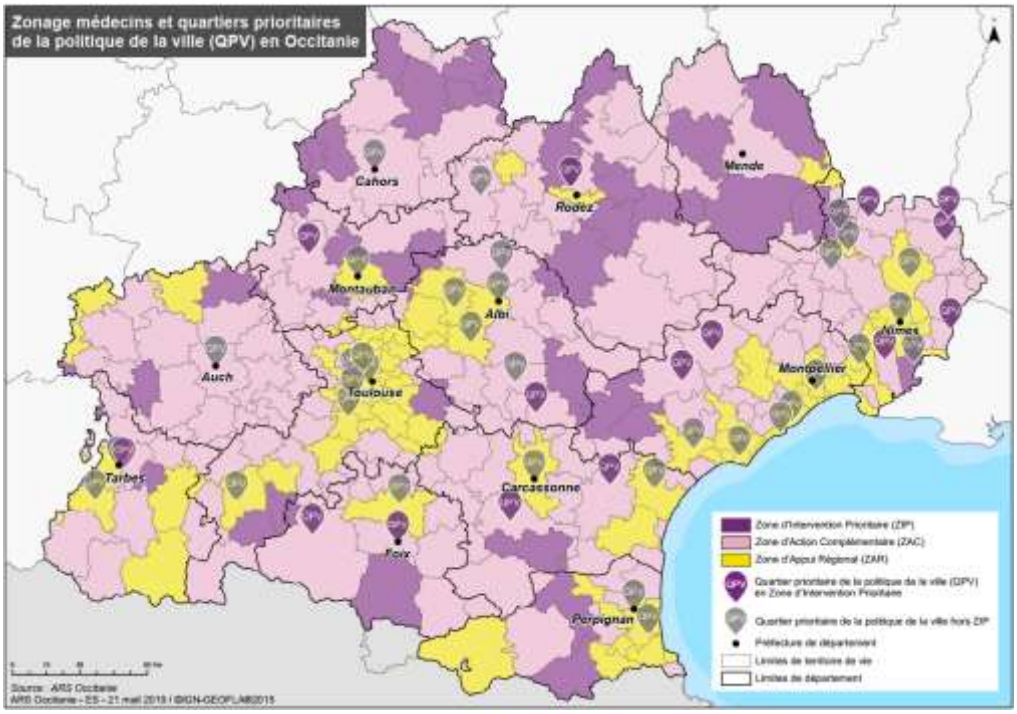
	Chirurgiens-dentistes	CCPO
	Médecins généralistes	CCPM CCPO CCPT CCPAP
	Infirmiers	CCPM CCHA CAPFV

Concernant les autres professionnels de santé plus spécialisés il est important de noter qu'ils ne sont présents que sur les deux intercommunalités les plus densément peuplées : la CCPAP et la CAPFV.

La CCPT est classé Zone d'Intervention Prioritaire par l'ARS, ce qui signifie que le territoire est caractérisé par une offre de soins insuffisante, et/ou par des difficultés d'accès aux soins.

Quelques exceptions toutefois :

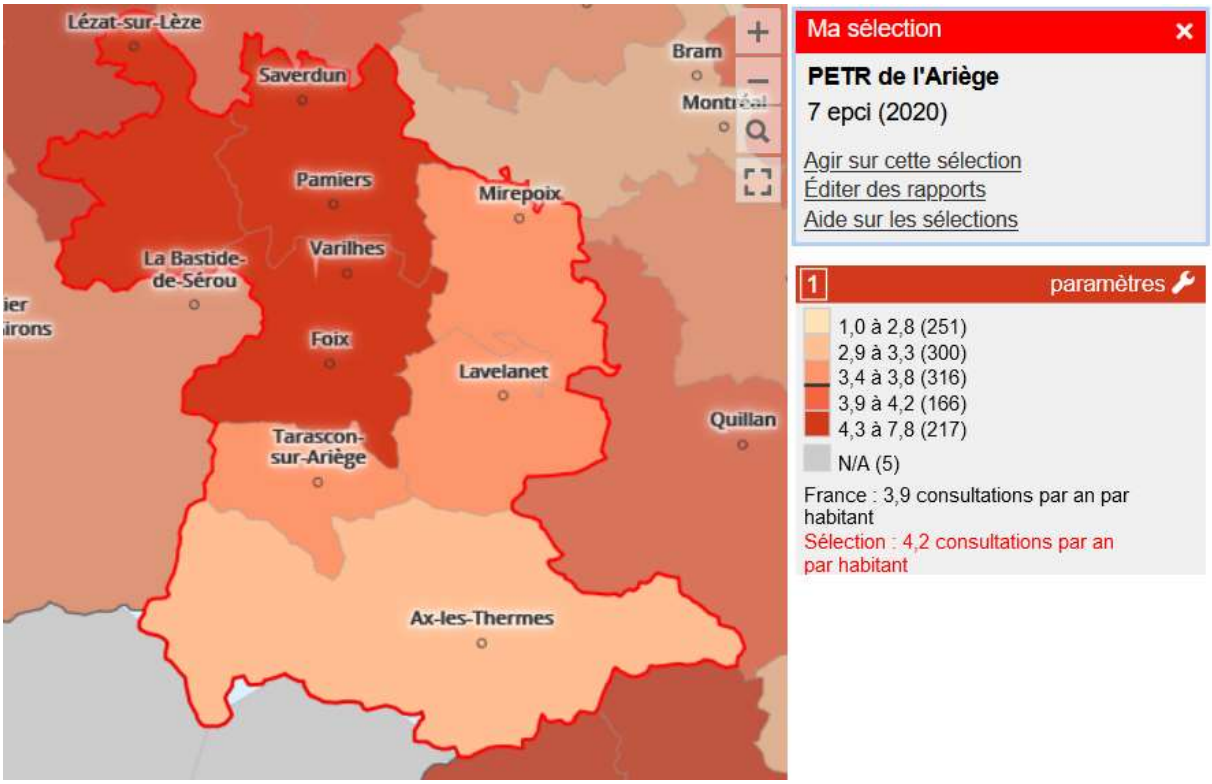
- la CCPM présente le plus fort taux de densité de sages-femmes et de pneumologues du territoire
- les dermatologues ne sont présents que sur la CAPFV
- la CCHA accueille un ORL
- la CCPAP est la seule à accueillir un gastro-entérologue

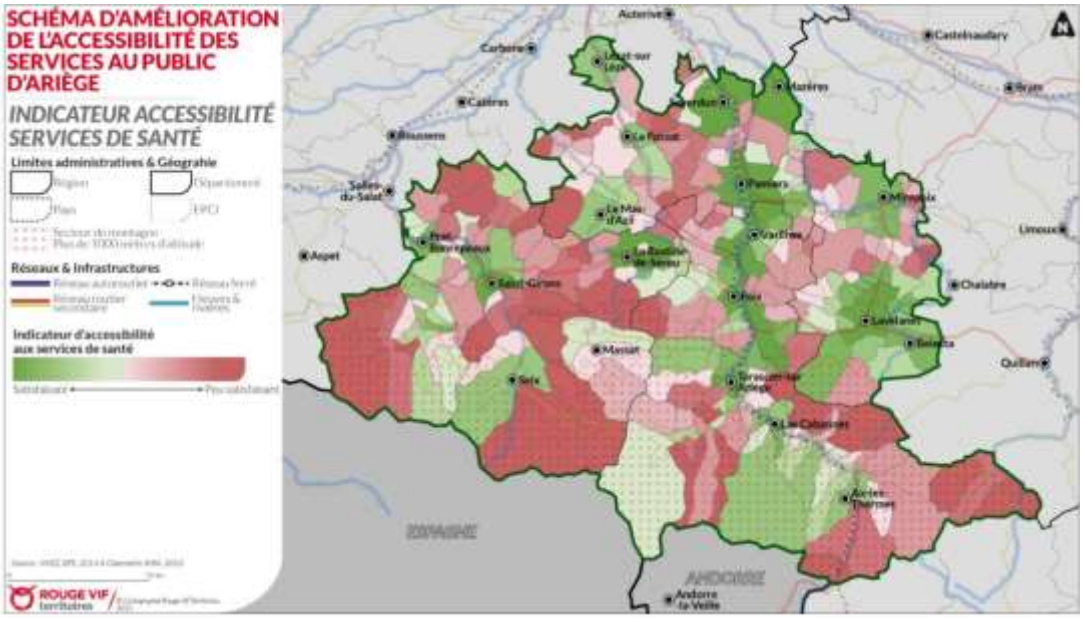


L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes qui recueille le nombre de consultations par an et par habitant est supérieure à la moyenne nationale, mais la problématique d'accessibilité aux médecins spécialistes reste forte

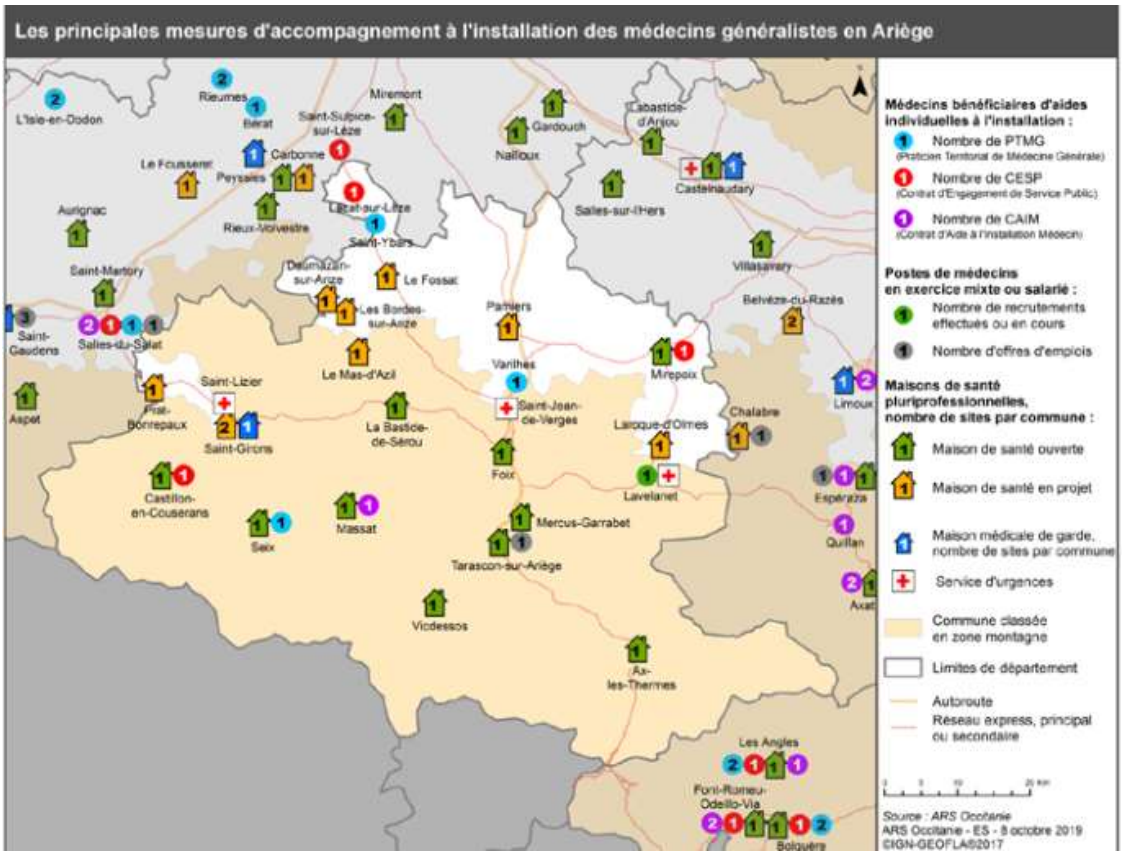
L'Accessibilité Potentielle Localisée est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'indicateur est calculé en nombre de consultations ou visites accessibles par habitant standardisé sur l'âge, rendant comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents.

En 2018, l'APL aux médecins généralistes (consultation par an par habitant) sur l'ensemble du territoire du PETR de l'Ariège est de 4.2 consultations/habitants soit légèrement supérieure à l'APL au niveau national (3.9%). Mais il existe des disparités territoriales entre le Nord du territoire qui se situe au-delà de la moyenne nationale et l'Est et le Sud du territoire qui se situent en deçà de la moyenne nationale.





En 2016, dans son Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services aux Publics de l'Ariège, le cabinet d'études « Rouge Vif » démontrait que l'offre de santé de proximité était relativement satisfaisante grâce notamment au déploiement de maisons de santé sur le territoire. Il recommandait de poursuivre le déploiement des structures type maison de santé en intégrant les facteurs de réussite de ce type de projets (construction d'un projet de santé avec des professionnels investis, création d'un parcours résidentiel et professionnel pour les professionnels de santé et leur famille, etc.)



Les enjeux d'accessibilité étaient limités à des secteurs très peu denses et isolés ou aux couronnes périurbaines de certains pôles qui peinaient à développer certains services.

Les enjeux étaient plus forts pour les services de santé supérieurs et fort déficit en spécialistes. L'offre de médecine spécialisée était dite insuffisante sur la vallée de l'Arize.

La faible densité de spécialistes se traduisait par des problématiques d'accessibilité aux services de santé liées aux délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Le cabinet d'études rappelait qu'il existait un enjeu global de diffusion de la médecine sur les territoires ariégeois notamment à travers :

- ➔ la mise en œuvre en œuvre des conditions de consultation via des outils numériques
- ➔ au renouvellement des professionnels de santé dont la part en approche de l'âge de la retraite était localement très importante y compris sur des secteurs sous-dotés (Ax-les-Thermes, Mirepoix et les vallées de l'Arize et de la Lèze)
- ➔ le renforcement de l'offre hospitalière sur les sites existants

En 2016, le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services aux Publics de l'Ariège a également permis d'offrir une vision renouvelée de l'organisation territoriale des services en Ariège. Ce travail a permis d'offrir une lecture typologique de l'offre de services en distinguant différents bassins de services en fonction des temps de trajets :

- Services de proximité – 10 minutes *(écoles, boulangeries, médecins généralistes…)*
- Services intermédiaires – 20 minutes *(collèges, supermarchés, médecins spécialistes…)*
- Services de centralité – 30 minutes *(lycées, hôpitaux, théâtres…)*
- Services métropolitains – 60 minutes *(CHU, stades, Zénith…)*

Nous retiendrons les points suivants :

- Il existe un bon maillage territorial, notamment pour les fonctions de proximité, en cohérence avec la densité
- Il existe une faible présence de pôles supérieurs (centralité et intermédiaires) qui pré-indique des enjeux d'accessibilité
- Il existe un déséquilibre de la répartition des pôles qui sont majoritairement concentrés dans la vallée de l'Ariège

Tendance #8

Personnes en situation de handicap et de dépendance : une part croissante du nombre de bénéficiaires supérieure aux moyennes régionale et nationale

Des besoins d'accompagnement et de prise en charge particuliers. Les personnes en situation de handicap nécessitent une prise en compte particulière dans le développement des politiques de santé. En effet, dans un certain nombre de cas, leur situation de handicap résulte d'une pathologie pouvant nécessiter un accompagnement de santé spécifique. Au-delà des soins spécifiques qui peuvent être nécessaires, ces pathologies peuvent les rendre plus vulnérables au développement d'autres pathologies et nécessitent alors des actions de prévention adaptées.

Le PETR de l'Ariège accueille un nombre de bénéficiaires handicapés croissant depuis 2008, supérieur à la moyenne nationale et présente un taux d'équipement satisfaisant mais les situations sont très différentes d'un territoire à l'autre.

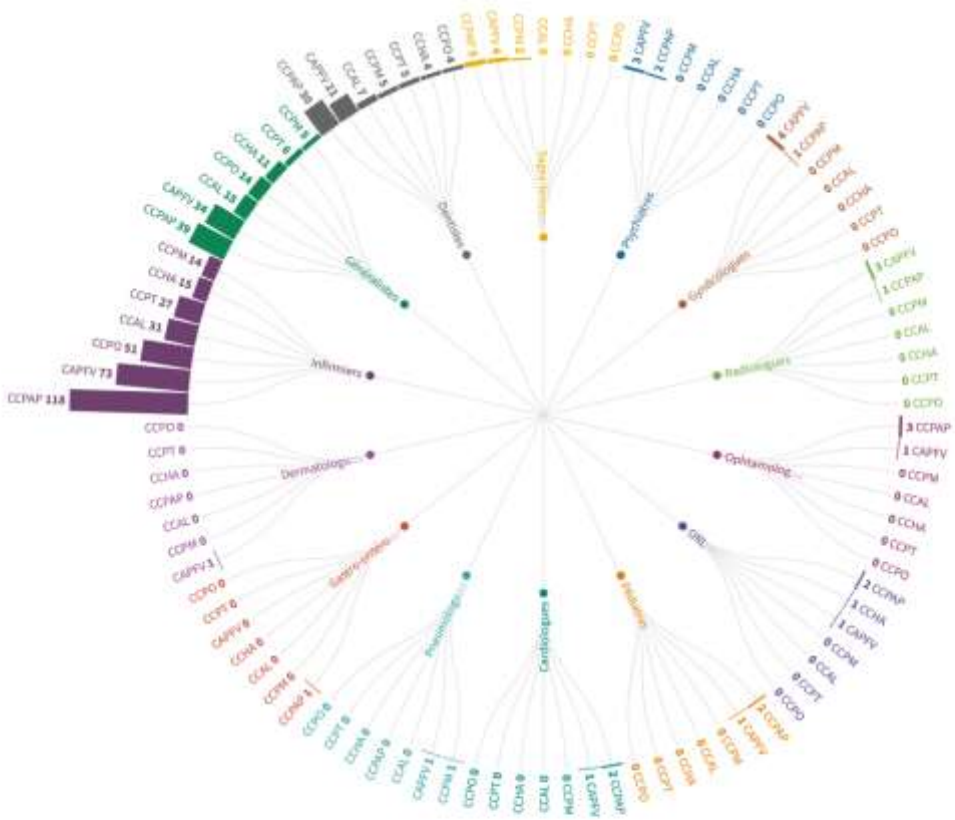
Ainsi, sur les 4 intercommunalités suivies par l'ARS on observe :

- Un taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH qui reste stable sur la CCPO et la CCPM avec un taux de 1,3% d'enfants bénéficiaires de l'AEEH, taux identique à celui de l'Ariège (1,2%) et plus faible que le taux régional (1,9%). En revanche ce taux augmente sur la CCPT (1.4%) et la CCPAP (1.7%) d'enfants bénéficiaires de l'AEEH. Ces taux,sont proches de ceux observés au niveau départemental (1,6%) et national (1,9 %) et moins élevés que le taux régional (2,6%). Ces taux sont en augmentation comme dans les territoires de comparaison
- Plus de 4% des adultes de 20 à 59 ans sur la CCPAP, la CCPO et la CCPM, 3% sur la CCPT perçoivent l'AAH Ce taux est supérieur à celui observé au niveau métropolitain (2,7%) mais proche du niveau régional (4%).
- Un quart des personnes âgées à domicile bénéficient de l'APA soit une part de 25,9% des personnes âgées à domicile; cette part est plus importante que celle observée dans le département (18%). En revanche, la CCPT recense une part de 15,8% des personnes âgées à domicile, part légèrement plus faible que celle des personnes âgées de l'Ariège (18%)

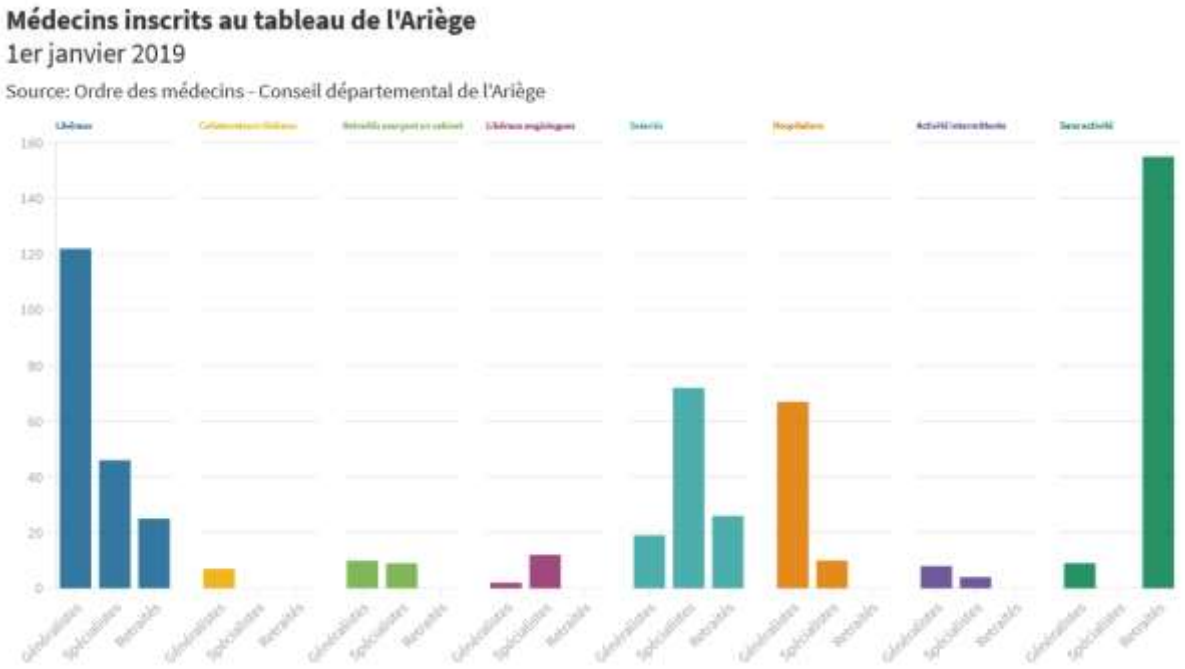
Tendance #9

L'évolution de la démographie médicale : 25% des médecins généralistes et 20% des médecins spécialistes n'ont pas été pas remplacés entre 2012 et 2016

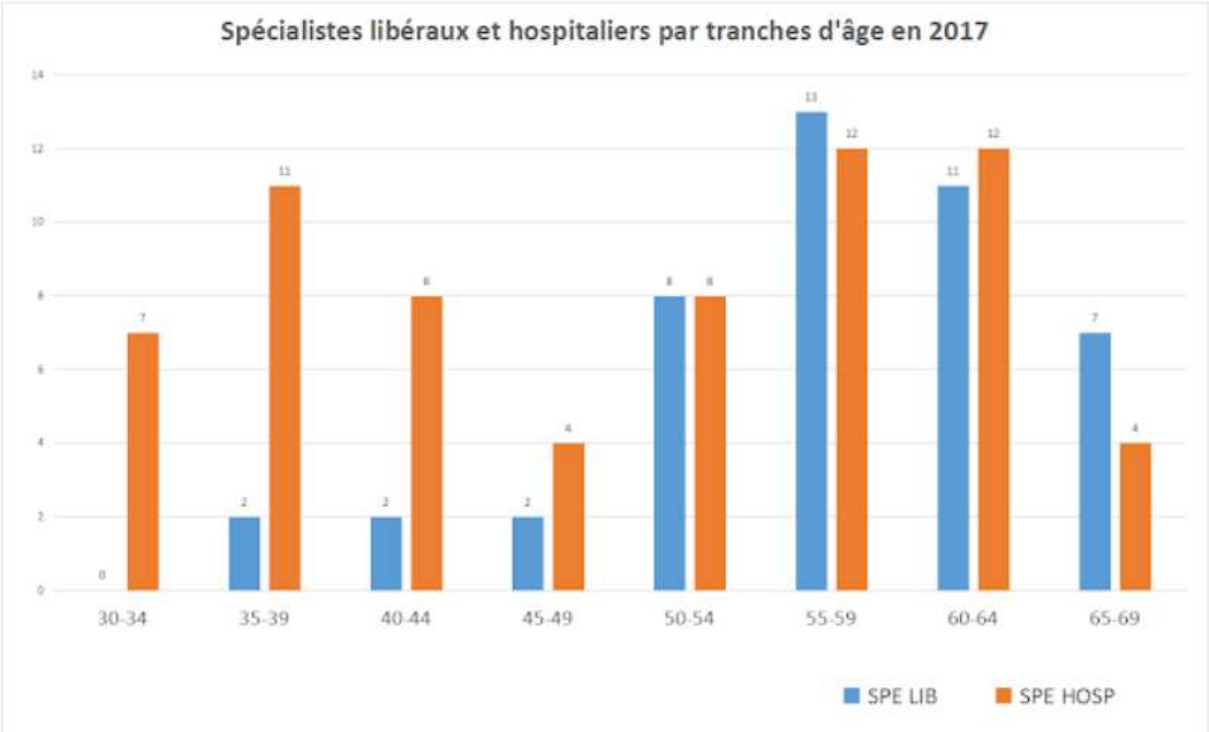
Nombre des médecins libéraux par EPCI en 2019



Le nombre de médecins généralistes, infirmiers, dentistes apparaît proportionnel à la population résidente tandis que les spécialistes son quasi exclusivement présents sur la CAPFV.

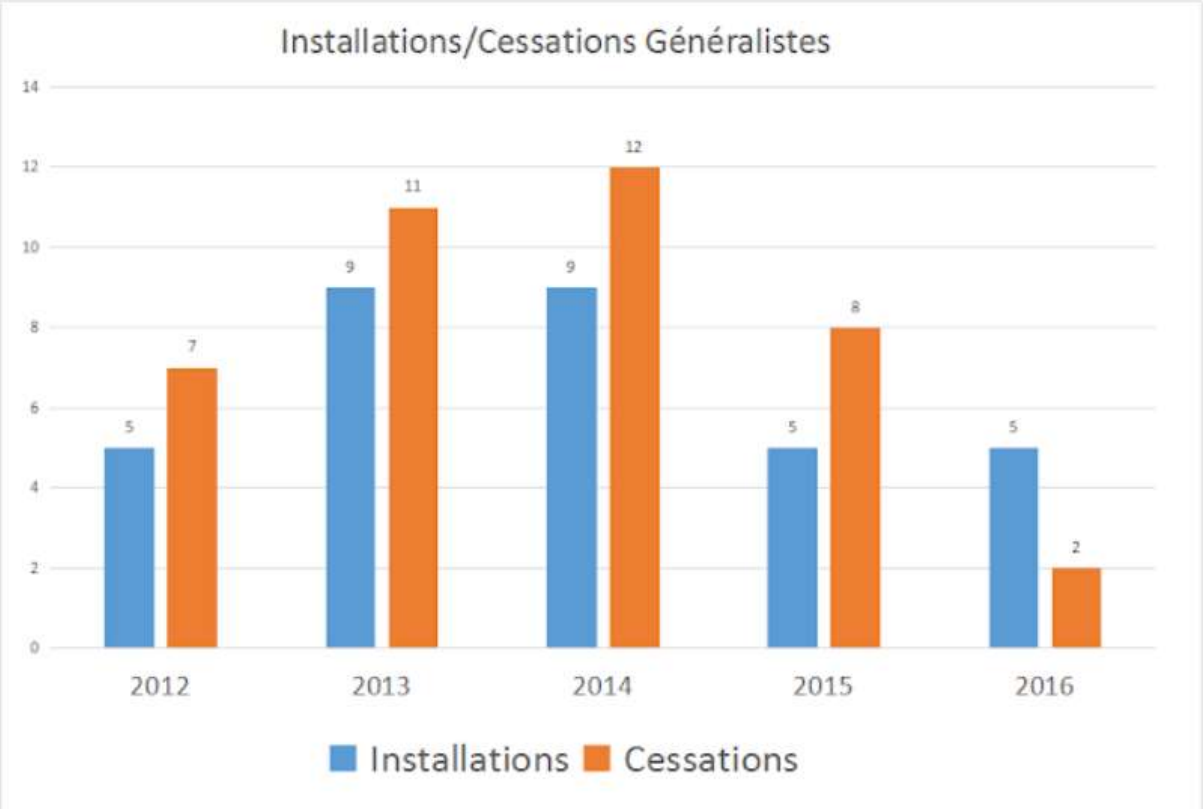


La part de médecins retraités en 2019 (155) est plus élevé que la part des médecins généralistes libéraux en activité (122). 32% des médecins retraités poursuivre leur activité professionnelle, en tant que médecin libéral ou salarié. La majorité des spécialistes exercent leur activité en tant que salariés. Les médecins généralistes sont la catégorie de médecins très majoritaire en milieu hospitalier.



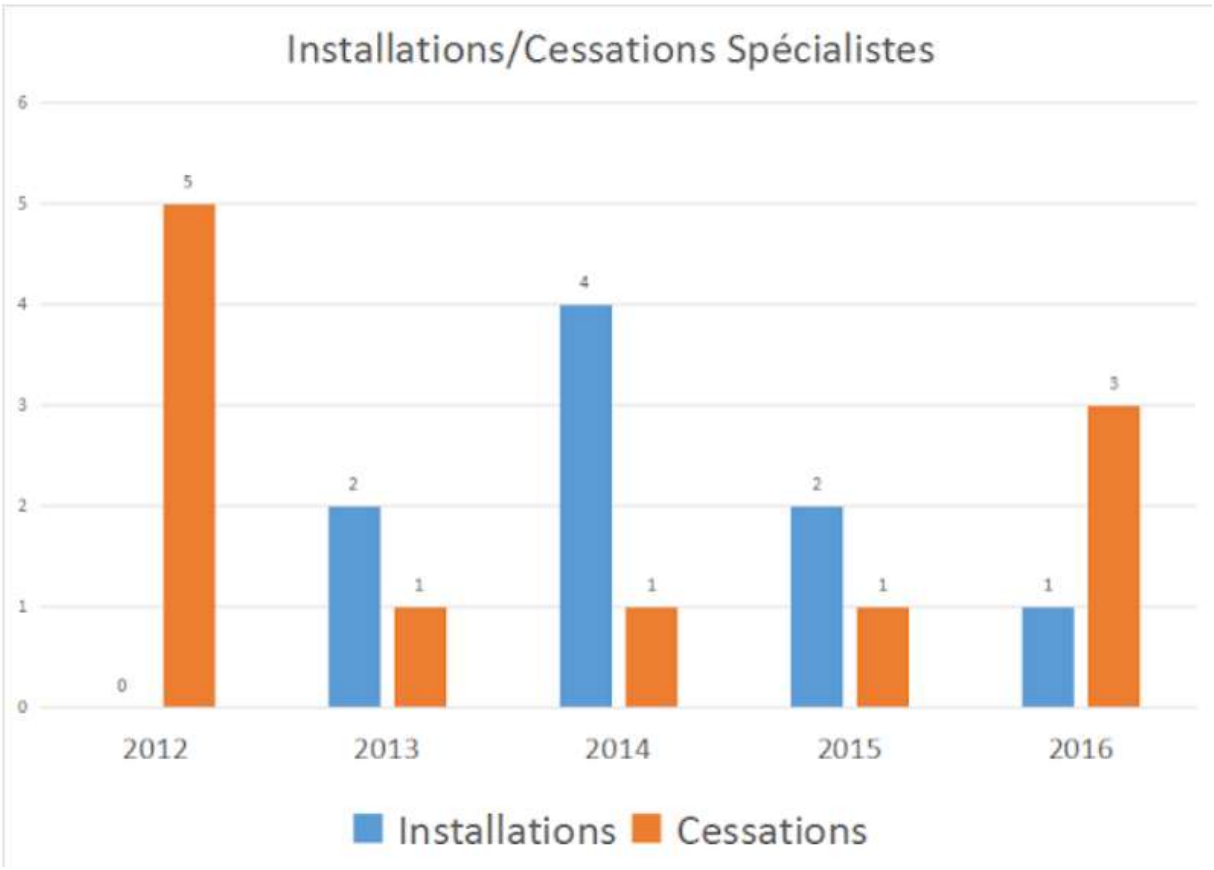
Source : Ordre des médecins de l'Ariège

Les médecins spécialistes sont également concernés par la problématique du vieillissement de leurs effectifs notamment des spécialistes exerçant dans le milieu hospitalier. Globalement, le milieu hospitalier accueille le plus fort de ses effectifs de médecins, généralistes et spécialistes confondus, à partir de 50 ans.



Source : Ordre des médecins de l'Ariège

L'évolution des installations de médecins généralistes entre 2012 et 2016 a connu une diminution plus forte que la diminution des cessations d'activité sur la même période. Au total, on compte 40 cessations d'activité pour 33 installations soit un ratio de renouvellement de 0.75 qui peut laisser supposer que 25% des médecins généralistes ayant cessé leur activité n'ont pas été remplacés entre 2012 et 2016.



Source : Ordre des médecins de l'Ariège

Ce ratio est légèrement plus élevé concernant les médecins spécialistes. On décombre 11 cessations d'activité pour seulement 9 installations soit un ratio de 0.8 qui laisse supposer que 20% des médecins spécialistes ayant cessé leur activité n'ont pas été remplacés entre 2012 et 2016.

Ma Santé 2022 : Plan régional de santé 2019-2022

1 Favoriser l'installation et la présence de médecins dans les territoires plus fragiles

Les incitations proposées aux médecins généralistes qui s'installent, consultent ou exercent dans des territoires fragiles ont été profondément revues, afin d'en améliorer le ciblage et l'efficacité.

1 Pendant les études médicales

En Occitanie

206

étudiants en médecine et odontologie bénéficient d'une bourse pendant leurs études en contrepartie de leur installation dans un territoire manquant de professionnels.

88

de ces jeunes médecins se sont déjà installés dans des zones fragiles après leurs études.

100%

des étudiants en médecine font un stage auprès d'un médecin généraliste en Occitanie

+ de 900

médecins généralistes sont mobilisés pour accueillir les jeunes internes en tant que maitres de stage.

DES BOURSES

Pour inciter les futurs médecins à s'installer dans les zones les plus fragiles, les étudiants en médecine et odontologie peuvent bénéficier d'une bourse pendant leurs études (1 200€ bruts par mois), en contrepartie de leur installation dans un territoire fragile.
C'est le principe des contrats d'engagement de service public (CESP).
Pour le transport (sauf à proximité des CHU), des forfaits sont aussi proposés aux internes de médecine (Financement Etat) : plus de 500 internes en ont bénéficié sur les 12 derniers mois ;

DES STAGES

En Occitanie, 100% des étudiants en médecine font un stage auprès d'un médecin généraliste.
Pour faire connaître et apprécier le métier de médecin généraliste, l'ARS a renforcé les possibilités d'accueil des stagiaires, en particulier dans les territoires plus fragiles.
Lors d'un stage en zone sous dense, les futurs médecins peuvent disposer d'une aide pour l'hébergement (financement Etat) : près de 250 internes en médecine en ont bénéficié ces 12 derniers mois.

En complément, dans les 1 590 communes de montagne de la région (35 % des communes), l'ARS Occitanie met en place à partir du 01/10/2019 de nouvelles mesures spécifiques :

- Un forfait pour les internes en médecine lors d'un stage dans une commune de montagne (200 € par mois pendant ces semestres de stage).
- Une majoration complémentaire pour les maitres de stage qui accueillent un interne de médecine en stage (200 € par mois pendant ces semestres d'accueil d'un stagiaire).

2 Au moment de l'installation

200 M€
sur 5 ans d'aides conventionnelles sont prévus pour aider à l'installation en zones sous-denses.

DES GARANTIES

En Occitanie, 111 médecins ont bénéficié d'un contrat de praticien territorial de médecine générale. C'est une garantie de revenus à hauteur de 6 900 euros bruts par mois pendant 2 ans pour ces médecins qui s'installent dans les zones les plus fragiles. Actuellement 40 contrats sont toujours actifs dans la région.

DES AIDES ADAPTÉES

Dans chaque territoire de la région, de nombreuses aides individuelles et collectives peuvent être mobilisées pour favoriser les conditions d'exercice des professionnels de santé dans chaque territoire. **Ces mesures incitatives sont renforcées pour favoriser la présence médicale dans les zones qui en ont le plus besoin pour l'accès aux soins.** Ces aides varient donc selon une zonage géographique à 3 niveaux : Zones d'intervention prioritaire, zones d'action complémentaire, zones d'appui régional. Elles sont ainsi adaptées à chaque situation et aux spécificités de chaque territoire

« Aucun territoire sans aide à l'installation ou à l'exercice coordonné en Occitanie »

240
médecins de la région ont bénéficié à ce jour de contrats d'aide à l'installation ou à l'exercice coordonné en zones prioritaires

Ce découpage territorial détermine le versement des **aides de l'Assurance Maladie pour les médecins installés ou exerçant en exercice coordonné en zones prioritaires** : à ce jour, 240 médecins de la région ont signé des contrats de ce type avec l'Assurance Maladie et l'ARS.

Le classement de communes en Zones de Revitalisation Rurales (Ministère de la cohésion des territoires) permet également aux professionnels de santé qui s'installent dans ces communes de bénéficier **d'exonérations fiscales** pendant plusieurs années.

Consultez le détail des aides sur
www.occitanie. paps.sante.fr

Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé Occitanie

Garantir l'accès aux soins en Occitanie le pari des territoires - Septembre 2019

UNE AIDE EN ZONE MONTAGNE

Depuis le 01/10/2019, l'ARS Occitanie propose une aide à l'installation pour les médecins qui s'installent en exercice coordonné dans l'une des 1 590 communes de la région classées en zone montagne (35 % des communes).
Cette nouvelle mesure régionale spécifique à l'Occitanie comprend une aide forfaitaire à l'installation de 40 000 € dont le versement est réparti sur les 3 premières années d'activité.

Nouveau en Occitanie

40 000 €

d'aide à l'installation
pour les médecins qui s'installent en exercice coordonné dans l'une des 1 590 communes classées **en zone montagne**

DE NOUVEAUX MODES D'EXERCICE

Depuis cette année, dans le cadre des priorités nationales #Ma Santé2022, des mesures financières incitatives sont disponibles en zones sous-denses et en quartier prioritaire de la politique de la ville, pour les médecins qui choisissent de réaliser un temps d'activité :

- Soit partagé entre un établissement de santé et la médecine de ville
- Soit salarié à temps plein

A ce jour, **53 offres de postes** sont publiées sur le site de l'ARS et relayées sur *RemplaFrance*, *LinkedIn* et *Twitter*.

Ces dernières semaines, **8 médecins ont déjà été recrutés** dans 5 départements de la région Occitanie.

8 | MÉDECINS DÉJÀ RECRUTÉS

Ariège
1 médecin salarié au Centre de santé de Lavelanet.

Gard
2 médecins salariés aux Centres de santé de Bessèges et de Salindres.

Hérault
2 médecins en exercice partagés entre le Centre hospitalier de Clermont-l'Hérault et le Pôle d'accès soins primaires.
1 médecin en exercice partagé entre le Centre Hospitalier de Lodève et son EHPAD.

Lot
1 médecin salarié au Centre de santé du Grand Figeac

Tarn
1 médecin en exercice partagé entre la Polyclinique Ste Barbe et le Centre de santé Filéris, à Carmaux.

53 | OFFRES D'EMPLOI EN OCCITANIE

DEVENEZ MÉDECIN VILLE/HÔPITAL OU MÉDECIN SALARIÉ

2 Encourager à l'exercice coordonné en équipes de professionnels de santé

1 Un exercice regroupé et coordonné dans les maisons et centres de santé

En Occitanie, on comptait

10

maisons de santé en 2010...

205

maisons de santé
sont labellisées en 2019

151

sont déjà ouvertes

54

autres projets labellisés
sont en préparation

Les projets de santé des structures d'exercice coordonné sont validés en Comité régional de sélection des maisons et centres de santé pluriprofessionnels. Co-présidé par l'ARS et la Préfecture de région, ce comité associe de nombreux partenaires : représentants des professionnels de santé et des usagers, Conseil régional, Facultés de médecine de Montpellier et Toulouse.

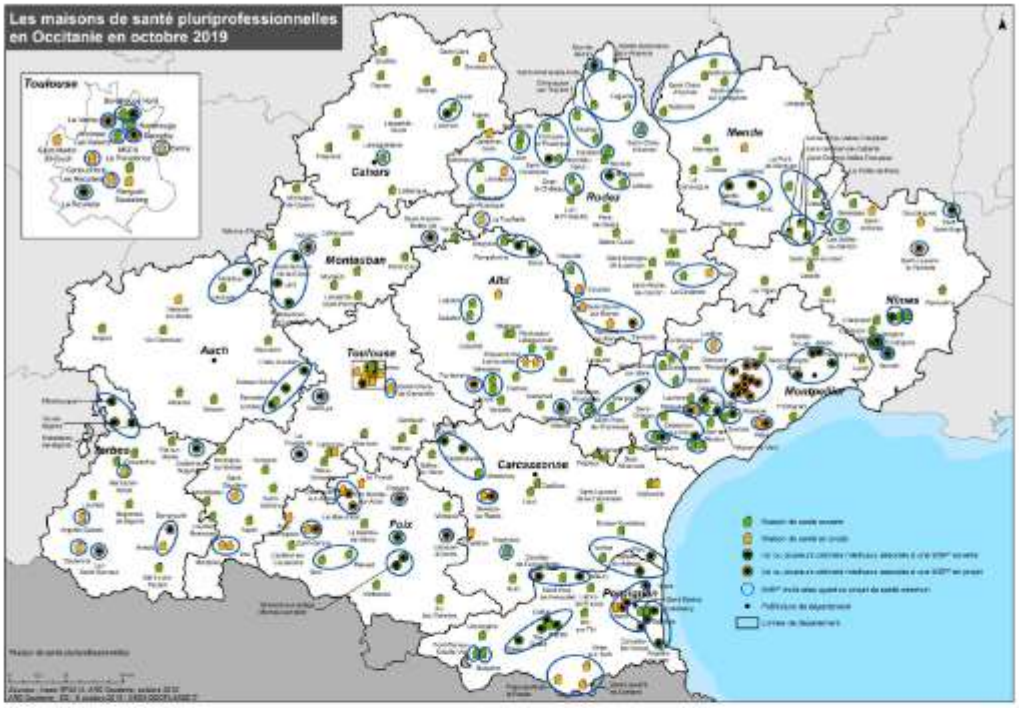
PLUS DE 200 MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES LABELLISÉES

L'avenir est à l'exercice coordonné en équipes de soins. Une maison de santé pluriprofessionnelle, c'est une équipe de professionnels de santé de proximité qui partagent un projet de santé commun et qui exercent leurs activités de façon coordonnée et pluriprofessionnelle, au bénéfice des patients d'une même zone géographique. Ces équipes associent des compétences médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) et para-médicales (infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...), des pharmaciens et des biologistes. Cette organisation favorise les prises en charge coordonnées, le développement de la prévention et de la télémédecine, ainsi que la prise en charge des soins non programmés.

Le travail en équipe et l'exercice pluri-professionnel permettent à chaque professionnel de santé de se sentir moins seul dans sa pratique, d'échanger avec ses pairs, de continuer à se former et à progresser professionnellement. Cela permet aussi de libérer du temps médical en dotant les professionnels de santé de moyens d'appui administratif et d'outils informatiques : dans ce mode d'exercice coordonné en équipes de soins, les tâches administratives sont mutualisées.

Pour le patient, ce travail en équipe favorise la coordination et la qualité des soins (accès à des consultations de spécialistes, situations complexes prises en charge lors de réunion de concertations pluridisciplinaires, accès à de l'éducation thérapeutique etc.)

En Occitanie, 104 Maisons de santé ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), qui renforce la rémunération collective du travail en équipe spécifique à ces structures.



23 NOUVEAUX PROJETS DE MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES LABELLISÉS LE 10 OCTOBRE 2019

« L'avenir est à l'exercice coordonné en équipes de professionnels de santé »

52 CENTRES DE SANTÉ

52 centres de santé médicaux ou polyvalents maillent le territoire. Ils sont majoritairement implantés en zone rurale.

10 ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES

Dans 6 départements de la région (Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Lot, Lozère, Tarn), des équipes de soins primaires regroupent entre 6 et 58 professionnels de santé sur des secteurs couvrant jusqu'à 20 communes. Des projets sont en cours dans d'autres départements de la région (Gard, Gers, Hautes-Pyrénées). Cette forme d'exercice conforte le travail en équipe et la dynamique de coordination a conduit plusieurs de ces équipes à évoluer vers une structuration en Maison de santé pluri-professionnelle.

2

La coordination des soins à distance grâce à la télémédecine : un exemple concret pour nos aînés en Occitanie

— Depuis 2018

Déploiement dans le Lot et le Tarn (plus de 7 000 résidents concernés, plus de 30 maisons et centres de santé et 10 établissements de santé publics et privés).

— 2019

Déploiement dans l'Aude, le Gers, les Pyrénées-Orientales et le Tarn-et-Garonne (178 EHPAD, 35 établissements de santé publics et privés, 42 maisons et centre de santé)

— 2020

Déploiement dans l'Ariège, l'Aveyron, le Gard et les Hautes-Pyrénées (233 EHPAD, 32 établissements de santé publics et privés, 16 maisons et centre de santé)

— 2021

Déploiement dans la Haute-Garonne, l'Hérault et la Lozère (242 EHPAD, 42 établissements de santé publics et privés, 62 maisons et centre de santé)pour aider à l'installation en zone sous-dense.

PÂSTEL
Personnes Âgées Services Télémédecine

En Occitanie, la télémédecine devient un acte de plus en plus courant en particulier pour les personnes âgées. La télémédecine, c'est un atout pour abolir les distance et faciliter l'accès aux soins dans chaque territoire. Pour nos ainés, c'est aussi un vrai service qui leur évite des déplacements inutiles, souvent source d'angoisse.

Le programme « Personnes Âgées Services TELémédecine » (PÂSTEL) se généralise en Occitanie. Il permet à des personnes âgées dépendantes ou souffrant de plusieurs pathologies d'accéder, sans se déplacer, à des avis médicaux spécialisés sur orientation du médecin traitant. Cette pratique médicale est ainsi accessible aux personnes âgées résidant dans des EHPAD, ou prises en charge dans des maisons de santé et des centres de santé.

Concrètement :
- **téléconsultation** : des consultations à distance entre la personne âgée et un professionnel médical, un gériatre par exemple, grâce à un système de vidéoconférence. La personne âgée peut être accompagnée de sa famille ou de son équipe soignante durant la téléconsultation.
- **téléexpertise** : deux équipes médicales (le médecin traitant avec un confrère par exemple) peuvent échanger sur la prise en charge d'une personne âgée. Celle-ci n'est pas présente durant cet échange mais son accord lui est toujours demandé. PÂSTEL permet notamment d'organiser à distance des consultations spécialisées en gériatrie, psychiatrie, cardiologie, etc… avec des professionnels médicaux de proximité et bien souvent déjà connus de la personne âgée.

La télémédecine s'inscrit dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant pour son patient âgé. **Les échanges entre les équipes à distance favorisent le partage de bonne pratique**. Cela permet même de rompre l'isolement de certains professionnels de santé grâce aux coopérations qui se créent ou qui se renforcent sur les départements.

Le déploiement du programme PÂSTEL en Occitanie s'effectue en simultané avec le programme DOMOPLAIES pour la prise en charge par télémédecine des plaies complexes et/ou chroniques (Réseau Cicat-Occitanie).

2 millions d'euros

L'ARS accompagne financièrement les EHPAD, les centres et maisons de santé et les centres référents publics et privés pour l'acquisition du matériel de télémédecine. Une dotation de plus de 2 M€ sera versée par l'ARS au fur et à mesure du déploiement dans 700 EHPAD non encore équipés en Occitanie.

3 De nouveaux leviers pour l'accès aux soins

1 Des communautés professionnelles territoriales de santé

— À ce jour, 37 CPTS sont en projet dans la région, 10 d'entre elles sont déjà concrétisés. Tous les départements de la région ont proposé au moins un projet de CPTS.

09 - Ariège : 1
11 - Aude : 3
12 - Aveyron : 3
30 - Gard : 4
31 - Haute-Garonne : 7
32 - Gers : 1
34 - Hérault : 4
46 - Lot : 1
48 - Lozère : 1
65 - Hautes-Pyrénées : 3
66 - Pyrénées-Orientales : 3
81 - Tarn : 4
82 - Tarn-et-Garonne : 2.

DES SOLUTIONS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LEUR TERRITOIRE

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) incitent les professionnels de santé d'un même territoire à s'organiser entre eux pour répondre aux besoins de santé de la population : par exemple, trouver des médecins traitants pour les patients qui en sont dépourvus, garantir l'accès à des consultations sans rendez-vous en journée, renforcer la coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile… mais aussi pour coopérer avec les hôpitaux et avec les EHPAD, ou favoriser l'attractivité médicale du territoire… dans une logique de responsabilité collective.

Ces communautés se développent à l'initiative des professionnels de santé, qui partagent un même projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile…

En Occitanie, cette dynamique mobilise fortement les professionnels de santé et leurs représentants : une convention de partenariat stratégique pour le développement des CPTS a été signée le 14 mars 2019 entre l'ARS, l'assurance maladie et les 10 URPS (sages-femmes, pharmaciens, pédicures-podologues, orthoptistes, orthophonistes, médecins, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, biologistes…)

2 D'autres mesures sur l'accès aux soins dans la loi Santé

MA SANTÉ 2022
UN ENGAGEMENT COLLECTIF

L'accès aux soins dans tous les territoires constitue une préoccupation prioritaire, qui irrigue de multiples dispositions de la loi Santé. Parmi elles :

LA SUPPRESSION DU NUMÉRUS CLAUSUS

La suppression du numérus clausus, qui déterminait l'accès à la 2eme année des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. L'accès à ces études se fera désormais à partir de voies diversifiées et la sélection, qui demeurera exigeante, deviendra plus progressive et non plus uniquement basée sur des connaissances techniques. Les modalités de régulation du nombre d'étudiants formés seront profondément réformées et prendront en compte à la fois les capacités de formation et les besoins du système de santé. En outre, grâce à cette réforme, les étudiants des différentes filières d'études en santé suivront davantage d'enseignements communs, ce qui les amènera à mieux se connaître et à travailler ensemble plus facilement dans le futur.

L'APPUI DE MEDECINS ADJOINTS

L'assouplissement des possibilités de recourir au statut de médecin adjoint, qui permet à un interne en médecine n'ayant pas encore soutenu sa thèse d'exercer comme assistant d'un autre médecin. Le médecin adjoint viendra alors en appui d'un médecin dans un territoire en tension pour prendre en charge davantage de patients, tout en découvrant l'exercice de la médecine de ville. Aujourd'hui réservée aux zones touristiques, cette possibilité sera étendue à l'ensemble des territoires qui connaissent des difficultés d'accès aux soins.

LES FUTURS HOPITAUX DE PROXIMITE

La définition des missions des futurs hôpitaux de proximité. Ces établissements, qui bénéficieront d'un financement repensé, permettront aux patients de bénéficier d'un diagnostic et d'une première réponse au plus proche de leur domicile. Ils travailleront en coopération étroite avec les professionnels de ville, qu'ils accueilleront à la fois dans leurs instances de gouvernance et dans leur organisation de travail grâce à un exercice mixte.

LES DELEGATIONS DE TACHES ENTRE PROFESSIONNELS

Le soutien aux délégations de tâche et aux coopérations entre professionnels de santé. La procédure d'élaboration et d'autorisation des protocoles de coopération est réformée afin d'améliorer la rapidité et la fluidité de leur mise en œuvre. En outre, la loi permet aux pharmaciens de renouveler des ordonnances et d'adapter les posologies de traitements chroniques. Dans certaines conditions, ceux-ci peuvent également délivrer des médicaments à prescription médicale obligatoire pour offrir une première réponse à certaines pathologies fréquentes et relativement bégnines, comme la cystite ou la rhinite allergique, dans les territoires où les patients peinent à accéder à des consultations médicales sans rendez-vous.

Tendance #10

Un contexte régional et national en profonde mutation : évolution de la morbidité, des techniques, de la demande, de la réponse médicale et de la démographie

Un contexte régional et national en profonde mutation : évolution de la morbidité, des techniques, de la demande, de la réponse médicale et de la démographie…

Évolution de la morbidité : forte augmentation des maladies chroniques (chronicisation d'états autrefois mortels).

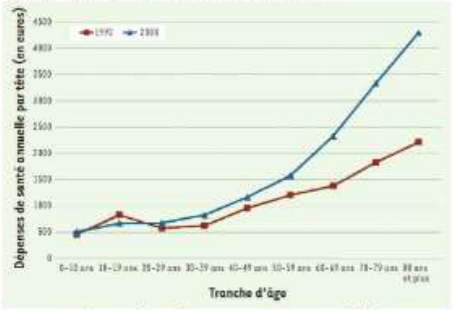
Évolution technique : la technologie est une source d'amélioration qualitative mais aussi de multiplication d'actes à faible valeur ajoutée[2] et de croissance des dépenses.

Évolution de la demande de soins[1] : des patients plus informés (Internet), plus demandeurs (génération du baby-boom « hyper-consommante ») [*cf.* graphique ci-contre].

Évolution de la réponse médicale : plus d'explorations avec la possibilité de détecter des anomalies minimes (scanner, IRM, échographie cardiaque, *etc.*) dont l'évolution naturelle serait parfois sans conséquence (surdiagnostic) : 70 % des nodules thyroïdiens et 30 à 40 % des anomalies détectées par PSA* (antigène prostatique spécifique) sont considérés comme du surdiagnostic[3,4] et 40 % des actes d'imagerie relèveraient un « *incidentalome* »[5].

Évolution démographique : un vieillissement de la population, avec ses implications sociales et socio-sanitaires, mais qui reste un élément secondaire dans la croissance des dépenses de santé : dans les années qui viennent, les changements démographiques devraient représenter 10 à 20 % de l'augmentation totale des dépenses selon les *scenarii*[1].

Dépense de santé moyenne par tranche d'âge en 1992 et 2008 (en euros constants, base 2000)



Source : Données « Enquête santé et protection sociale » appariée à l'échantillon permanent d'assurés sociaux (ESPS-EPAS, 1992 et 2008), Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé)

[1] *Marianne Tenand. Hausse des dépenses de santé. Quel rôle joue le vieillissement démographique ? médecine/sciences, EDP Sciences, 2016, 36 (2), pp.204-210.*
[2] *OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.*
[3] *Welch G, Black W, « Overdiagnosis in cancer » [archive] JNCI. 2010;102:605-13.*
[4] *Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. N Engl J Med. 2016 Aug 18;375(7):614-7. doi: 10.1056/NEJMp1604412.*
[5] *Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. Arch Intern Med. 2010 Sep 27;170(17):1525-32. doi: 10.1001/archinternmed.2010.317.*

149

…avec pour conséquence une augmentation d'actes à faible utilité ? voire même à impact négatif ? Une réponse proposée au Québec

▶ **Le surdiagnostic**
- Une question reconnue comme un problème majeur dans de nombreux pays ;
- Des défis impliquant une adaptation de la réponse médicale ;
- Des programmes centrés sur l'information et la communication.

▶ **Une réponse articulée autour de 5 axes**
- Sensibilisation et diffusion de l'information
- Prise de décision et démarche thérapeutique
- Enseignement et formation médicale continue
- Gestion des risques et mode de rémunération
- Prévention et programmes de dépistage

« LE MANQUE DE COMMUNICATION ENTRE MÉDECINS CONDUIT LES MÉDECINS DE FAMILLE À DEMANDER DES TESTS INUTILES, LES MÉDECINS SPÉCIALISTES À EN SUGGÉRER D'AUTRES TOUT AUSSI INUTILES ET TOUT LE MONDE À EN COMMANDER PAR HABITUDE. »

Le cercle vicieux de l'évolution technique

Source : Le surdiagnostic : constats et plan d'action. 1er symposium québécois sur le surdiagnostic. Association médicale du Québec, avril 2014.

Le surdiagnostic : constats et plan d'action. 1er symposium québécois sur le surdiagnostic. Association médicale du Québec, avril 2014.

150

CONCLUSION | *Santé*

Le PETR de l'Ariège se situe au sein du « Territoire de Démocratie Sanitaire de l'Ariège », périmètre départemental arrêté depuis la loi de Modernisation sanitaire de janvier 2016. Il est piloté par un conseil territorial de santé dont l'objet est de *« veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants, elle participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé et contribue à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Projet régional de santé »*. Ce conseil territorial est composé de 50 membres maximums, répartis en 5 collèges dont les professionnels et offreurs des services de santé, les usagers et associations d'usagers, les collectivités territoriales ou les regroupements, les représentants de l'Etat et les organismes de sécurité sociale, les personnalités qualifiées. Tout action que le PETR souhaitera mener en matière de santé devra donc se réaliser en concertation et le conseil territorial de santé de l'Ariège, en lien avec l'ARS. Toute action devra également tenir compte du contrat local de santé du Pays de Tarascon, seul contrat local de santé existant sur le périmètre du PETR de l'Ariège et instrument majeur de mise en œuvre du Projet Régional de Santé sur le territoire. Il porte sur l'ensemble des champs de l'ARS : la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

L'ARS a mené sur plusieurs intercommunalités du territoire, la CCPO et la CCPM *(à partir d'une analyse conjointe sur le Pays des Pyrénées Cathares)*, la CCPT et la CCPAP, des « profils de santé » qui rassemblent les principales données quantitatives disponibles pour chaque territoire et permettent de dégager certaines caractéristiques sociales et sanitaires, ainsi que celles de l'offre de soins et de services du territoire. Les données et indicateurs mobilisés sont présentés avec une comparaison de la situation observée sur l'ensemble du département ou de la région ou au niveau national. Au regard des délais impartis et faute de pouvoir bénéficier d'un profil de santé sur toutes les intercommunalités du PETR de l'Ariège, nous proposons ici une analyse croisée et synthétique des données éparses recueillies sur chaque territoire.

Concernant les déterminants territoriaux de santé, le PETR de l'Ariège connait une croissance continue de sa population qui devrait se poursuivre de manière accélérée jusqu'en 2050, malgré un déficit naturel croissant et continu sur cette même période. En d'autres termes, le territoire se trouve confronté à une double dynamique territoriale : un déficit naturel continu accompagné d'un vieillissement généralisé de sa population ; un excédent migratoire continu au Nord accompagné de l'accueil de nouvelles populations dont le profil exact reste encore à déterminer *(jeunes familles ? personnes âgées ? professionnels de la banlieue toulousaine ?...)* et un déficit migratoire au Sud.

Concernant les déterminants sociaux de santé, la situation est peu favorable et génère des inégalités sociales de santé fortes. La situation sociale de santé est mesurée selon l'ARS à travers 4 indicateurs qui sont des déterminants sociaux de santé. Le premier de ces indicateurs concerne le nombre de bénéficiaires de la CMUc qui traduit à la fois l'importance relative des situations de précarité financière mais aussi l'importance des personnes en difficulté d'accès à la santé plus souvent atteintes par des affections de longue durée (ALD), en particulier par le diabète. Sur le PETR de l'Ariège 7.8% de la population est couverte par la CMUc contre 6.8% en moyenne en France. Un pourcentage

élevé qui vient conforter la situation de grande fragilité sociale observée sur le territoire avec des territoires plus durement touchés comme la CC Pays d'Olmes (20.9%) et la CC Arize-Lèze (20.6%) ou des micro-territoires comme les deux quartiers prioritaires caractérisés par un taux de pauvreté, des inégalités sociales, une jeunesse NEET et des personnes en grande précarité et vulnérabilité, au-delà des moyennes recensées au niveau du PETR et sur lesquels des enjeux en matière de santé publique ont clairement été définis.

Le second indicateur concerne le niveau de formation. Le niveau de formation scolaire oriente vers une profession, un niveau de revenus et donc une catégorie sociale. Il contribue à la constitution de l'état de santé notamment par la formation des normes en santé et le développement d'une plus ou moins grande réception aux messages de prévention à tous les âges de la vie. A l'échelle du PETR de l'Ariège, 30.8% de la population de 15 ans et plus est non scolarisée et n'a aucun diplôme contre 28.4% en moyenne en France. Elle touche inégalement les territoires du PETR. Ainsi ce phénomène est beaucoup plus marqué sur la CC Pays d'Olmes, la CC Pays de Tarascon, la CC Portes Ariège Pyrénées et la CC Arize Lèze. A noter, une part inquiétante et croissante des jeunes en difficulté d'insertion : 20.8% des jeunes du territoire sont sans emploi et sans formation (NEET).

Le troisième indicateur concerne le nombre de familles monoparentales. Certaines de ces familles sont à « risque de fragilité ». Elles peuvent cumuler les vulnérabilités : jeunesse du parent, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage. Ces facteurs influent sur leurs problèmes de santé et sur leur accès à la santé. Sur le PETR de l'Ariège 15.9% des familles sont des familles monoparentales contre 11.1% en moyenne en France en 2017, une évolution en très forte croissance depuis 2002 et très contrastée selon les intercommunalités, leur plus grande concentration se trouvant sur la CA Pays de Foix-Varilhes, la CC Pays d'Olmes et la CC Portes Ariège Pyrénées.

Enfin, le quatrième indicateur concerne le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus qui vivent seules à domicile. Ces situations à « risque d'isolement » sont particulièrement fréquentes en milieu urbain. Certaines personnes âgées cumulent les risques d'isolement social, d'isolement lié aux déplacements, de faible niveau de revenus, et de fragilité de santé. Sur le PETR de l'Ariège, 38.4% des personnes de 75 ans et plus vivent seules contre 42.5% en moyenne en France. La part des personnes de 75 ans et plus déclarant une aide de leur entourage proche dans la vie quotidienne (48%) place l'Ariège au premier rang des départements d'Occitanie. Cette répartition est très inégale selon les intercommunalités. Elle est un phénomène majeur sur la CC Haute-Ariège qui présente le plus fort taux de personnes de 75 ans et plus vivant seules (44.9% en 2017) et qui dans le même temps ne dispose d'aucun établissement pour personnes âgées autonomes.

En définitive, sur le périmètre du PETR de l'Ariège tous les indicateurs des déterminants sociaux de santé sont au rouge révélant des inégalités sociales de santé particulièrement fortes. A l'échelle nationale, ces inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie, à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Ces inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes, et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années.

« Particulièrement marquées en France, les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître. Elles concernent l'ensemble de la population selon un gradient continu et n'ont pas la même ampleur selon la situation géographique. Au-delà de leur caractère injuste, elles présentent un poids pour l'économie »

Sandrine Danet, Médecin de santé publique, épidémiologiste, chargée de mission, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Cependant, même si « *l'épidémiologie clinique a permis de faire des progrès dans l'identification de facteurs de risque (par exemple, l'alcool, le tabac, etc.) responsables de pathologies clairement identifiées comme les premières causes des décès en France (cancer, pathologies cardio-vasculaires, etc),* ***les comportements individuels ne sont pas le facteur qui prédomine pour expliquer les inégalités constatées****. Ces facteurs individuels de risque ne peuvent pas à eux seuls expliquer les différences sociales de santé. Le recours à cette seule explication a été remis en cause par différents travaux de recherche, qui ont montré qu'au mieux* ***le mode de vie expliquerait un tiers des écarts constatés****. Il ressort de ces études, corroborées par des travaux similaires sur la population française, qu'il faut chercher ailleurs des explications. (…) Notamment, « la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique » ou, autrement dit, « comment le social passe sous la peau » reste encore largement inexpliquée (…) [En définitive], la réduction des inégalités sociales de santé nécessite la mise en œuvre de politiques publiques intersectorielles.* » (Inégalités sociales de santé, des déterminants multiples |Marie-José Moquet, Médecin, chef du département Qualité des pratiques et formation, Ddeset, INPES, 2008, juillet 2019).

L'alimentation et l'activité physique sont par exemple des déterminants majeurs de la santé, considérés comme des facteurs participant aux inégalités sociales de santé. Mais on pourrait ajouter : l'éducation, le travail, et le logement.

Concernant les déterminants environnementaux de santé, la situation est contrastée. Si le PETR bénéficie d'un environnement naturel plutôt favorable, il se caractérise par des conditions d'habitat défavorables liées à un parc de logement ancien et énergivore. Or, l'habitat est un des principaux déterminants environnementaux. La qualité des logements ressort comme un enjeu important pour préserver la « qualité de l'environnement et le cadre de vie » et pour mieux vivre ensemble. C'est aussi un enjeu en termes de santé à la fois physique et mentale. Le logement est aussi un facteur de prévention de certains risques ou pathologies.

Malgré la situation dégradée de l'habitat sur le PETR, le CNRS classe l'essentiel des territoires du PETR de l'Ariège au sein de la catégorie suivante : « territoires ruraux peu défavorisés sur le plan environnemental, avec une qualité de l'habitat légèrement dégradée ». A noter cependant, que les communes situées le long de l'axe RN20 et dans certains pôles de services comme Lavelanet ou Tarascon, la classification est différente. Ces territoires appartiennent à la catégorie : « milieux péri-urbains et axes routiers avec une qualité de l'air légèrement dégradée et un habitat récent ». Deux communes, isolées l'une de l'autre, appartiennent à la catégorie : « qualité de l'eau détériorée par les

pesticides et les nitrates ». Enfin, sept communes, isolées les unes des autres, appartiennent à la catégorie : « zones urbaines caractérisées par une mauvaise qualité de l'air et des sites et sols potentiellement pollués ».

A noter que l'Ariège fait partie des départements d'Occitanie dont la pollution au sol est la plus importante avec 27 sites et sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics à titre préventif ou curatif, en 2016. Il s'agit de sites industriels ou anciennement industriels, situés sur trois secteurs : Tarascon sur Ariège, Lavelanet et Pamiers.

Concernant l'état de santé et les problèmes de santé, on observe une situation sanitaire plutôt défavorable avec un taux de mortalité prématurée proche de la moyenne nationale, qui touche plus fortement les hommes et les enfants (? à confirmer, donnée inexpliquée). Les principales causes de décès sont les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires. Parmi les tumeurs la mortalité est surtout due aux tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon liées au tabagisme. Les décès par cancer représentent à eux seuls deux décès évitables sur cinq. Parmi les causes des morts par cardiopathies on retrouve : le diabète, l'alcool, l'obésité, l'hypertension, le tabagisme, la sédentarité, le stress.

La situation dans le quartier prioritaire de la ville de Pamiers est encore plus marquée. « Les niveaux de mortalité générale et de mortalité prématurée, qui traduisent les besoins de soins mais aussi de prévention, sont bien supérieurs à ceux que l'on observe en moyenne régionale et même nationale. Ils se situent parmi les valeurs plus élevées des taux calculés pour les communes de plus de 5 000 habitants de la région ». A l'image de ce micro-territoire d'autres poches territoriales pourraient souffrir de données aussi marquées. Il serait intéressant de pouvoir réaliser des diagnostics très localisés, la situation paraissant effectivement hétérogène selon les territoires et leurs caractéristiques socio-économiques.

La situation du diabète est proche de la situation observée au niveau national avec en moyenne 5% de la population touchée. Le diabète est une maladie particulièrement sensible aux différences socio-économiques selon l'ARS, elle touche prioritairement les personnes défavorisées d'un point de vue socio-culturel, « plus on est pauvre, plus on est touché par le diabète ». Elle est surtout une maladie évitable liée à la nutrition, à la sédentarité et au tabagisme. Elle repose donc sur l'éducation thérapeutique, la participation active du malade et le rôle de l'entourage. Or, selon l'ARS, elle est souvent sous-diagnostiquée et souffre d'une prise en charge thérapeutique inadéquate.

La santé mentale couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive se rapprochant de la notion de bien être mental et social de l'OMS, aux maladies psychiatriques. Ce champ est donc très vaste et très peu de données statistiques sont disponibles, le rendant difficile à explorer. Cependant, on peut relever que les admissions pour affection psychiatrique sont significativement plus élevées qu'en France métropolitaine, à structure d'âge identique, et que la délivrance de psychotropes est également légèrement plus élevée que les moyennes départementale, régionale et nationale. Sur les intercommunalités étudiées mais plus globalement en Ariège, les décès par suicide sont également une cause de surmortalité significative comparée à la mortalité nationale à structure d'âge identique.

La maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD) sont fortement liées aux facteurs de risque vasculaire (hypertension artérielle, diabète, obésité, sédentarité, hypercholestérolémie, alimentation

déséquilibrée (junk food)). Elle reste rare avant 65 ans. Mais concerne 15% des personnes âgées de 80 ans soit plus d'un million aujourd'hui en France de personnes atteintes de MAAD contre 1.75 millions attendues en 2030.

Enfin, on observe sur le territoire une surmortalité par pathologies pour lesquelles les consommations d'alcool ou de tabac sont des facteurs de risque.

Concernant la santé des enfants et des jeunes, les tendances sont proches des tendances régionales et nationales à l'exception de la sur-représentation des troubles de l'alimentation (surcharge pondérale) et de leurs conséquences sur la santé bucco-dentaire, deux gradients sociaux très dépendants du groupe socio-professionnel des parents.

De la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de l'adolescence, se construit, pour une large part, la santé des individus. Parmi les enjeux majeurs de santé pour cette classe d'âge, on retiendra notamment: la santé buccodentaire; les problèmes de surpoids et d'obésité; les troubles mentaux et du comportement; les conséquences des accidents. Plusieurs indicateurs de l'état de santé des enfants font l'objet d'un suivi à l'échelle nationale et, dans certains cas, régionale concernant la prévalence de maladies ou de facteurs de risque connus liés au mode de vie, souvent marqueurs des inégalités sociales de santé dès l'enfance. Ces indicateurs ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires. En Occitanie, le recueil et l'analyse de certains indicateurs à 5-6 ans et en 6e, ont été mis en place à partir des bilans infirmiers réalisés dans l'académie de Toulouse (dispositif Infiscol). Une enquête réalisée dans les collèges de cette académie (HBSC) permet par ailleurs de dégager les spécificités régionales sur les comportements et habitudes de vie des adolescents.

Nous nous sommes donc appuyés sur les résultats de l'analyse des bilans infirmiers réalisés en 2016-2017 sur la CC Pays de Tarascon et la CC Portes Ariège Pyrénées. De cette analyse, nous retiendrons les points saillants suivants. Concernant la mobilité, la majorité des élèves (75%) se déplace en voiture ou en transports collectifs pour se rentrent à l'école, un pourcentage qui augmente avec l'âge et l'entrée au collège. Près de la moitié des enfants dispose d'un téléviseur dans leur chambre, et plus de 7 enfants sur 10 disposent d'un téléphone portable. En parallèle, une part non négligeable (25%) d'enfants présente ou déclare des troubles du sommeil. Près de 70% des élèves de collège pratiquent une activité sportive extra-scolaire. Dans le même temps, le pourcentage d'élèves de 6ème en surcharge pondérale est supérieur à la moyenne observée dans l'académie de Toulouse. La prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité est très dépendante du groupe socio-professionnel des parents.

En parallèle, les problèmes dentaires des enfants et des jeunes sont plus fréquents et en augmentation. Ici encore, les dents cariées constituent un gradient social selon le groupe socio-professionnel des parents.

Concernant les comportements à risque chez les jeunes d'Occitanie, selon l'ARS, les indicateurs sur la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires. Les niveaux de consommation et les principales tendances évolutives ne sont pas encore disponibles au niveau des régions actuelles. Présentés à l'échelle des anciennes régions, ils permettent de dégager les principaux faits marquants caractérisant ce type de comportements. Ainsi, la Région Occitanie présente des indicateurs concernant le tabac, l'alcool et le cannabis plus défavorables que la moyenne française. Les jeunes d'Occitanie, à 17 ans, consomment plus, expérimentent plus, et ont un usage régulier plus important des substances psychoactives et addictives.

Concernant les comportements de santé, comme indiqué préalablement, les inégalités sociales de santé sont très présentes dans les habitudes de vie et conduisent souvent au renoncement aux soins.

Les indicateurs sur les habitudes de vie et les facteurs de risque dans la population générale ne sont pas disponibles à une échelle localisée mais sont disponibles à l'échelle régionale. Ces indicateurs mesurent l'importance de certains comportements de santé à risques, notamment la fréquence de l'usage quotidien de tabac, supérieure en Occitanie à celle observée dans le reste de la France. Leur analyse met bien en évidence les enjeux autour des Inégalités Sociales de Santé (ISS), très présentes dans la région et dans plusieurs dimensions. Les différences observées selon les groupes sociaux ou selon les revenus ou le niveau de diplôme (toutes choses égales par ailleurs) concernent en effet : la surcharge pondérale, l'usage quotidien d'alcool, le tabagisme quotidien, le renoncement aux soins.

Concernant l'accès à la prévention aux soins, les conditions d'accès sont de plus en plus difficiles du fait des départs à la retraite non remplacés dans leur intégralité. En conséquence, on observe un recours à la prévention perfectible notamment concernant le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. En revanche, le suivi bucco-dentaire des jeunes et le suivi du diabète se font dans des taux de suivi proches des moyennes régionale et nationale.

La forte baisse de densité des médecins concerne prioritairement les généralistes et les chirurgiens-dentistes. En 2019, on assiste ainsi à une plus forte densité d'infirmiers libéraux que de médecins-généralistes. Les territoires présentant les plus faibles densités de professionnels de santé selon la catégorie de santé sont la CCPO (chirurgiens-dentistes) et la CCPM (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes), et dans une moindre mesure la CCPT (médecins généralistes), la CCPAP (médecins généralistes), la CCHA (infirmiers) et la CAPFV (infirmiers). Seule l'Arize-Lèze fait figure d'exception et présente un taux de densité des médecins libéraux supérieur au reste des intercommunalités du PETR. Concernant les autres professionnels de santé plus spécialisés il est important de noter qu'ils ne sont présents que sur les deux intercommunalités les plus densément peuplées : la CCPAP et la CAPFV. A l'exception de la CCPM qui accueille le plus fort taux de densité de sages-femmes et de pneumologues du territoire, de la CAPFV qui accueille à elle seule les deux seuls dermatologues du territoire, de la CCHA qui accueille un ORL et la CCPAP qui est la seule à accueillir un gastro-entérologue.

En Ariège, 5.1% de la population se trouve à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, d'un SMUR ou d'un MCS.

Pour autant, l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes qui recueille le nombre de consultations par an et par habitant est supérieure à la moyenne nationale. Mais il existe des disparités territoriales entre le Nord du territoire qui se situe au-delà de la moyenne nationale et l'Est et le Sud du territoire qui se situent en deçà de la moyenne nationale. En 2016, dans son Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services aux Publics de l'Ariège, le cabinet d'études « Rouge Vif » démontrait que l'offre de santé de proximité était relativement satisfaisante grâce notamment au déploiement de maisons de santé sur le territoire. Il recommandait de poursuivre le déploiement des structures type maison de santé en intégrant les facteurs de réussite de ce type de projets. Aujourd'hui, on dénombre sur le PETR de l'Ariège 12 maisons de santé équitablement réparties.

L'APL aux médecins spécialistes est cependant inférieure à la moyenne nationale et constitue une réelle problématique. Cette faible densité de spécialistes se traduit par des délais d'attente pour

obtenir un rendez-vous. Le cabinet d'études « Rouge Vif » rappelle qu'il existe un enjeu global de diffusion de la médecine sur les territoires ariégeois notamment à travers : la mise en œuvre des conditions de consultation via des outils numériques, le renouvellement des professionnels de santé dont la part en approche de l'âge de la retraite était localement très importante y compris sur des secteurs sous-dotés (Ax-les-Thermes, Mirepoix et les vallées de l'Arize et de la Lèze), le renforcement de l'offre hospitalière sur les sites existants.

Concernant l'évolution démographique médicale, environ un quart des médecins généralistes et des médecins spécialistes ne sont pas remplacés.

La part de médecins retraités en 2019 est plus élevé que la part des médecins généralistes libéraux en activité. 32% de ces médecins retraités poursuivent cependant leur activité professionnelle, en tant que médecin libéral ou salarié. Les médecins spécialistes sont également concernés par la problématique du vieillissement de leurs effectifs notamment des spécialistes exerçant dans le milieu hospitalier. Globalement, le milieu hospitalier accueille le plus fort de ses effectifs de médecins, généralistes et spécialistes confondus, à partir de 50 ans.

Concernant les personnes en situation de handicap et de dépendance, le PETR de l'Ariège accueille un nombre de bénéficiaires handicapés croissant depuis 2008, supérieur à la moyenne nationale et présente un taux d'équipement satisfaisant. Mais les situations sont très différentes d'un territoire à l'autre.
Le public en situation de handicap et de dépendance nécessite des besoins d'accompagnement et de prise en charge particuliers. En effet, dans un certain nombre de cas, leur situation de handicap résulte d'une pathologie pouvant nécessiter un accompagnement de santé spécifique. Au-delà des soins spécifiques qui peuvent être nécessaires, ces pathologies peuvent les rendre plus vulnérables au développement d'autres pathologies et nécessitent alors des actions de prévention adaptées.

Concernant le plan régional de santé 2019-2022, l'ARS Occitanie a mis en place une stratégie très forte en faveur de l'installation de médecins dans les territoires les plus fragiles grâce notamment à des systèmes de bourses, de stages, d'aides à l'installation dont des aides spécifiques pour l'installation en zones de montagne. Elle a su développer de nouveaux modes d'exercice grâce à des modalités de recrutement plus attractives alliant activité libérale/activité salariée en structure hospitalière. Elle a encouragé l'exercice coordonné des professionnels de santé à travers les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et leur mise en réseau. Elle encourage la télémédecine et les communautés territoriales de santé. Elle est le relais de la Loi Santé notamment dans l'installation de futurs hôpitaux de proximité.

Au regard de ces différentes évolutions, l'ARS conclut : le contexte local, régional et national est en profonde mutation à travers l'évolution de la morbidité, des techniques, de la demande, de la réponse médicale et de la démographie….

« [Concernant la morbidité, on assiste à une forte augmentation des maladies chroniques (chronicisation d'états autrefois mortels). D'un point de vue technique, on assiste à une amélioration qualitative mais aussi à une multiplication d'actes à faible valeur ajoutée et en conséquence à la croissance des dépenses de santé. Une croissance également due à une demande des soins continue du fait de patients plus informés (internet) et plus demandeurs (génération du baby boom « hyper-consommante en dépenses de santé »). La réponse médicale évolue également. Grâce aux

nombreuses explorations (scanner, IRM, échographies…) elle peut détecter des maladies minimes dont l'évolution naturelle serait parfois sans conséquences (sur-diagnostic). Enfin, d'un point de vue démographique on assiste à un vieillissement généralisé de la population avec ses conséquences sociales et sanitaires mais qui devrait avoir un faible impact sur les dépenses de santé] ».

…. avec pour conséquences une augmentation d'actes à faible utilité ? Voire avec des impacts négatifs ?

La question du sur-diagnostic est reconnue comme un problème majeur dans de nombreux pays. Les défis impliquent une adaptation de la réponse médicale et des programmes centrés sur l'information et la communication. Le Québec a proposé une réponse articulée autour de 5 axes :

1. Sensibilisation et diffusion de l'information
2. Prise de décision et démarche thérapeutique
3. Enseignement et formation médicale continue
4. Gestion des risques et mode de rémunération
5. Prévention et programmes de dépistage

En conclusion, on retiendra qu'à quelques exceptions près la situation du territoire ne se distingue pas de la situation observée à l'échelle nationale, même si elle est beaucoup plus contrastée sur certains micro-territoires présentant une situation socio-économique très défavorable. Ce constat n'en est pas moins alarmant la France faisant partie des pays européens où les inégalités sociales de santé sont les plus marquées et où les dépenses de santé sont les plus fortes. Un système de santé fragile dont les problèmes structurels ont été mis à jour par la crise récente du Covid-19. D'ailleurs, la situation présentée ici ne tient pas compte des évolutions récentes liées à la crise du Covid-19, faute de données tangibles à l'heure actuelle. Cependant, selon les premières tendances observées, on peut supposer que tous les indicateurs indiqués sont amenés à s'accélérer dans les prochaines années. L'enjeu d'une politique intersectorielle en faveur de la santé publique semble l'approche la plus efficace tant les troubles observés sont davantage liés à des problématiques de comportements du fait de situations sociales, économiques, culturelles défavorables davantage qu'à des problématiques lésionnelles. D'où des sur-diagnostics très coûteux, alors que les problématiques relevant davantage des questions de santé mentale, elles-mêmes reliées aux conditions de vie.

ANALYSE | *swot*

Forces

Un maillage territorial des maisons de santé pluriprofessionnelles, équilibré et complémentaire

Un territoire organisé professionnellement avec un conseil territorial de santé et une communauté professionnelle territoriale

Un contrat local de santé sur la CCPT

Un accompagnement de qualité via l'antenne départementale de l'ARS qui mène une politique efficace en faveur notamment de la lutte contre les déserts médicaux

S

W

Faiblesses

Des déterminants territoriaux de santé contrastés avec une accélération des mutations démographiques : un déficit naturel croissant et un excédent migratoire encore plus fort

Un nombre croissant de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules avec un pourcentage très élevé des personnes dépendantes de l'aide de leurs proches

L'habitat un facteur environnemental de santé défavorable

O

T

Opportunités

Le cadre de vie naturel un déterminnant environnemantal de santé favorable

Un état de santé et des problèmes de santé dans des proportions identiques à celles observées au niveau national.

Menaces

de personnes couverte par la CMUc supérieur à la moyenne nationale

Des inégalités sociales de santé plus fortes que la moyenne nationale dans un pays particulièrement marqué par les inégalistés sociales de santé

Parmi les départements d'Occitanie présentant le plus de sites industriels ou anciennement industriels avec une pollution au sol nécessitant l'action des pouvoirs publics

La santé mentale est plus fragile qu'au niveau national

DIAGNOSTIC COMPARE | *tendances par EPCI*

Santé

Territoires de démocratie sanitaire	EPCI Pays d'Olmes	EPCI Pays de Mirepoix	EPCI Pays de Tarascon	EPCI Portes Ariège Pyrénées	EPCI Pays Foix-Varilhes	EPCI Haute-Ariège	EPCI Arize-Lèze
Territoire de démocratie sanitaire - ARS							
Conseil territorial de santé							
Contrat local de santé							
Profil de santé							

Profils de santé		EPCI Pays d'Olmes	EPCI Pays de Mirepoix	EPCI Pays de Tarascon	EPCI Portes Ariège Pyrénées	EPCI Pays Foix-Varilhes	EPCI Haute-Ariège	EPCI Arize-Lèze
Tendance #1	Des politiques de santé qui doivent s'adapter à l'évolution démographique contrastée du territoire : entre déficit naturel et excédent migratoire							
Tendance #2	Des déterminants sociaux de santé peu favorables et générant des risques pour la santé							
Tendance #3	Des déterminants environnementaux de santé contrastés : un environnement naturel (eau, air, sol) plutôt favorable mais des conditions d'habitat défavorables au vu d'un parc de logement ancien et énergivore							
Tendance #4	Etat de santé et problèmes de santé : un taux de mortalité prématurée proche de la moyenne nationale mais qui touche plus fortement les hommes et les enfants ; les principales causes de décès sont les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires							
Tendance #5	La santé des enfants et des jeunes : des tendances proches des tendances régionales et nationales à l'exception de la sur-représentation des troubles de l'alimentation (surcharge pondérale) et de leurs conséquences sur la santé bucco-dentaire							
Tendance #6	Les comportements de santé : des inégalités sociales de santé très présentes qui conduisent à de mauvaises habitudes quotidiennes et au renoncement aux soins							
Tendance #7	Accès à la prévention et aux soins : des conditions d'accès de plus en plus difficiles liées au difficile renouvellement des départs à la retraite							
Tendance #8	Personnes en situation de handicap et de dépendance : une part croissante du nombre de bénéficiaires supérieure aux moyennes régionale et nationale							
Tendance #9	L'évolution de la démographie médicale : 25% des médecins généralistes et 20% des médecins spécialistes n'ont pas été pas remplacés entre 2012 et 2016							
Tendance #10	Un contexte régional et national en profonde mutation : évolution de la morbidité, des techniques, de la demande, de la réponse médicale et de la démographie							

Ce que nous avions proposé d'aborder dans cet atelier

Atelier "Santé" | Responsable: Elisa et Anne-Paule

Thème: la santé au sens large (bien-être, médico-social, enfance, prévention/addiction, personnes âgées...)

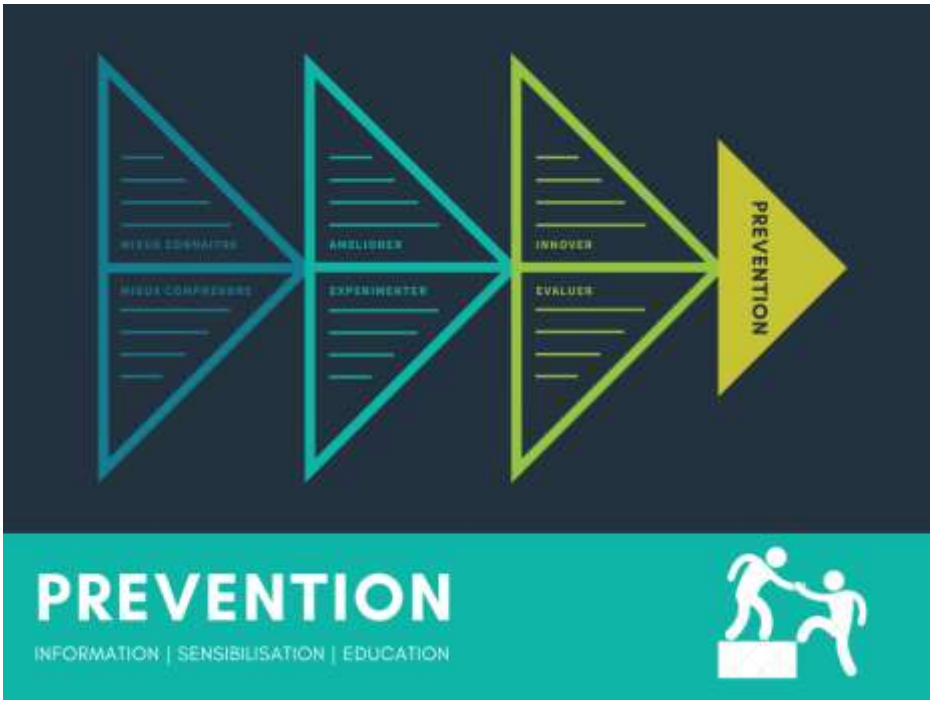
Enjeux abordés dans cet atelier :

- Attractivité et accueil de nouveaux médecins
- Coordination générale des médecines (centre local de santé à l'échelle du PETR)
- Prévention/addiction

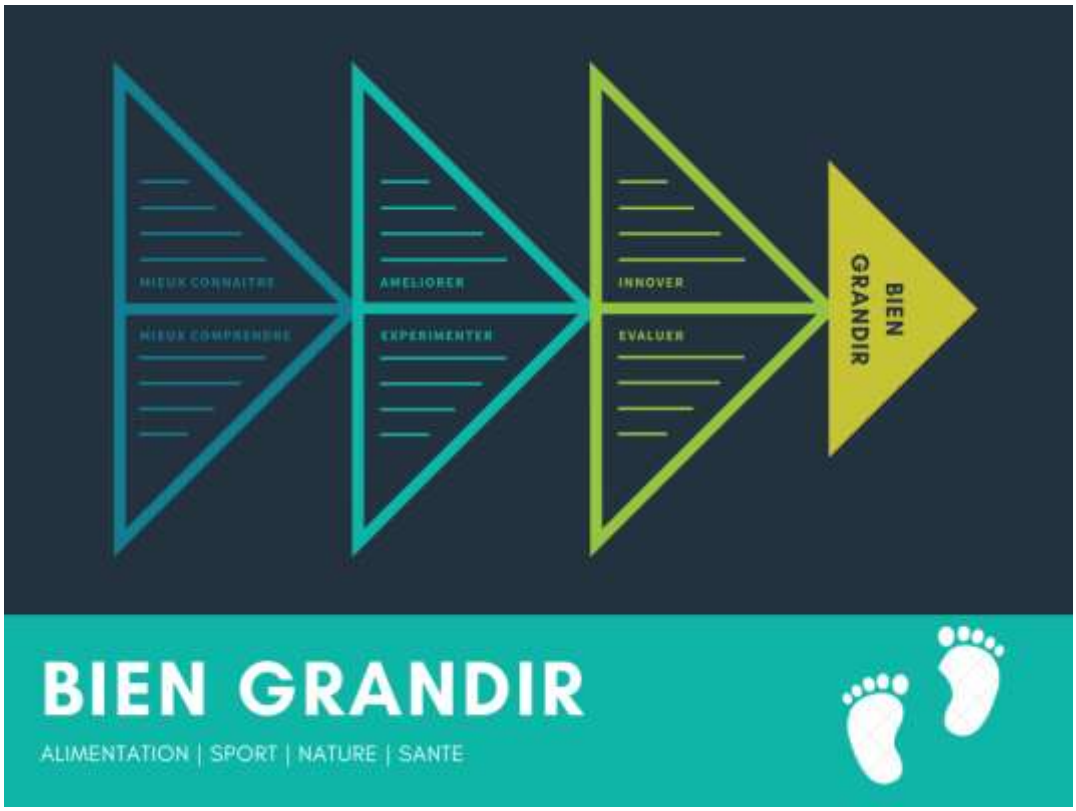
Question de l'attractivité de nouveau médecin. Les raisons qui sont souvent mis en avant est la question de l'emploi du conjoint. Il semblerait que cette raison soit un peu surfaite. Il a été pointé une demande d'étude sur le territoire sur la question de l'attractivité.

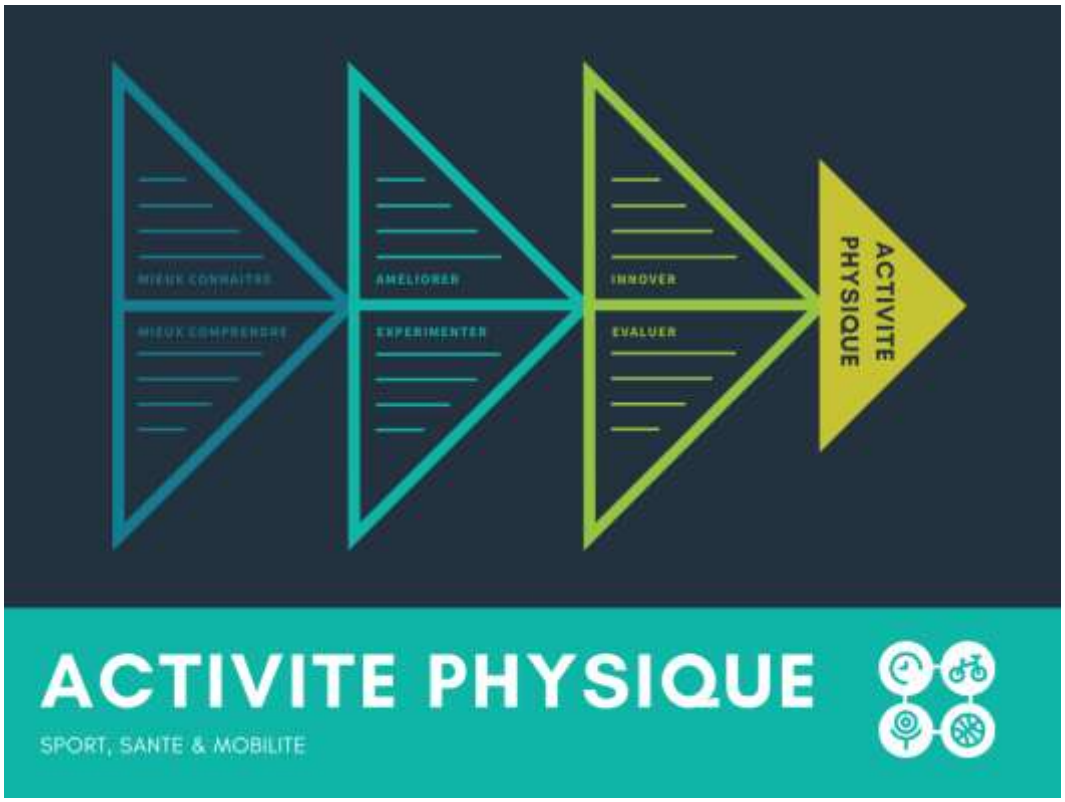
Aujourd'hui il existe une **cellule CD09-ARS-CPAM** qui travaille sur l'attractivité du territoire.

ENJEUX | *à co-définir, décliner et prioriser*



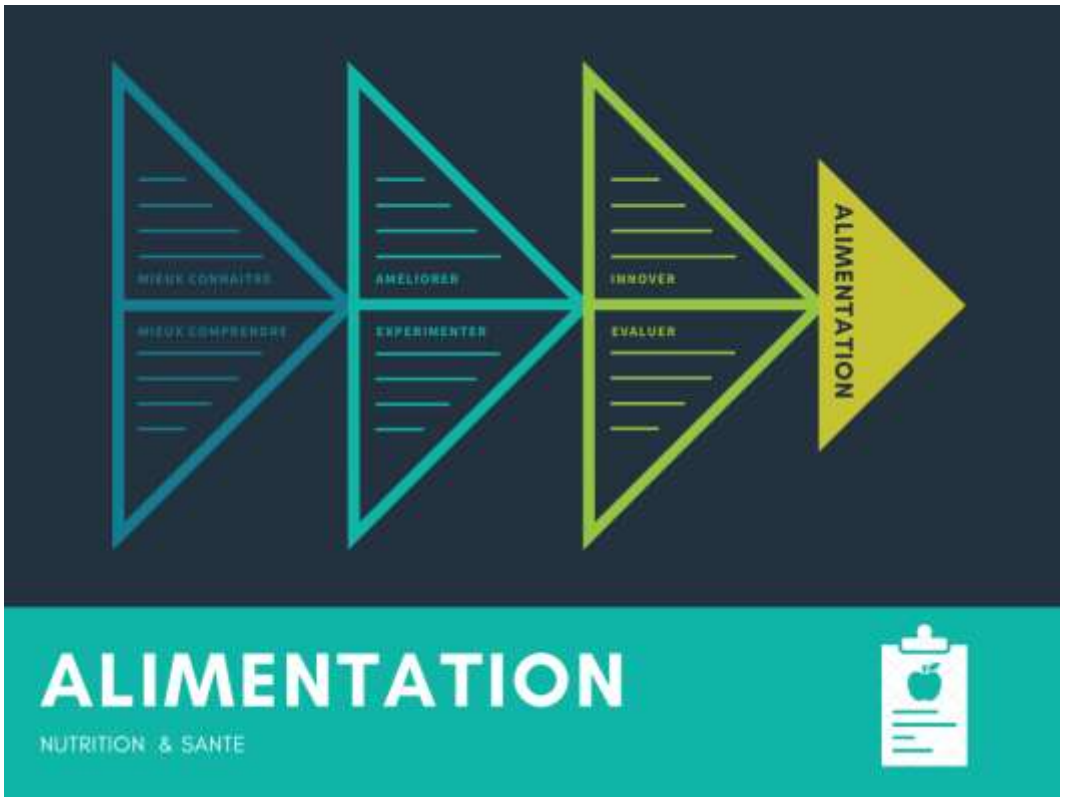
MIEUX CONNAITRE
MIEUX COMPRENDRE
AMELIORER
EXPERIMENTER
INNOVER
EVALUER
VIEILLIR
BIEN VIEILLIR
AUTONOMIE, SANTE & LIEN SOCIAL
Cycle d'élaboration, de mise en oeuvre et d'évaluation d'une politique publique territoriale d'accueil de nouvelles populations


MIEUX CONNAITRE
MIEUX COMPRENDRE
AMELIORER
EXPERIMENTER
INNOVER
EVALUER
BIEN GRANDIR
BIEN GRANDIR
ALIMENTATION | SPORT | NATURE | SANTE



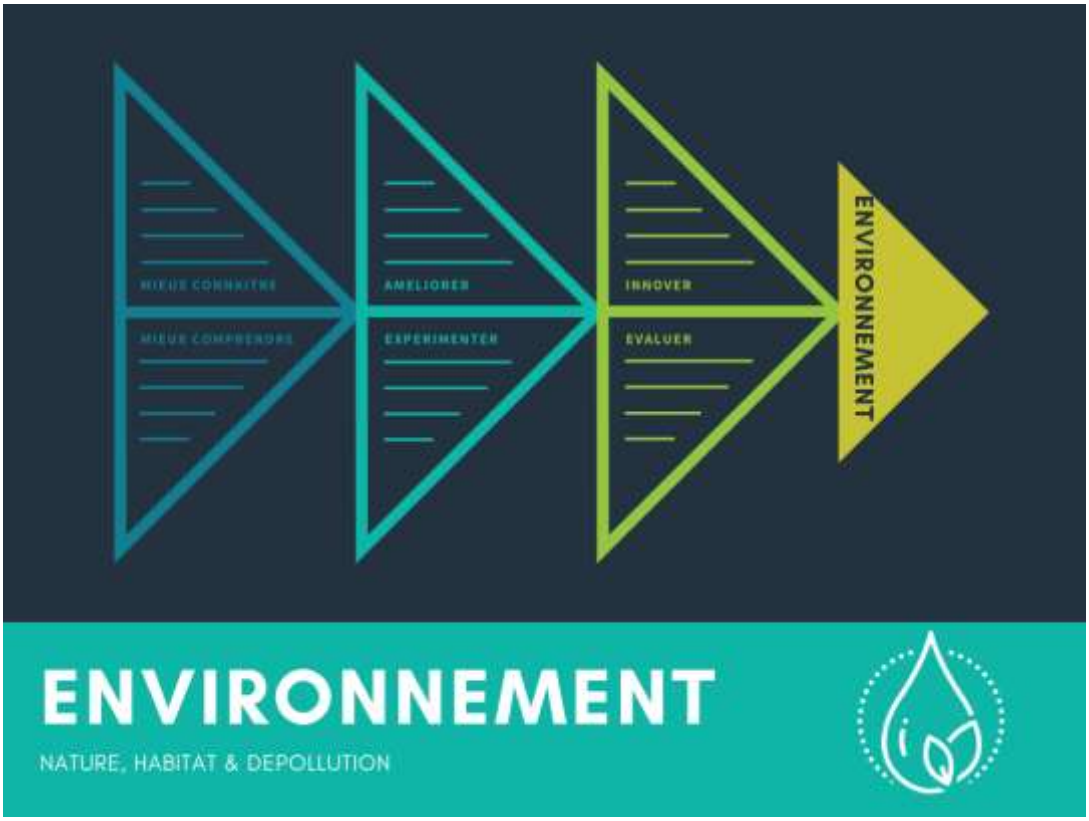
ACTIVITE PHYSIQUE

SPORT, SANTE & MOBILITE



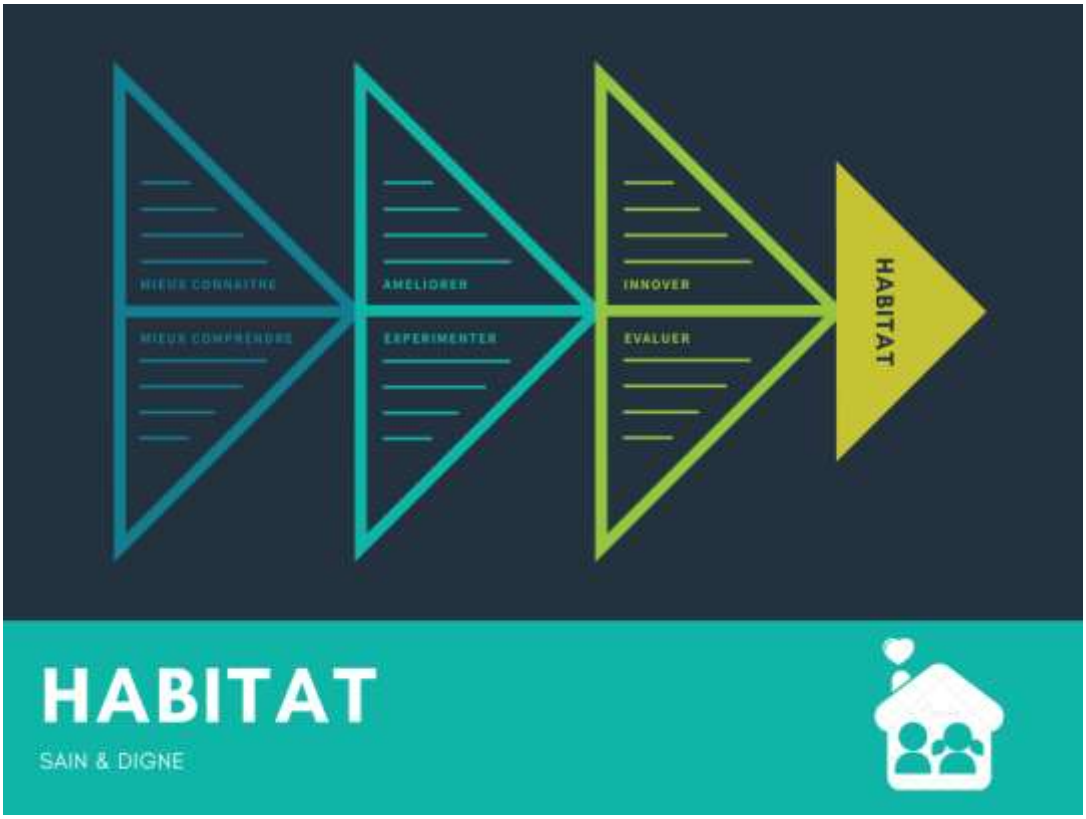
ALIMENTATION

NUTRITION & SANTE



ENVIRONNEMENT

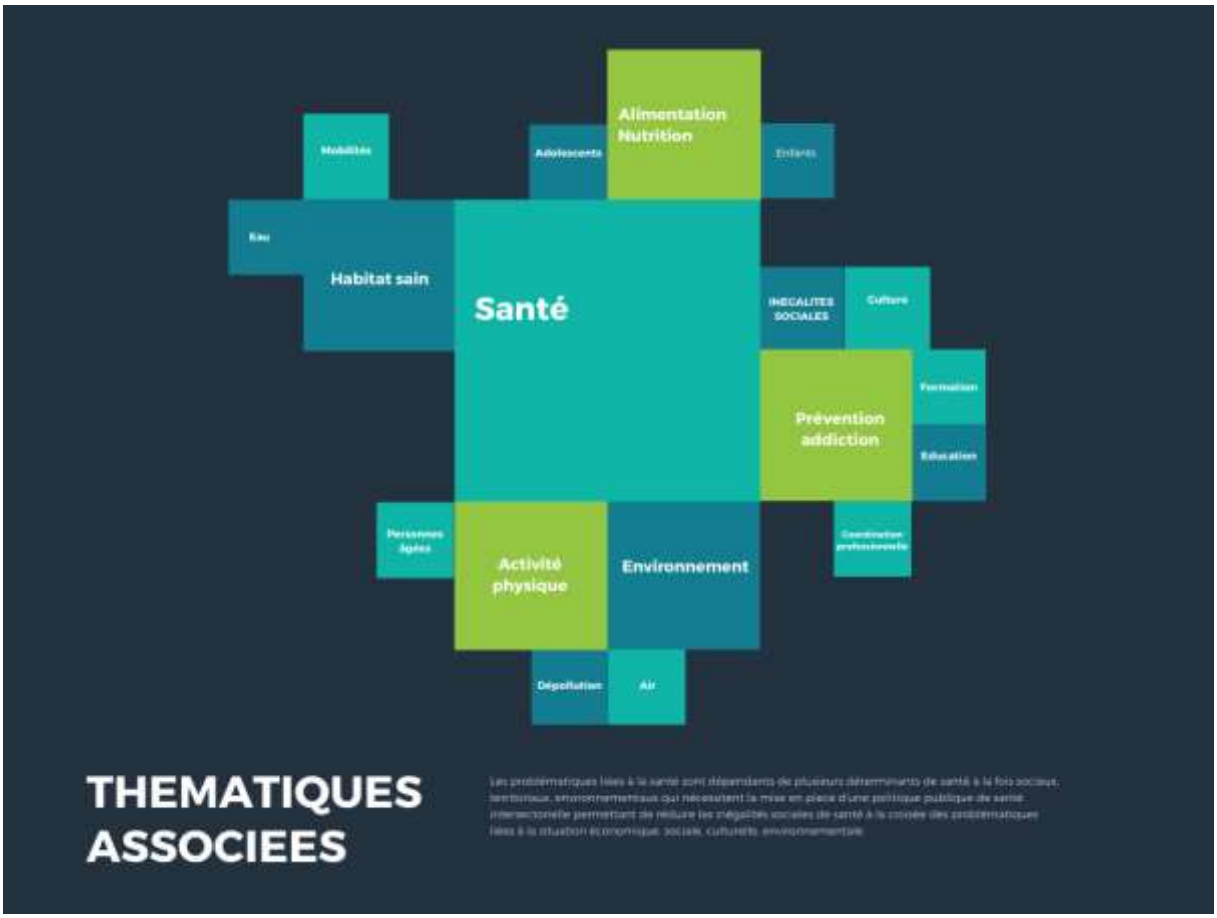
NATURE, HABITAT & DEPOLLUTION



HABITAT

SAIN & DIGNE

THEMATIQUES | *associées*



POUR ALLER PLUS LOIN | *Documentation*

Rezone

http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/

(sélectionner le territoire souhaité et générer le rapport)

Concernant la santé mentale

Diagnostic du Plan Territorial de Santé Mentale (PTSM) Ariège